

Mit Sicherheit Qualität

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Thema „Qualität in der Medizin“ steht weiterhin im Mittelpunkt vieler gesundheitspolitischer Diskussionen. Neu ist der Begriff Qualität in der Ärzteschaft jedoch keineswegs!

Derzeit versorgen rund 3700 niedergelassene Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten sowie zur ambulanten Behandlung ermächtigte Krankenhausärzte die Patienten im Land Brandenburg. Dabei werden Qualitätsförderung und Qualitätssicherung groß geschrieben. Schon immer war es ein Selbstverständnis der Kassenärztlichen Vereinigungen als Selbstverwaltung die Qualität ärztlichen Handelns aktiv und konsequent voranzutreiben. Das Behandeln unserer Patienten ist eine überaus verantwortungsvolle Aufgabe – Qualitätssicherung hilft diese Verantwortung zu tragen!

Der Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung setzt schon ein hohes Basisniveau voraus. So ist z.B. eine abgeschlossene Facharztweiterbildung obligat. Zur Erbringung einer Vielzahl von Leistungen, von A wie Akupunktur bis Z wie Zytologie, sind zudem konkret definierte fachliche und sachliche Qualitätsanforderungen zu erfüllen und nachzuweisen. In einigen Bereichen werden sogar jährliche Rezertifizierungen gekoppelt an Mindestfrequenzen, Fortbildungspflichten, Dokumentationsprüfungen oder Kolloquien abverlangt.

Zum mittlerweile 5. Mal nutzen wir die öffentliche Qualitätsberichterstattung als Instrument, um die durchgeführten QS-Maßnahmen auch sichtbar zu machen.

Dieser Tätigkeitsbericht führt aber auch anschaulich vor Augen, dass diese Arbeit nur geleistet werden kann, wenn sich die ehrenamtlich in die Qualitätskommissionen berufenen Kollegen und die Mitarbeiter der KV mit großem Engagement dieser Aufgabe widmen. Ich möchte mich an dieser Stelle ausdrücklich für deren Einsatz bedanken!



Ihr Dipl.-Med. Andreas Schwark
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

Inhaltsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| 1 | Vorwort |
| 2 | Einführung |
| 3 | Aktuelle Themen |
| 3.1 | Hautkrebsscreening |
| 3.2 | Intravitreale Injektionen |
| 3.3 | Magnetresonanz-Angiographie |
| 3.4 | Mammographie |
| 3.5 | Photodynamische Therapie |
| 3.6 | Phototherapeutische Keratektomie |
| 3.7 | Positronen-Emissions-Tomographie |
| 3.8 | Ultraschall |
| 3.9 | Vakuumbiopsie der Mamma |
| 3.10 | Zytologie |
| 4 | Qualitätssicherung von A bis Z |
| 4.1 | Akupunktur |
| 4.2 | Ambulante Operationen |
| 4.3 | Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren |
| 4.4 | Arthroskopische Untersuchungen |
| 4.5 | Blutreinigungsverfahren/Dialyse |
| 4.6 | Herzschrittmacherkontrolle |
| 4.7 | Interventionelle Radiologie |
| 4.8 | Invasive Kardiologie |
| 4.9 | Koloskopie |
| 4.9.1 | Komplikationsraten bei Früherkennungskoloskopien |
| 4.10 | Laboruntersuchungen |
| 4.11 | Langzeit-EKG-Untersuchungen |
| 4.12 | Magnetresonanz-Tomographie |
| 4.13 | Magnetresonanz-Angiographie |
| 4.14 | Mammographie |
| 4.14.1 | Ergebnisse der Prüfung zur kurativen Mammographie |
| 4.14.2 | Mammographie-Screening |
| 4.15 | Medizinische Rehabilitation |
| 4.16 | Onkologie |
| 4.17 | Otoakustische Emissionen |
| 4.18 | Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| 4.19 | Phototherapeutische Keratektomie |
| 4.20 | Psychotherapie |
| 4.21 | Schlafbezogene Atmungsstörungen |
| 4.22 | Schmerztherapie |
| 4.23 | Sozialpsychiatrie |
| 4.24 | Soziotherapie |
| 4.25 | Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| 4.26 | Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin) |

- 4.27 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- 4.28 Ultraschalldiagnostik
- 4.29 Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte
- 4.30 Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale
- 4.31 Genehmigungen auf Grundlage des EBM

5 Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung

- 5.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen
- 5.2 Qualitätsindikatoren
- 5.3 Qualitätszirkel
- 5.4 Fortbildungspflicht
- 5.5 Critical Incident Reporting System

6 Versorgungskonzepte

- 6.1 Disease-Management-Programme / Rückmeldesysteme
- 6.2 Nationale Versorgungsleitlinien
- 6.3 Neue Versorgungskonzepte: Medizinische Versorgungszentren, Hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung
- 6.3.1 Ärztliche Kooperationsformen im Überblick

7 Service

- 7.1 Informations- und Fortbildungsveranstaltungen
- 7.2 Info-Dienst
- 7.3 Bereitschaftsdienst
- 7.4 Weiterbildungsbörse / Weiterbildungsnetzwerke

8 Allgemeine Grundlagen und Informationen

- 8.1 Gesetzlicher Rahmen, Auftrag und Grundlagen der Qualitätssicherung
 - 8.1.1 Zuständigkeiten und Organisationen
 - 8.1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss
 - 8.1.3 Normen der Qualitätssicherung
- 8.2 Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens
- 8.3 Exkurs Stichprobenprüfungen
- 8.4 Arztstruktur in Brandenburg (Stand 31.12.2007)
- 8.5 Zusatzweiterbildungen (Stand 31.12.2007)
- 8.6 Glossar
- 8.7 Quellen

Einführung

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen, die ihrerseits auf Bundesebene durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertreten sind. Diese Versorgung beinhaltet eine ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Betreuung, auf Basis des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes. Dies gilt für alle ärztlichen Leistungen, die auf entsprechend qualitativ hohem Niveau im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Während von vielen medizinischen Methoden und Verfahren bekannt ist, dass sie unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien wirksam sind, so kann erst durch die standardisierte und qualitätsgesicherte Erbringung der Leistung ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden. Dazu gehört auch deren zeitnahe und flächendeckende Vorhaltung und Umsetzung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Dies sicherzustellen ist eine der zentralen Aufgaben der **Qualitätssicherung**.

Darüber hinaus ist es ein Zeichen einer qualitativ hochwertigen Versorgung, dass medizinisch notwendige Leistungen zeit- und ortsnah durch entsprechend qualifizierte Ärzte oder Psychotherapeuten erbracht werden und für alle Versicherten, die der Behandlung bedürfen, zugänglich sind. Damit wird deutlich, dass Qualitätssicherung nicht nur die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden direkt (z. B. welche Methode durch wen, wie angewandt wurde), sondern auch deren flächendeckende Vorhaltung und Umsetzung in der vertragsärztlichen Versorgung betrifft.

Qualitätssicherung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kann an verschiedenen, hier beispielhaft aufgeführten, Punkten ansetzen:

- Bei der Qualifikation derjenigen Ärzte, welche die Behandlung durchführen. Hierfür werden detaillierte Regelungen erlassen, die sicherstellen, dass nur entsprechend erfahrene Ärzte an der Versorgung teilnehmen.
- Bei der exakten Beschreibung der Behandlungs- und Untersuchungsmethoden und der dazugehörigen Standards, mit denen eine Erkrankung zielgerichtet behandelt werden kann.
- Durch einen Ergebnisvergleich, wie oft ein gewünschtes Behandlungsziel in der Versorgungsrealität erreicht wird, um so Verbesserungen gezielt einleiten zu können.

Ebenso vielfältig sind die Instrumente einer modernen Qualitätssicherung, hierzu gehören z. B.:

- Beschreibung von Weiterbildungsvoraussetzungen
- Eingangs- und Verlaufsprüfungen, ggf. Kolloquien
- Stichprobenprüfung nach definierten Kriterien
- Dokumentationsanforderungen
- Festlegung der Häufigkeit der jährlich mindestens durchzuführenden Untersuchungen / Behandlungen für eine Methode

Alle diese Instrumente kommen regelhaft in der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung und sind mit Sanktionen bewehrt, die bis zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung bei Nichtbeachtung führen können. Wesentlicher Bestandteil solcher Regelungen sind Überprüfungen, ob die gewählten Maßnahmen tatsächlich den gewünschten Effekt in der Versorgungsrealität haben.

Zu einem weiteren wichtigen Element der Qualitätssicherung gehört das Instrument der Qualitätszirkel. Die interkollegiale, u.U. multidisziplinäre Falldiskussion wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisatorisch unterstützt und gefördert.

Transparenz und Reproduzierbarkeit

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind kein Selbstzweck. Ihre Entwicklung erfolgt zur Optimierung der Patientenversorgung mit der Zielsetzung, die Qualität des Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses zu wahren oder, wo erforderlich, zu steigern. Hierfür ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess erforderlich. Zur Erhöhung der Effektivität der Selbstverwaltung im Aufgabengebiet der Qualitätssicherung wurden durch den Vorstand der KBV deshalb Handlungsleitlinien entwickelt, die für die nötige Transparenz und Reproduzierbarkeit der Bewertungs- und Entscheidungskriterien sorgen sollen und den Qualitätssicherungsmaßnahmen zugrunde liegen. Diese Handlungsleitlinien dienen auch dazu, den bürokratischen Aufwand und die Kosten getroffener Maßnahmen in einem angemessenen Verhältnis zu dem angestrebten Nutzen zu halten. Dabei wurden folgende Kernelemente formuliert:

- Feststellung des Handlungsbedarfs durch systematische Identifizierung von Qualitätssicherungsdefiziten in der Patientenversorgung
- Definition der Ziele der Qualitätssicherungsmaßnahmen und Auswahl des geeigneten Qualitätssicherungsverfahrens
- Kalkulation der finanziellen Aufwendungen der Maßnahmen
- Entscheidung über die Einführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Bewertung (Evaluation) der eingeführten Maßnahmen im Hinblick auf die Zielerreichung auf Grund erhobener Daten
- Entscheidung über die Fortführung der Maßnahmen

Der Gesetzgeber misst der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung zu und hat deshalb im SGB V umfangreiche Regelungen erlassen, welche die ambulante Versorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. In Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen kommt die KBV dieser Verpflichtung aktiv nach. So wird nahezu jede Neueinführung einer Methode in die Vertragsärztliche Versorgung durch eine stringente Qualitätssicherungsmaßnahme begleitet, die den Anwendungserfolg im Versorgungsalltag sicherstellen soll.

Qualitätsmanagement / -indikatoren

Mit In-Kraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 sind alle Vertragsärzte und –psychotherapeuten verpflichtet, in den nächsten Jahren ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen effizienter zu gestalten. Das reicht von der Optimierung der Terminvergabe bis hin zur Erstellung und Überprüfung des Notfallplans. Damit hilft das praxisinterne Qualitätsmanagement, die bestehende Qualität ständig weiterzuentwickeln und ist ein zusätzlicher Garant dafür, dass medizinische Leistungen in hoher Qualität erbracht werden. Das QM sorgt dafür, dass alle Aktivitäten so stattfinden, wie sie geplant sind - eben das Richtige richtig zu machen. Das kommt den Praxismitarbeitern ebenso zugute wie den Patienten. In den regionalen Verträgen mit den Krankenkassen findet sich dies auch als Strukturqualität für die Teilnahme an Verträgen wider.

Eine ähnliche Bedeutung kommt den sogenannten Qualitätsindikatoren zu. Idealerweise können Qualitätsindikatoren exemplarisch den Zielerreichungsgrad der Qualitätssicherung und damit die Qualität der Leistungserbringung für einzelne Leistungen anzeigen. Dieses

noch relativ junge Feld birgt die Chance in sich, Leistungserbringung vergleichbar zu machen, ist aber gleichzeitig fehleranfällig und bedarf der weiteren Untersuchung und Erforschung. Die KBV beteiligt sich an der Festlegung von Kriterien, denen solche Qualitätsindikatoren genügen müssen und wird, sofern der Nutzen gegeben ist, Qualitätsindikatoren in der Richtlinienentwicklung berücksichtigen.

Qualitätsberichte

Qualitätsberichte als Instrument der Qualitätssicherung dienen der transparenten Beschreibung ebenso wie der Darstellung der Ergebnisse aller aktuellen Qualitätsprozesse. Diese Darstellungen können eine unterschiedliche Tiefe erreichen, von der rein deskriptiven Auflistung der Tätigkeiten bis zu Korrelationsuntersuchungen verschiedener Parametern und auch deren Interpretation. Inhaltlich ist deren Bandbreite ebenfalls groß, sie reicht von organisatorischen/verwaltungstechnischen Inhalten bis zur Darstellung des Einflusses von Variationen der Struktur auf Ergebnisse in der Patientenversorgung. Welche Form hier gewählt wird hängt insbesondere von den zur Verfügung stehenden Daten, aber natürlich auch von der Intention des Berichtes ab.

Die KBV und die KV'en haben sich hier zunächst auf die Darstellung der sich aus den Qualitätssicherungsvereinbarungen direkt ergebenden verwaltungstechnischen Konsequenzen verständigt (u.a. Genehmigungen, Ablehnungen, Praxisbegehungen, Beanstandungen, Dokumentationsprüfungen), hinzu kommen ausgewählte Bereiche wie die Darstellung der Qualitätszirkelarbeit.

Qualitätssicherung ist somit ein sowohl hinsichtlich der angestrebten Ziele wie auch der ausgewählten Methoden vielfältiges Aufgabenfeld. Im Mittelpunkt aller ergriffenen Maßnahmen steht dabei immer der Patient und damit die Frage, ob die ergriffenen Maßnahmen und gewählten Instrumente eine Verbesserung für die Versorgung in der täglichen Praxis darstellen.

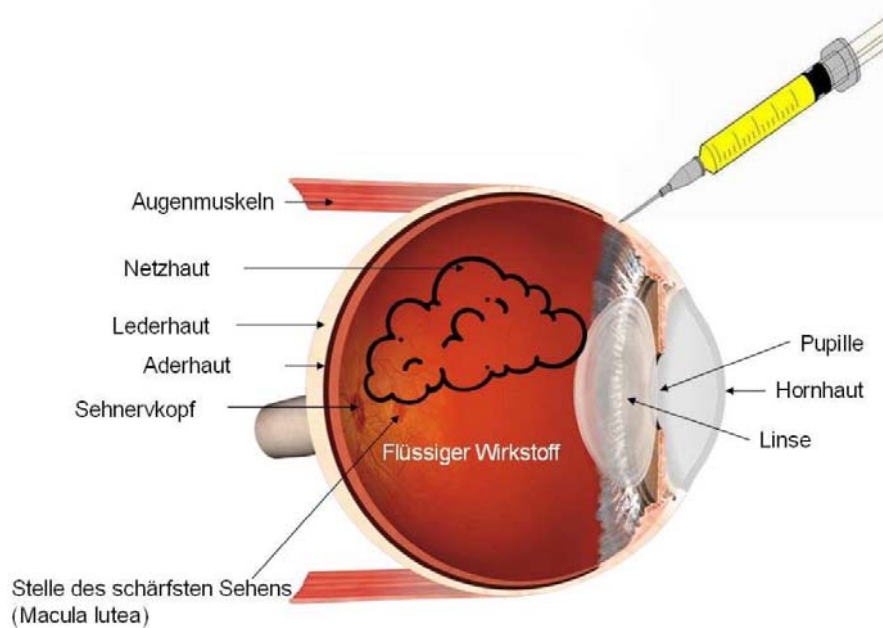
3.1 Hautkrebscreening

Eine standardisierte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wird künftig von allen gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren im Zwei-Jahres-Rhythmus angeboten werden. Dieser Beschluss wurde am 15. November 2007 vom Gemeinsame Bundesausschuss gefasst und soll zum 1. Juli 2008 Inkraft getreten.

Mit dieser Entscheidung wird der der Tatsache Rechnung getragen, dass Hautkrebs in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden kann. Davon sollen möglichst viele Versicherte profitieren. Hochrechnungen aus dem Modellprojekt Hautkrebs-Screening Schleswig-Holstein lassen in Deutschland jährlich etwa 120.000 Neuerkrankungen verschiedener Formen des Hautkrebs vermuten. An dem sogenannten malignen Melanom, einer besonders gefährlichen Krebserkrankung, sterben danach in Deutschland circa 2.000 Menschen pro Jahr. Ob eine Ganzkörperuntersuchung der Haut tatsächlich zu einer Verminderung von Erkrankungen und Todesfällen führt, wird spätestens fünf Jahre nach Einführung dieser Leistung überprüft.

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs kann nach entsprechender Fortbildung von Dermatologen (Hautärzten) und hausärztlich tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internisten und Praktischen Ärzten vorgenommen werden. Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls durch eine erforderliche Gewebeentnahme. Hierzu werden derzeit entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarungen erarbeitet.

3.2 Intravitreale Injektionen



Quelle: Patienteninformation Uni Magdeburg 2006
<http://www.med.uni-magdeburg.de/fme/kauge/AntiVEGFInfo.pdf>

Zur Behandlung der feuchten altersabhängigen Makuladegeneration steht neben anderen Verfahren auch die Injektion eines das Gefäßwachstum hemmenden und Netzhautschwellung zurückbildenden Wirkstoffs, einen sogenannten VEGF-Blocker, in den Glaskörperraum zur Verfügung.

Dieser sensible Eingriff am Auge hat als häufigste Nebenwirkungen Konjunktivalblutungen, Augenschmerzen, das Auftreten von „floaters“ im Sehfeld, einen erhöhten Augeninnendruck und eine Entzündung des Augapfels. Die schwerwiegendsten Komplikationen, die ebenfalls mit der Injektion in Verbindung stehen, sind Endophthalmitis, Netzhautrisse und -ablösungen und traumatische Katarakte, sowie eine Erhöhung der Augeninnendrucks.

Verlässliche Qualitätssicherungsmaßnahmen sind daher unerlässlich und werden derzeit erarbeitet. Als Eckpunkte werden die Empfehlungen der gemeinsamen Makula-Kommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands diskutiert, dazu gehören:

- > Händedesinfektion
- > sterile Handschuhe, steriles Lidspekulum, steriles Abdecktuch
- > Spülung des Auges mit Povidoniodid 10%, auch der Cilien
- > sterile Spritze und Kanüle
- > Eingehen mit 3,5 mm Limbusabstand, dabei stufenweises Vorgehen mit Verschieben der Bindehaut
- > Möglichkeit zur sterilen Parazentese falls nötig
- > indirekte Ophthalmoskopie
- > Augeninnendruckkontrolle
- > Aufklärung des Patienten über Endophthalmitissymptome
- > Notwendigkeit der Kontrolle nach 1–3 Tagen
- > weitere Kontrollen in Abhängigkeit vom injizierten Präparat

3.3 Magnetresonanz-Angiographie

Mit der Magnetresonanz-Angiographie (MRA) ist mit Aufnahme in den EBM zum 1. Juli 2005 eine entsprechend dem medizinischen Fortschritt angepasste Leistung in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen worden. Es handelt sich dabei um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Die Magnetresonanz-Angiographie stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Katheter in eine Schlagader eingeführt werden muss noch zur Bilderzeugung Röntgenstrahlen und ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. Da die Magnetresonanz-Angiographie jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können. Die Abrechnung von Leistungen der Angiographie mittels Magnetresonanz-Tomographie (MR-Angiographien) steht unter dem Vorbehalt einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Die Voraussetzungen zur Erlangung der Genehmigung sind in der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie)“ geregelt. Neben Regelungen zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen enthält diese Vereinbarung insbesondere Vorgaben zur Indikationsstellung der Untersuchungen:

- > Unter Berücksichtigung der Vorgaben der (Muster-)Weiterbildungsordnung gelten als fachliche Voraussetzungen die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie, eine mindestens zweijährige überwiegende Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik sowie der Nachweis von 150 MR-Angiographien unter Anleitung in den drei etablierten Techniken (Time-of-Flight, Phasenkontrast und Kontrastmittelverstärkung).
- > Die apparativen Anforderungen entsprechen im Wesentlichen denen der (allgemeinen) Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V unter Berücksichtigung der spezifischen Erfordernisse der MR-Angiographie. Die Erbringung von MR-Angiographien der Becken- und Beinarterien ist mit der Auflage versehen, dass diese Aufnahmen mit einer einmaligen Kontrastmittelgabe durchgeführt werden können. Da hierzu insbesondere bei MR-Geräten mit geringerer Leistung Investitionen durch Beschaffung einer Tischverschiebetechnik und/oder spezieller Spulen notwendig werden, wird ein entsprechender Nachweis für Ärzte, die schon jetzt MR-Angiographien erbringen, erst zwei Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung erforderlich.
- > Die Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung wird durch Stichproben geprüft. Hierzu werden jährlich die Dokumentationen zu zwölf abgerechneten MR-Angiographien von mindestens 20 Prozent der Ärzte, die MR-Angiographien durchführen und abrechnen, angefordert. Aufgrund der seltenen Indikation und der Hinweise auf Qualitätsunterschiede bilden die MR-Angiographien der Venen eine Ausnahme: Hier sollen die Dokumentationen zu allen - höchstens jedoch 30 - abgerechneten MR-Angiographien vom ausgewählten Arzt angefordert werden. Die Beurteilung der Dokumentationen hinsichtlich einer sachgerechten Indikationsstellung erfolgt aufgrund einer nach Gefäßart und -region gegliederten Liste von klinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie begründen. Weitere Indikationsstellungen sind möglich, sofern sie aufgrund des Einzelfalls besonders begründet werden.

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

Qualitätssicherungsvereinbarung MR-Angiographie trat zeitgleich mit einer entsprechenden Änderung des EBM zum 1. Oktober 2007 in Kraft. Ärzte, die MR-Angiographien bereits regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben, erhalten gemäß einer Übergangsregelung eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung, sofern diese innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung beantragt wird.

3.4 Mammographie

Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren bisher Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Aufgrund der für die Mammographie besonders getroffenen Regelungen wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine eigene Vereinbarung geschaffen. Diese Vereinbarung sieht neben detaillierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor. Dies sind im Wesentlichen

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

Als Neuerung wurde in der Richtlinie der Zeitpunkt der ersten Selbstüberprüfung auf 24 Monate und nicht wie bisher auf zwölf Monate nach Erteilung der Genehmigung festgesetzt. Für das Mammographie-Screening als Maßnahme der Krebsfrüherkennung gelten neben dieser Vereinbarung weitere Qualitätssicherungsvereinbarungen.

3.5 Photodynamische Therapie

Seit dem 1. August 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen am zentralen Augenhintergrund Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung.

2006 hatte sich der Gemeinsame Bundesausschuss erneut mit dieser Methode befasst und auf Grund wissenschaftlicher Ergebnisse einer Ausweitung der Indikation zugestimmt. Sie war nunmehr für drei Indikationsgebiete zugelassen. Im Juni 2007 nahm die Europäische Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) die Zulassung für die Indikation der rein okkulten subfovealer chorioidaler Neovaskularisation ohne klassischen Anteil bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD) zurück. Damit war erneut eine Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig geworden.

Danach ist die Photodynamische Therapie nunmehr zugelassen für:

1. altersabhängige feuchte Makuladegeneration mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation,
2. subfovealer chorioidaler Neovaskularisation (CNV) aufgrund von pathologischer Myopie mit bestkorrigiertem Visus von mindestens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von max. 5400 Mikrometer,

Diese Änderung wurde am 16. August 2007 beschlossen und trat nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 8. November 2007 in Kraft. Die Qualitätssicherungsvereinbarung wurde entsprechend überarbeitet und wird Anfang des Jahres 2008 in Kraft treten.

3.6 Phototherapeutische Keratektomie

Das Verfahren der phototherapeutischen Keratektomie (PTK) gleicht technisch dem der photorefraktiven Keratektomie – einer laserinduzierte Veränderung der Brechkraft der Hornhaut – und ist seit 1989 im Bereich der augenärztlichen Medizin verfügbar. Bei der phototherapeutischen Keratektomie handelt es sich jedoch nicht um einen refraktiv-chirurgischen, sondern um einen medizinisch indizierten therapeutischen Eingriff bei verschiedenen Augenerkrankungen. Oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis zirka 100 Mikrometer Tiefe) werden durch die thermischen Impulse eines Excimer-Lasers abgetragen. Im Unterschied zu photorefraktiven Verfahren wird hierbei ein refraktionsneutrales planparalleles Vorgehen angestrebt. Dabei kommen unterschiedliche Typen von Lasergeräten zum Einsatz, die Pulse mit einem Durchmesser von 0,1 bis 0,5 Mikrometer und einer Frequenz von bis zu 300 Hertz erzeugen. Der Eingriff erfolgt in Lokalanästhesie und dauert nur wenige Minuten. Als Indikationen sind

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

anerkannt. Allerdings ist die Indikationsstellung für eine phototherapeutische Keratektomie durch eine Reihe von expliziten Vorgaben beschränkt. Beispielsweise müssen vor ihrer Durchführung Therapiealternativen ausgeschöpft worden sein.

Eine Qualitätssicherungsvereinbarung, die diesem Sachverhalt Rechnung trägt, ist zum 1. Oktober 2007 in Kraft getreten. Die Vereinbarung konkretisiert die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und zur Dokumentation. Als fachliche Qualifikation zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen dieser Methode gilt für alle Augenärzte der Nachweis der selbstständigen Durchführung von zehn phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser. Alternativ ist der Nachweis der selbstständigen Durchführung von zehn Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers und der Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema möglich. Die Qualitätssicherungs-Vereinbarung beinhaltet ferner Vorgaben zur Dokumentation der Indikation und Durchführung der phototherapeutischen Keratektomie. Die ärztlichen Dokumentationen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig überprüft. In diese Stichprobenprüfungen sind mindestens zehn Prozent der insgesamt abgerechneten Fälle und mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte einzubeziehen.

3.7 Positronen-Emissions-Tomographie

Aufgrund eines Beschlusses des damals zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Jahr 2002 wurde die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) aus dem vertragsärztlichen Bereich ausgeschlossen. Nachdem weitere Forschungsergebnisse vorlagen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss Ende 2005 aufgrund einer aktuellen Evidenzbewertung einen positiven Beschluss für die Positronen-Emissions-Tomographie im Krankenhaussektor gefasst. Dies betrifft die Indikationsbereiche

- > Bestimmung des Tumorstadiums von primären nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen (NSCLC) einschließlich der Detektion von Lungenfernmetastasen
- > Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen und der
- > Charakterisierung von Lungenrundherden.

Es ist damit zu rechnen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Positronen-Emissions-Tomographie für dieselben Indikationsbereiche auch für den vertragsärztlichen Bereich anerkennt. Hierzu werden dann auch Empfehlungen zur Qualitätssicherung dieser Leistung formuliert.

Da die Positronen-Emissions-Tomographie sowohl im stationären als auch im ambulanten vertragsärztlichen Sektor erbracht werden kann, soll im Interesse einer gleichwertig hohen Qualität der Patientenversorgung erstmals eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung eingeführt werden.

3.8 Ultraschall

Auch die Ultraschall-Vereinbarung, die in ihrem Grundgerüst noch aus dem Jahr 1993 stammt, wird derzeit überarbeitet. Bedingt durch die technische Weiterentwicklung bedürfen insbesondere die apparativen Anforderungen einer Neuregelung. Zudem sind durch die Änderungen des EBM im Jahre 2005 einige Inkompatibilitäten zwischen Gebührenordnung und Qualitätssicherungsvereinbarung entstanden. Auf Grund der Komplexität dieser Vereinbarung, die etwa die Hälfte aller Ärzte betrifft und aktuell 31 verschiedene Genehmigungsbereiche umfasst hat die Überarbeitung einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen als ursprünglich zu erwarten war. Die Konsentierung der Ultraschall-Vereinbarung wird nun für das laufende Jahr angestrebt.

3.9 Vakuumbiopsie der Mamma

Die Heilungschance einer Brustkrebs-Erkrankung hängt entscheidend von ihrer Früherkennung ab. Deshalb kann die Entnahme einer Gewebeprobe bei einer unklaren oder verdächtigen Veränderung der Brust notwendig sein. Insbesondere sind bei Mammographie-Aufnahmen häufig kleinste Verkalkungen des Brustgewebes, sogenannter Mikrokalk, erkennbar. Die Ursachen von Mikrokalk sind oft harmlose, das heißt gutartige Veränderungen. Mikrokalk kann aber auch ein erster Hinweis auf das Vorliegen eines Brustkrebses oder seiner Vorstufen und somit entscheidendes Kriterium bei der Früherkennung von Brustkrebs sein. Da Mikrokalk ausschließlich auf Röntgenaufnahmen gesehen werden kann, ist die eindeutige Bewertung von Mikrokalk eine der wesentlichen Aufgaben eines mammographierenden Arztes. Mammographisch nicht eindeutig zu bewertender Mikrokalk kann nur durch die Entnahme einer Gewebeprobe sicher beurteilt werden.

Hierzu stehen im Wesentlichen drei Verfahren zur Verfügung, die je nach individuellem Befund angewandt werden:

Zum einen die offene chirurgische Biopsie, eine Operation in Vollnarkose, bei der ein größeres Gewebestück aus der Brust entfernt wird. Die Operation erfordert in der Regel einen mehrtägigen Krankenhausaufenthalt und ist häufig mit Narbenbildungen der Haut und in der Tiefe der Brust verbunden. Diese beeinträchtigen die Beurteilbarkeit späterer Mammographie-Aufnahmen.

Bei der Stanzbiopsie werden spezielle Nadeln in örtlicher Betäubung in die Brust eingebracht. Die Stanzbiopsie eignet sich sowohl zur Abklärung von tastbaren Knoten als auch von nicht tastbaren verdächtigen Befunden. Zur Lokalisation der betroffenen Areale können computergestützte Steuerungsverfahren (mit Röntgen- oder Ultraschallkontrolle) eingesetzt werden.

Bei der Vakuumbiopsie wird eine Hohlnadel unter Röntgenkontrolle und automatischer Steuerung in lokaler Betäubung einmalig in die Brust eingeführt. Durch Unterdruck wird das verdächtige Gewebe durch eine seitliche Öffnung in die Nadel eingesaugt, abgetrennt und entnommen. Durch Drehen der Nadel können mehrere Gewebszylinder ohne neuen Einstich aus einem verdächtigen Bezirk gewonnen werden. Die Vakuumbiopsie wird insbesondere zur präzisen Abklärung von Mikrokalkablagerungen eingesetzt.

Da die Durchführung der Vakuumbiopsie besondere Erfahrungen des Arztes erfordert, wird derzeit eine Qualitätssicherungsvereinbarung erarbeitet, die im Laufe des Jahres 2008 in Kraft treten soll.

3.10 Zytologie

Die „Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale (Zytologie-Vereinbarung)“ von 1992 regelte die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen. Zur Vereinheitlichung bereits bestehender regionaler Qualitätssicherungs-Aktivitäten sowie zur Anpassung an internationale Standards wurde die bestehende Zytologie-Vereinbarung überarbeitet und in wesentlichen Punkten weiterentwickelt. Die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)“ gilt seit dem 1. Oktober 2007. Die Neuregelungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:

> Einheitliche Eingangsqualifikation

Die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen sind nun für die berechtigten Facharztgruppen (Pathologen und Gynäkologen) einheitlich geregelt. Unverändert aus der bis zum 30. September 2007 geltenden Zytologie-Vereinbarung wurde die Notwendigkeit einer erfolgreichen Teilnahme an einer Präparateprüfung übernommen.

> Fachliche Qualifikation der Präparatebefunder

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

> Durchführung von zytologischen Präparatebefundungen

Vorgaben zur Durchführung von zytologischen Präparatebefundungen sehen vor, dass die Präparatebefundung in den Räumen der zytologischen Einrichtung und an einem zytologischen Arbeitsplatz erfolgt. Entsprechend international üblichen Standards dürfen am Mikroskop arbeitende Präparatebefunder durchschnittlich pro Arbeitsstunde nicht mehr als zehn Präparate befunden. Die neue Vereinbarung enthält Vorgaben zur Präparateaufbereitung, macht die Präparatebefundung nach der „Münchener Nomenklatur II“ verbindlich und regelt, welche Präparate vom zytologieverantwortlichen Arzt zu begutachten sind.

> Stichprobenprüfung der Präparatequalität und ärztlichen Dokumentation

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert vom zytologieverantwortlichen Arzt regelmäßig Präparate mit der dazugehörenden Dokumentation und Befundung an. Die eingereichten Präparate werden von der Qualitätssicherungs-Kommission auf ausreichende technische Präparatequalität, zutreffende und vollständige Beurteilung des Präparates sowie auf vollständige Dokumentation überprüft.

> Statistische Erfassung der Untersuchungsergebnisse.

Der zytologieverantwortliche Arzt erstellt eine sogenannte Jahresstatistik, die eine fallbezogene Auflistung der zytologischen Befundgruppen enthält. Im Rahmen der internen Praxisorganisation ist anhand dieser Jahresstatistik eine Zusammenführung und Korrelation zytologischer und histologischer Befundergebnisse vorzunehmen. Diese Zusammenführung auffälliger zytologischer Befunde mit der Histologie stellt ein Kernelement internationaler und nationaler Regelungen zur Qualitätssicherung der Zervix-Zytologie dar.

3. Aktuelle Themen

Zeitraum 01.01. - 31.12. des Berichtsjahres:

1 Gesamtzahl untersuchter Präparate davon nicht verwertbar

2 - dabei untersuchte Frauen

Befundgruppen der Münchner Nomenklatur II (ein Ausgangsbefund pro Frau aus dem Zeitraum 01.01. - 31.12. des Berichtsjahres)
 Histologische Abklärungen zu diesen Ausgangsbefunden bis 30.06. des Folgejahres

| 3 Ausgangsbefunde (01.01. - 31.12.) | Gruppe I/II | Gruppe III | Gruppe IIID | Gruppe IVa | Gruppe IVb | Gruppe V |
|---|-------------|------------|-------------|------------|------------|----------|
| Anzahl Frauen | | | | | | |
| 4 davon bis 30.06. des Folgejahres histologisch geklärt: | | | | | | |
| kein Hinweis auf CA- Vorstufe oder CA | | | | | | |
| CIN I | | | | | | |
| CIN II | | | | | | |
| CIN III, Ca in situ | | | | | | |
| invasives CxCa | | | | | | |
| Corpus Ca, andere Malignome | | | | | | |

5 Praxisbesonderheit (z. B. hoher Anteil kurativer Abstriche):

Zeile 1 und 2: Die Anzahl der vom 01.01. bis 31.12. des Berichtsjahres zytologisch untersuchten Abstrichpräparate der Zervix Uteri und die Anzahl der dabei untersuchten Frauen

Zeile 3: Für jede im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. untersuchte Frau ist ein Befund anzugeben. Liegen mehrere Befunde einer Frau aus diesem Zeitraum vor, entscheidet der zytologieverantwortliche Arzt, welcher Befund aus diesem Zeitraum als maßgeblich anzusehen und einzutragen ist.

Zeile 4ff: Die Ergebnisse der histologischen Abklärungen zu den Ausgangsbefunden aus Zeile 3, die bis zum 30.06. des Folgejahres erhoben wurden.

(Frauen, die durch zytologische Kontrollen weiter untersucht wurden (z. B. bei Gruppe III, IIID) und bei denen

keine histologische Abklärungsdiagnostik bis zum 30.06. des Folgejahres erfolgte, sind unter Zeile 4ff nicht aufzuführen.)

Zeile 5: Wenn Praxisbesonderheiten vorliegen, die die Befundgruppenverteilung beeinflussen können, sind diese hier zu nennen, ansonsten kein Eintrag erforderlich

4 Qualitätssicherung von A bis Z

Der medizinische Fortschritt und die stetige Zunahme an diagnostischen und therapeutischen Verfahren führen zu einer immer stärkeren Spezialisierung der ambulant tätigen Ärzte. Im Gegensatz zu früher bieten heute nicht mehr alle Mediziner das komplette Behandlungsangebot ihrer Fachgruppe an. So gibt es neben der hausärztlichen Versorgung auch im ambulanten Bereich ein flächendeckendes fachärztliches Versorgungsnetz sowie zahlreiche Schwerpunktpraxen, die sich auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen wie Diabetes, Krebs oder HIV/Aids spezialisiert haben. Von diesen Angeboten profitieren nicht nur die Patienten: Durch die Vermeidung von Krankenhausbehandlungen werden die Krankenkassen finanziell entlastet. Die Sicherung, Förderung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten gehört zu den Kernaufgaben der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die KBV definiert, zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen und Qualitätsstandards. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Leistungen, die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erbringen, auf der Basis dieser Regelungen und gegebenenfalls weiterer regionaler Maßnahmen fortlaufend auf ihre Qualität. In den Qualitätssicherungskommissionen begutachten Experten gemeinsam mit den Fachleuten der Kassenärztlichen Vereinigungen das ärztliche Tun. Ziel der Qualitätssicherung ist eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Nur Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die die geforderten Qualitätsstandards erfüllen und nachweisen, dürfen diese Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen.

Die Qualität ärztlicher und psychotherapeutischer Leistung wird anhand von drei verschiedenen Kriterien überprüft: der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität.

Strukturqualität

Strukturqualität definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in den geltenden Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen. Falls erforderlich, kann durch Praxisbegehungen kontrolliert werden, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den Anforderungen genügt und Hygienestandards eingehalten werden.

Prozessqualität

Die Qualität der Abläufe in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Hierbei geht es um die Art und Weise der Diagnostik und Therapie. Dazu zählen unter anderem die Medikamentenverordnung, die Anamneseerhebung, die ärztliche Dokumentation sowie die Beachtung von empfohlenen Behandlungspfaden und Vorgaben zur Indikationsstellung. Ein Urteil über das Wie der Behandlung ist oft schwieriger als die Bewertung der Struktur, wo Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und Gewährleistungserklärungen zur apparativen Ausstattung ein klares Urteil erlauben.

Ergebnisqualität

Am schwierigsten ist die Beurteilung der Ergebnisqualität, also der Güte der Behandlung. Sie umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie an der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Heilung von Erkrankungen, der Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Die Prozessqualität und gewisse Aspekte der Ergebnisqualität sind jeweils im

Einzelfall zu überprüfen. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind. Zur umfassenden Bewertung der Ergebnisqualität helfen Auswertungs- und Evaluationsverfahren anhand von Daten der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Instrumente der Qualitätssicherung

Zur Förderung und Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stehen mehrere wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Instrumente zur Verfügung.

Eingangsprüfungen

Eingangsprüfungen, das heißt Prüfungen die zusätzlich zu einer Facharztqualifikation vor Genehmigung zur Leistungserbringung für die gesetzlichen Krankenversicherungen abgelegt werden müssen sind seit 1992 für die Zervix-Zytologie etabliert und seit 2002 für Leistungen der Mammographie. Diese Prüfungen werden in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgehalten und sind nicht durch das Beibringen anderer Befähigungsnachweise ersetzbar.

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Wie bei einer Verkehrskontrolle wird jährlich eine bestimmte Prozentzahl der Ärzte – entsprechend den jeweiligen Regelungen – für eine Überprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen zufällig ausgewählt. In einigen Leistungsbereichen, zum Beispiel der Koloskopie, der Mammographie, der substituionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund, findet sogar eine Vollerhebung statt. Das heißt, von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, wählen die Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden.

Frequenzregelungen

Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für Leistungen für die invasive Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen und für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

Rezertifizierung

Bei Ärzten, die Mammographien durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sie sich 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 Kassenpatienten erbringen.

Kontinuierliche Fortbildung

Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung enthalten auch viele bundeseinheitliche sowie regionale Verträge Vorgaben zur Fortbildung. Nur Vertragsärzte, die diesen Verpflichtungen nachkommen, dürfen an den Verträgen teilnehmen. Eine solche

Verpflichtung ist zum Beispiel Bestandteil der Schmerztherapievereinbarung und der Onkologievereinbarung.

Feedback-Systeme

Durch die Bereitstellung von Feedback-Berichten 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 zurückgespiegelt. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedback-Systeme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, aber auch der Disease-Management-Programme.

Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind beim ambulanten Operieren und bei Darmspiegelungen vorgeschrieben. Die Überprüfung der Hygiene bei den Darmspiegelungen (Koloskopien) erfolgt zweimal im Jahr durch ein von den Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

Qualitätssicherungskommissionen

Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständigen mit einer professionellen Verwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten hierfür für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen ein. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten wird zudem gewährleistet, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden von den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen berufen. Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder gegebenenfalls durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzubereiten.

Bundesweit geltende Regelungen

Im nachfolgenden werden für die Qualitätssicherungsbereiche die jeweiligen bundesweit geltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung dargestellt und eine Übersicht zu den erteilten Genehmigungen in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen gegeben. Die aktuellen Versionen aller geltenden Richtlinien sind im Wortlaut unter anderem auf der Homepage der KBV einzusehen: www.kbv.de/rechtsquellen/85.html.

4.1 Akupunktur

Die Akupunktur ist für chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule oder in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose sofern diese seit mindestens sechs Monaten bestehen, als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Teilnahmeberechtigte Fachärzte, die die fachlichen Voraussetzungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllen, erhalten eine Genehmigung. Diese ist an die Auflage gebunden, jährlich mindestens vier Qualitätszirkel/Fallkonferenzen zur Thematik sowie stichprobenhaft angeforderte, mängelfreie Dokumentationen, nachzuweisen

| | | |
|---|--|---|
| Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.1.2007 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | ✓ |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 229 | |
| Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) | 229 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 229 | |
| Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 6) | | |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 0 | |
| Bemerkungen: Dokumentationsprüfungen erst ab 2008 | | |

4.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen oder Eingriffe sind grundsätzlich nach Facharztstandard zu erbringen. In einigen Fällen (zur Durchführung bestimmter Operationen) bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen ist. Die Eingriffe gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad nach den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes in – Operationen – kleine invasive Eingriffe – invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen – Endoskopien. Durch diese Einteilung in vier Kategorien ergeben sich nach der Qualitätssicherungsvereinbarung unterschiedliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung. Daher ist zusätzlich durch eine schriftliche Erklärung detailliert zu bestätigen, dass die baulichen, apparativ-technischen, personellen und hygienischen Voraussetzungen am Ort der Leistungserbringung gegeben sind.

| | | |
|--|--|---|
| Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei sonstigen stationärer ersetzenden Leistungen Rechtsgrundlage: § 15 des dreiseitigen Vertrages nach § 115b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV Gültigkeit: seit 1.10.1994, zuletzt geändert: 1.10.2006 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung*, Stand 31.12.2007 | 632 | |
| Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) | 81 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 81 | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | 0 | |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 48 | |
| Bemerkungen: *einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115 b | | |

4.3 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Mit dieser Richtlinie werden sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapheresen) als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall geregelt. Die einzusetzende Fachkommission prüft in jedem Fall, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung gegeben ist. Für die in der Richtlinie genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, so dass Apherese nur in Ausnahmefällen bei therapieresistenten Verläufen eingesetzt werden sollen.

| | | |
|--|--|---|
| Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung) i.V.m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren) Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 9.7.2003 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/Kolloquium | |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung *) | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 46 | |
| Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) | 3 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 3 | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 3 | |
| LDL-Apherese | | |
| Anzahl Patienten im Jahr 2007 | 92 | |
| Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten) | 16 | |
| - davon positives Votum der KV | 8 | |
| - davon negatives Votum der KV | 8 | |
| Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung) | 76 | |
| - davon positives Votum der KV | 76 | |
| - davon negatives Votum der KV | 0 | |
| Apherese bei rheumatoider Arthritis | | |
| Anzahl Patienten die im Jahr 2007 mindestens einen Zyklus begonnen haben | 0 | |
| Bemerkungen | | |
| *) Dokumentationsprüfungen im Rahmen der Patientenanträge | | |



4.4 Arthroskopie

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Grundlage für die Genehmigungserteilung ist die Arthroskopievereinbarung sowie zusätzlich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren. Neben den dort geforderten Nachweisen muss der Arzt über eine besondere fachliche Weiterbildung verfügen.

| | | |
|--|--|---|
| Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.1994 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 48 | |
| Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) | 4 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 4 | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | 0 | |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |
| Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben) | | |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 4 | |
| - davon ohne Beanstandung | 3 | |
| - davon mit geringen Beanstandung | 1 | |
| - davon mit erheblichen Beanstandungen | 0 | |

4.5 Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Die Zahl der Dialysepatienten ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Derzeit werden circa 60.000 Patienten flächendeckend in mehr als 1.200 ambulanten und stationären Einrichtungen behandelt. Der Anstieg der Patientenzahlen in den vergangenen Jahren ist neben der demographischen Entwicklung unter anderem auch mit dem Anstieg so genannter Wohlstandserkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck zu erklären. In der bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren werden die Anforderungen an die fachlichen, organisatorischen und apparativen Anforderungen beschrieben.

Vorgaben zu einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Durchführung von Stichprobenprüfungen durch Qualitätssicherungskommissionen sind 2006 vom G-BA erlassen worden. Danach besteht eine verpflichtende Erfassung definierter Qualitätsindikatoren für die valide Grenzwerte vorliegen und die eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität zulassen. Damit der Datenschutz umfassend gewährleistet ist, wurde die Einhaltung einer durchgängigen Anonymisierung aller persönlichen Patientendaten verbindlich geregelt. Darüber hinaus erhalten alle Einrichtungen regelmäßige Rückmeldeberichte, die ihnen den erreichten Qualitätsstand im Vergleich zu den anderen Einrichtungen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen mitteilen. Basis dieser Berichte sind die vier Kernparameter

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

Sie dienen sowohl als Grundlage für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung als auch zur Beurteilung für die Stichprobenprüfungen. Die vier Kernparameter werden zentral bundeseinheitlich durch einen Datenanalysten ausgewertet. Sollten im Rahmen der Auswertung einzelne Einrichtungen deutlich auffallen, können die Dialysekommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls eine tiefer gehende Überprüfung der betroffenen Einrichtung veranlassen und bei möglichen Qualitätsproblemen rechtzeitig intervenieren. Beispielsweise kann eine weitere Prüfung dann veranlasst werden, wenn in einer Einrichtung mehr als 15 Prozent der im Quartal behandelten Patienten weniger als vier Stunden effektiv dialysiert wurden. Weiterhin kann die Kommission bei begründeten Hinweisen auf unzureichende Qualität in Einrichtungen oder nach einer Zufallsauswahl Stichprobenprüfungen durchführen. Nur bei Vorliegen der Dokumentation aller vier Kernparameter kann die Abrechnung der Dialyse erfolgen.

Neben dem zentralen Benchmarking-Bericht auf der Basis der vier genannten Kernmerkmale sieht die Richtlinie die weitere verpflichtende Teilnahme an einem Rückmeldesystem vor. Die Grundlage für diese Berichte sind die zusätzlichen Parameter, die in der einzelnen Praxis erhoben werden und einem frei wählbaren Berichtersteller zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden. Diese Rückmeldeberichte dienen insbesondere der Therapieoptimierung. Zur Qualitätssicherung im Rahmen der Richtlinie werden nur solche Informationen genutzt, die im Rahmen der Behandlung der Patienten in den Einrichtungen schon erfasst und dokumentiert werden und über die jeweilige Praxissoftware elektronisch verarbeitet werden können.

| | | |
|--|--|---|
| Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V i.V.m. Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003 Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse) Rechtsgrundlage: §§ 136 und 136 a SGB V Gültigkeit: seit 24.6.2006 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2007 | 25 | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 56 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 3 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 3 | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | 0 | |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |
| Patienten | | |
| Anzahl Patienten im Jahr 2007 | | |
| Aus dem Inhalt des Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommission gem. § 7 Abs.3 Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2007 | | |
| Anzahl der Ärzte, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen (§ 2 Abs. 1) | 24 ab dem 3. Quartal | |
| Bemerkungen | | |
| Berichterstattung In 2007 bundesweit noch nicht verpflichtend, da es Verzögerungen bei der technische Umsetzung gab. | | |

4.6 Herzschrittmacher-Kontrolle

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

| | | |
|--|--|---|
| Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1992, zuletzt geändert: 1.4.2006 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2007 | 64 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 5 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 5 | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |

4.7 Interventionelle Radiologie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem.

Aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrades der Erbringung von angiographischen Leistungen wurden Anforderungen an die ärztliche Routine formuliert. Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von interventionellen Angiographien einen Nachweis über mindestens 100 Katheterangiographien, wovon mindestens 50 interventionell sein müssen, zu erbringen.

| | | |
|--|--|-----------------------|
| Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie) Rechtsgundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | ✓ |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterangiographien (gem. § 3 Abs. 1) | | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 1.1.2007 | 31.12.2007 |
| | 2 | 2 |
| Anzahl beschiedener Anträge in 2007 | neu | erneut (§ 7 Abs.6) |
| | 0 | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ... | Nichterreichen Mindestzahl | sonstiger Gründe |
| | 0 | 0 |
| Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen | 0 | |

| Frequenzregelung | | | | | | |
|---|----------------------------|--------------|--------------------|-----------------|---------|------|
| Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen Katheterangiographien die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden | <80 | 80-89 | 90-99 | 100-109 | 110-119 | >119 |
| | | | 2 | | | |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben | | | / | / | / | |
| Genehmigungen zu diagnostischen Katheterangiographien und kathetergestützten therapeutischen Eingriffen (gem. § 3 Abs. 2) | | | | | | |
| Genehmigungen | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 1.1.2007 | | 31.12.2007 | | | |
| | 13 | | 13 | | | |
| Anzahl beschiedener Anträge in 2007 | neu | | erneut (§ 7 Abs.7) | | | |
| | 0 | | 0 | | | |
| Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ... | Nichterreichen Mindestzahl | | | sonstige Gründe | | |
| | < 100 diagn. + therap. | < 50 therap. | | | | |
| | 0 | 0 | | 0 | | |
| Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen | 2 | | | | | |
| Frequenzregelung | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen Katheterangiographien oder kathetergestützten therapeutischen Eingriffen die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden | <80 | 80-89 | 90-99 | 100-109 | 110-119 | >119 |
| | 1 | | | | | |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben | 0 | | | / | / | / |
| Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützten therapeutischen Eingriffen die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden | <30 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | >70 |
| | 1 | | | 10 | | |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben | 0 | | | / | / | / |

4.8 Invasive Kardiologie

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

In dieser seit dem 1. Oktober 1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

| | | |
|---|--|---|
| Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.1999 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | ✓ |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |

Ärzte in Einzelpraxen:

| Genehmigungen zu diagnostischen <u>und</u> therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1) | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------|---------|------------------------|-------|-----|
| Genehmigungen | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 01.01.2007 | | | 31.12.2007 | | |
| | | 4 | | | 5 | |
| Anzahl beschiedener Anträge in 2007 | neu | | | erneut (§7 Abs.1 Nr.3) | | |
| | 0 | | | 0 | | |
| Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ... | Nichterreichen Mindestzahl | | | sonstige Gründe | | |
| | gesamt | ges. + therap. | therap. | | | |
| | | | | 0 | | |
| Frequenzregelung | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291) | <10 | 100 | 130 | 150 | 170 | >1 |
| | 0 | -129 | -149 | -169 | -199 | 99 |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*) | 2 | 1 | | / | / | / |
| Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292) | <33 | 33-42 | 43-49 | 50-56 | 57-66 | >66 |
| | 1 | 1 | | 2 | | |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*) | 1 | 1 | | / | / | / |

Ärzte in Gemeinschaftspraxen:

| Genehmigungen zu diagnostischen <u>und</u> therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1) | | | | |
|--|----------------------------|----------------|------------------------|---|
| Genehmigungen | | | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 01.01.2007 | | 31.12.2007 | |
| | | 5 | | 4 |
| Anzahl beschiedener Anträge in 2007 | neu | | erneut (§7 Abs.1 Nr.3) | |
| | 0 | | 0 | |
| Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ... | Nichterreichen Mindestzahl | | sonstige Gründe | |
| | gesamt | ges. + therap. | therap. | |
| | | | | 0 |

| Frequenzregelung | | | | | | |
|--|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291) | <10 0 | 100 - | 130 - | 150 - | 170 - | >1 99 |
| | | 129 | 149 | 169 | 199 | |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*) | | | | / | / | / |
| Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292) | <33 | 33- 42 | 43- 49 | 50- 56 | 57- 66 | >6 6 |
| | | | | 4 | | |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*) | | | | / | / | / |
| | | | | | | |

4.9 Koloskopie

Der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde im Jahre 2002 um die Koloskopie erweitert. Diese können Personen ab dem 55. Lebensjahr im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Gleichzeitig mit der Einführung der Früherkennungskoloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie. Ihr zentraler Punkt ist eine Frequenzregelung. So kann die Genehmigung nur aufrechterhalten werden, wenn der Arzt innerhalb eines Jahres eine Mindestfrequenz von 200 totalen Koloskopien, davon mindestens zehn mit Polypektomien, nachweisen kann. Neu an dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskope durchgeführt werden.

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

| | | |
|--|---|---|
| Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.2002 zuletzt geändert: 1.10.2006 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | ✓ |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/Hygieneprüfung | ✓ |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel | |

Ärzte in Einzelpraxen:

| | | | | | | |
|--|------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie | 01.01.2007 | 31.12.2007 | | | | |
| | 0 | 0 | | | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie | 01.01.2007 | 31.12.2007 | | | | |
| | 64 | 66 | | | | |
| Anzahl beschiedene Anträge in 2007 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) | neu | erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3) | | | | |
| | 0 | 0 | | | | |
| Anzahl beschiedene Anträge in 2007 (kurative und präventive Koloskopie) | neu | erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3) | | | | |
| | 8 | 55 | | | | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 8 | 55 | | | | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | 0 | 0 | | | | |
| Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv) | 0 | | | | | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 (Mängel/ Nichterreichen Mindestzahl), gem. § 7 (Hygienequalität) | 0 | | | | | |
| Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität) | 3 | | | | | |
| Frequenzregelungen totale Koloskopien | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421) | < 125 | 125 - 174 | 175 - 199 | 200 - 224 | 225 - 274 | > 274 |
| | | | 17 | 4 | 34 | |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben*) | | | | | | |
| Stichprobenprüfungen totale Koloskopien | | | | | | |
| Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 a-e | 55 | | | | | |
| - davon bestanden | 51 | | | | | |
| - davon nicht bestanden | 4 | | | | | |
| Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f | 4 | | | | | |
| - davon bestanden | 4 | | | | | |
| Frequenzregelungen Polypektomien | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,) | <5 | 5-7 | 8-9 | 10-11 | 12-14 | >14 |
| | | | 8 | 2 | 45 | |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben*) | | | | | | |
| Stichprobenprüfungen Polypektomien | | | | | | |

| | |
|--|----|
| Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 4 a-c | 55 |
| - davon bestanden | 55 |
| | |

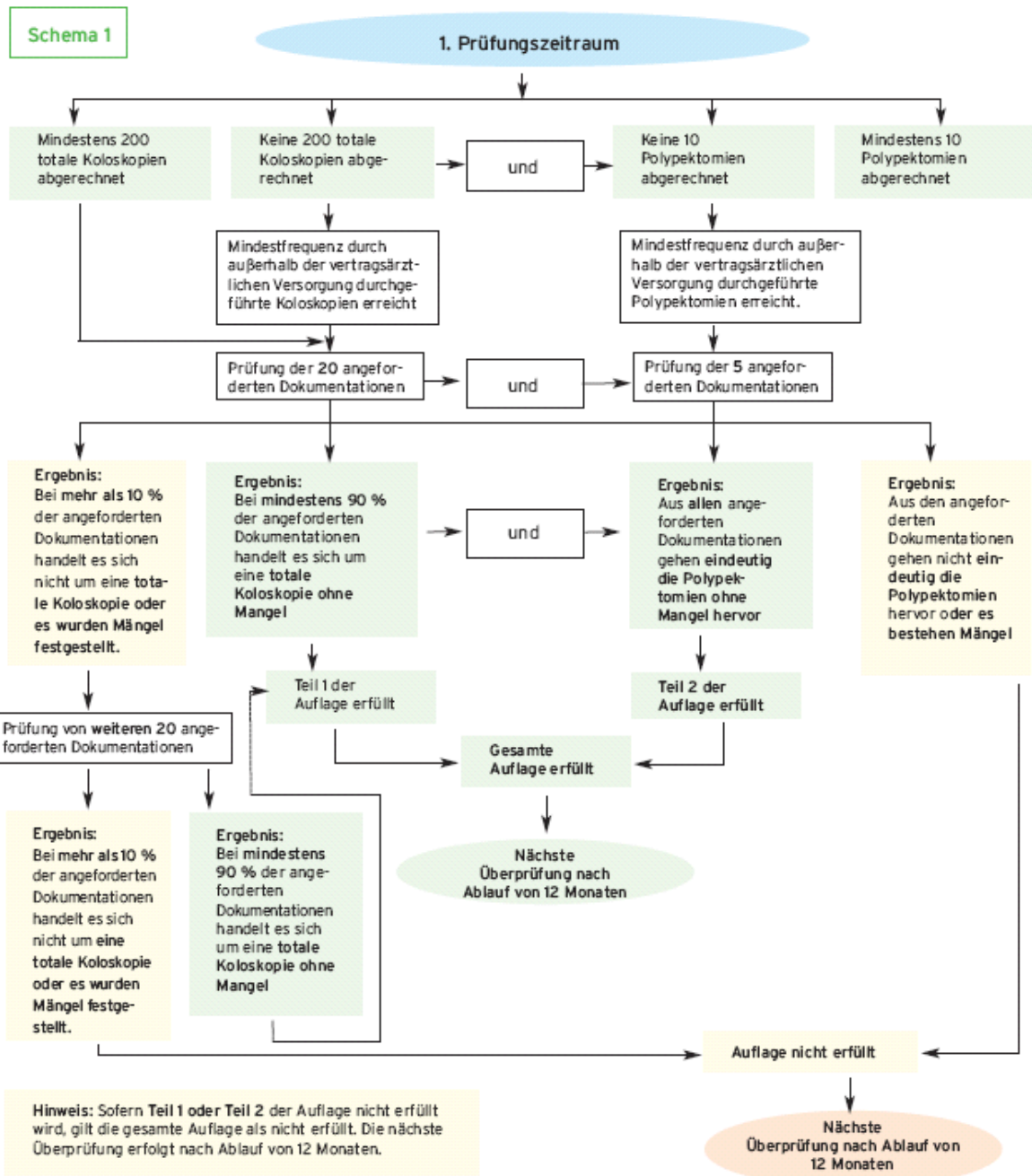
Ärzte in Gemeinschaftspraxen:

| | | | | | | |
|--|------------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|------|
| | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie | 01.01.2007 | 31.12.2007 | | | | |
| | 0 | 0 | | | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie | 01.01.2007 | 31.12.2007 | | | | |
| | 16 | 16 | | | | |
| Anzahl beschiedene Anträge in 2007 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) | neu | erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3) | | | | |
| | 0 | 0 | | | | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 (Mängel/Nichterreichenden Mindestzahl) und § 7 (Hygienequalität) | 0 | | | | | |
| Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität) | 0 | | | | | |
| Frequenzregelungen totale Koloskopien | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421) | < 125 | 125 - 174 | 175 - 199 | 200 - 224 | 225 - 274 | > 27 |
| | | | | | | 16 |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben*) | | | | | | |
| Stichprobenprüfungen totale Koloskopien | | | | | | |
| Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 a-e | 16 | | | | | |
| - davon bestanden | 16 | | | | | |
| Frequenzregelungen Polypektomien | | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,) | <5 | 5-7 | 8-9 | 10-11 | 12-14 | >14 |
| | | | | | | 16 |
| - davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben*) | | | | | | |
| Stichprobenprüfungen Polypektomien | | | | | | |
| Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 4 a-c | 16 | | | | | |
| - davon bestanden | 16 | | | | | |
| | | | | | | |

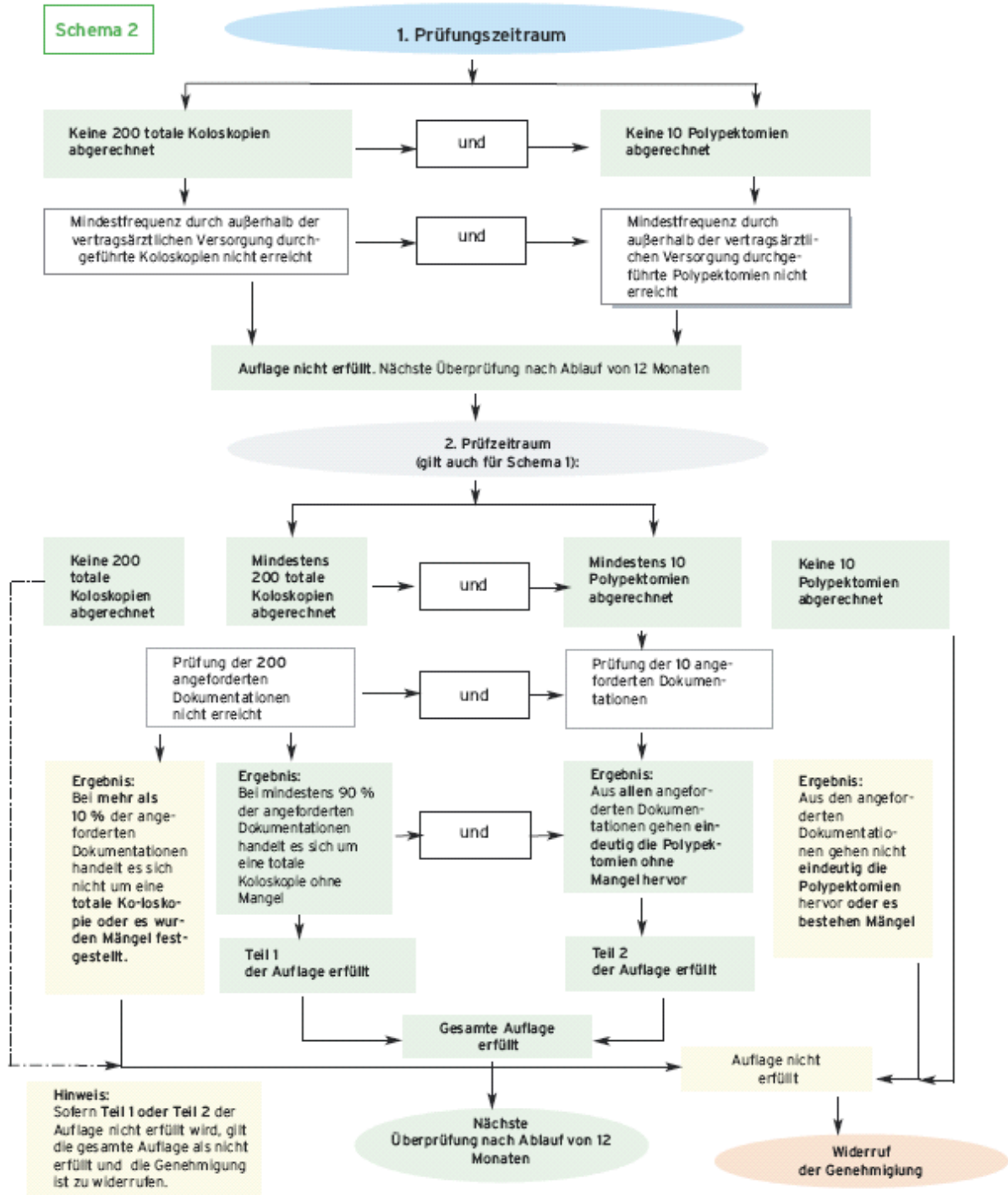
Prüfungen zur Hygienequalität (alle)

| Anzahl überprüfter Einrichtungen | 82 | | |
|---|--|---|---|
| Anzahl der Prüfungen | 1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs.3) | 2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs.8a)** | 3. Prüf. (6 Wo.) (§7 Abs.8c Nr.1) |
| | 158 | 1 | |

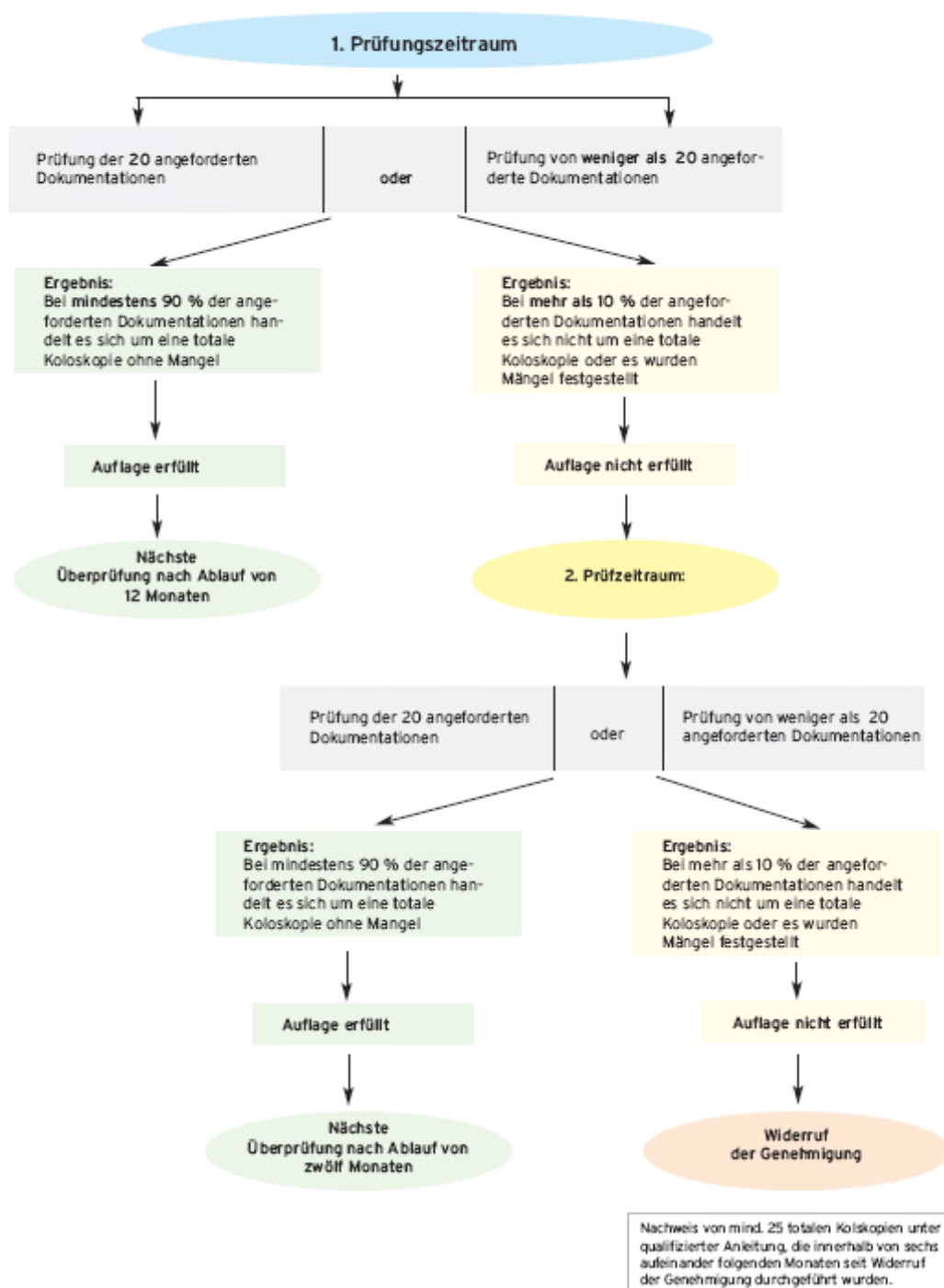
Ablaufdiagramm
Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 6 für den Nachweis der totalen
Koloskopien und Polypektomien der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Koloskopie
(gilt für alle Fachärzte außer Kinderärzte und Kinderchirurgen)



Ablaufdiagramm
Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 6 für den Nachweis der totalen
Koloskopien und Polypektomien der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Koloskopie
 (gilt für alle Fachärzte außer Kinderärzte und Kinderchirurgen)



Ablaufdiagramm
Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 6 für den Nachweis der totalen Koloskopien und Polypektomien der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Koloskopie
(gilt für alle Kinderärzte und Kinderchirurgen)



4.9.1 Komplikationsraten bei Früherkennungskoloskopien

Darmkrebs ist eine Krebsart, deren Entstehung weitgehend verhindert werden kann, wenn seine Vorstufen frühzeitig entdeckt und vor ihrer Entartung abgetragen werden. In Deutschland wurde bereits in den Siebzigerjahren ein Screening auf Darmkrebs mittels Okkultbluttest eingeführt.

Mit der Einführung einer zusätzlichen Beratung zu den Möglichkeiten der Früherkennung von Darmkrebs und der Früherkennungskoloskopie ist das Programm im Oktober 2002 modernisiert worden. Die Durchführung dieser Untersuchung ist im vertragsärztlichen Bereich an den Nachweis einer fachlichen Befähigung sowie ausreichender Untersuchungserfahrung geknüpft. Bundesweit geltende Dokumentationsverpflichtungen sollen ein einheitlich transparentes Bild von dem Umfang und der Qualität der Untersuchungen verschaffen. Zudem sind in den Kassenärztlichen Vereinigungen Fachkommissionen mit der (stichprobenbezogenen) nachträglichen Beurteilung von Koloskopien auf Basis der (Foto-)Dokumentationen befasst. Außerdem werden durch hierzu berechnigte Institute Hygieneprüfungen der Endoskope vorgenommen.

Die zur Früherkennungskoloskopie berechtigten Vertragsärzte legen die standardisierten Befundbögen zunächst den jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Dort werden sie geprüft und erfasst. Der pseudonymisierte Datensatz geht dann an die KBV. So werden alle Untersuchungsergebnisse auf Bundesebene zusammengeführt. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die KBV haben die Einführung des Koloskopie-Screenings mit einem Auftrag zur wissenschaftlichen Begleituntersuchung an das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) verbunden. Mittlerweile ist dort der vierte Jahresbericht veröffentlicht. Alle Früherkennungskoloskopien durchführenden Ärzte, die mehr als zehn Untersuchungen im Vorjahr vorgenommen haben, erhalten einmal jährlich vom Zentralinstitut einen individuellen Feedbackbericht nach dem Benchmark-Prinzip. Dabei werden die eigenen Befunde mit denen aus allen übrigen koloskopierenden Einrichtungen verglichen.

In der Summe liegen dem Zentralinstitut mittlerweile nahezu zwei Millionen Daten zur Früherkennungskoloskopie vor. Über den gesamten Zeitraum seit Einführung dieser Untersuchung haben über 2,3 Millionen gesetzlich krankenversicherte Personen von der Erweiterung des gesetzlich vorgesehenen Präventionsprogramms Gebrauch gemacht. Allein im Jahr 2006 haben über 550.000 Personen die Koloskopie in Anspruch genommen.

Ergänzend zu den Dokumentationen führt das Zentralinstitut einmal jährlich eine bundesweite Zusatzerhebung bei allen Fällen durch, bei denen eine Karzinomdiagnose oder eine Komplikation vorliegt. Das Zentralinstitut geht in einem schriftlichen Verfahren jährlich bis zu 7.500 Untersuchungsfällen nach und bittet um nähere Angaben zu den betreffenden Patienten und dem jeweiligen weiteren Behandlungsverlauf.

Über die ersten drei Jahre sind weitgehend stabile Raten an entdeckten Befunden ermittelt worden. Wesentliche Ergebnisse sind, dass etwa 16 bis 18 Prozent der Untersuchten ein Adenom aufweisen, darunter etwa sechs Prozent im fortgeschrittenen Stadium. Jüngste epidemiologische Modellüberlegungen lassen vermuten, dass sich in fünf bis sechs Prozent dieser Fälle pro Jahr aus nicht vorzeitig entdeckten fortgeschrittenen Adenomen kolorektale Karzinome entwickeln (Brenner 2007). 0,8 bis 0,9 Prozent der Untersuchten weisen ein kolorektales Karzinom auf, das jedoch zu etwa 70 Prozent im lokalisierten Stadium entdeckt wird. Bei den von einem Karzinom betroffenen Patienten fällt auf, dass dieser Befund beispielsweise bei Frauen durchschnittlich in einem Alter von 69 Jahren erhoben und damit sechs Jahre! früher erkannt wird als außerhalb von Screeningmaßnahmen.

Die Auswertungen bestätigen, dass Männer und Frauen ein sehr unterschiedliches Risiko für das Auftreten eines fortgeschrittenen Adenoms haben. Berechnet man den (früh-)diagnostischen Aufwand als „number needed to screen“, so ist festzustellen, dass in dem unteren Altersbereich bis zu 16 Männer und bis zu 30 Frauen koloskopiert werden müssen, um einen Patienten des betreffenden Geschlechts zu identifizieren, der ein fortgeschrittenes Adenom aufweist.

Insbesondere interventionelle Koloskopien (Polypektomie) bergen das Risiko von Komplikationen. Deren Auftreten wird auf den standardisierten Dokumentationen von den Untersuchern selbst (im Anschluss an die Untersuchungen) protokolliert. In seinen Nacherhebungen holt das Zentralinstitut ergänzende Informationen zum Verlauf bei den betreffenden Praxen ein. Zu den wichtigsten Komplikationen zählen kardiopulmonale Ereignisse, Blutungen (nach Polypektomien) und Perforationen.

Es muss konzediert werden, dass möglicherweise nicht alle Komplikationsereignisse, die während oder in der Nachfolge der Untersuchung aufgetreten sind, den Untersuchern bekannt werden und daher die hier berichteten Komplikationsraten eine gewisse Unterschätzung darstellen. Allerdings ist auch hervorzuheben, dass die am häufigsten auftretende (Blutungs-)Komplikation gelegentlich unterschiedlich beurteilt zu werden scheint. In den meisten dokumentierten Fällen scheint dahingehend Übereinstimmung zu bestehen, dass ein blutungsbedingter Zweiteingriff (zum Beispiel zur Clipsetzung einer blutenden Restläsion am Polypenstumpf) als „Komplikationsfall“ eingeschätzt und dokumentiert wird. Uneinheitlich scheinen aber vor allem solche Blutungsereignisse beurteilt zu werden, die noch während der Untersuchung bei Entfernung eines besonders großen oder breitbasigen Polyps auftreten und zusätzliche Koagulations- oder mechanische Maßnahmen erfordern. Auch die Beurteilung kardiopulmonaler Komplikationen, die vielfach sedierungsbedingt sein dürften, ist, was deren Erwartbarkeit und Schweregradbeurteilung angeht, selbstverständlich von der subjektiven Interpretation der Untersucher abhängig.

Um den Schweregrad der aufgetretenen Komplikationsereignisse halbwegs zuverlässig bewerten zu können, wird im Rahmen der Nacherhebungen des Zentralinstitut daher auch danach gefragt, ob diese zu einem Krankenhausaufenthalt geführt haben beziehungsweise ob ein Folgeschaden aufgetreten ist. Hierbei zeigt sich, dass, abgesehen von Perforationen, nur in geringem Umfang (bei sechs Prozent der kardio-pulmonalen Komplikationen und bei 17 Prozent der Blutungsfälle) ein Krankenhausaufenthalt nötig geworden ist.

Nimmt man alle Komplikationsfälle zusammen, dann treten jährlich bei drei bis vier von 1.000 Untersuchungsfällen entsprechende Ereignisse auf, wobei die Blutungsrate bezogen auf alle Untersuchungen die Raten mit 1,8/1.000 Fällen anführt. In fünf Fällen sind insgesamt in den vergangenen Jahren Todesfälle zu bedauern, die im direkten Zusammenhang mit der durchgeführten Untersuchung zu stehen scheinen. In einem weiteren Fall wurde von einem Patienten berichtet, der etwa 14 Tage nach der Diagnosestellung eines Rektumkarzinoms Suizid begangen hat.

Ebenso wie die Befundhäufigkeiten, steigen auch die Komplikationsraten mit zunehmendem Alter an, was zum Teil auf den höheren Interventionsbedarf (Polypektomien) älterer Patienten zurückzuführen ist. Die Höhe der hier berichteten Komplikationsraten steht im Einklang mit Daten aus anderen Ländern, die allerdings oft in anderen Behandlungskontexten erhoben werden. Oftmals liegen ihnen jedoch keine Screeningmaßnahmen, sondern Abklärungsuntersuchungen nach Verdachtsbefunden oder subjektiven Beschwerden der Patienten zugrunde. Diese schränken den Vergleich selbstverständlich ein.

Als weiterer, möglicherweise negativer Aspekt ist ein falsch-negativer Befund in Betracht zu ziehen, der unter gewissen Bedingungen zu einer erst späten Entdeckung einer behandlungsbedürftigen Neoplasie führen könnte. Hier sind technische Bedingungen,

Untersuchererfahrung und wohl auch die Rückzugszeiten für die Endoskope entscheidende Einflussgrößen für das Ausmaß nicht erkannter Läsionen.

Diese Überlegungen unterstreichen, dass eine Entscheidung über die Durchführung einer Früherkennungskoloskopie Ergebnis einer individuellen Abwägung von möglichem Nutzen (frühe Erkennung einer Läsion) und Risiko eines Komplikationsereignisses sein muss. Die Ärzteschaft und ihre Vertragspartner teilen mehrheitlich die Erwartung, dass auf Bevölkerungsebene die Bilanz von Nutzen und Risiko für die Gesamtgruppe der Teilnehmer am Darmkrebs-Screening positiv ausfällt.

Im Jahr 2006 ist die Dokumentation der Früherkennungskoloskopien modifiziert worden. Sie soll nunmehr allein als elektronische Dokumentation umgesetzt werden, so dass der aufwendige und fehlerträchtige Erfassungsprozess der vielen und komplexen Untersuchungsdaten künftig entfallen dürfte.

Dr. Lutz Altenhofen, Projektleiter Früherkennungskoloskopie im Zentralinstitut und einer der Preisträger des Felix Burda Award 2006, berichtet hier von den Ergebnissen.

4.10 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Kapitel 32.3 beziehungsweise 1.7 des EBM. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Antrag obligatorisch. Ausgenommen von dieser Regelung sind die im Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie explizit genannten Ärzte. Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

| | | |
|--|---|---|
| Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, § 75 Abs. 7 SGB V, Richtlinien der BÄK Gültigkeit: seit 9.5.1994 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31.12.2007 | 383 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 6 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 5 | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | 1 | |
| Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |

4.11 Langzeit-EKG-Untersuchung

Eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie (EKG) sind Voraussetzung für die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen (Langzeit-EKG) um auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen erkennen zu können. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

| | | |
|---|--|---|
| Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1992 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31.12.2007 | 88 | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2007 | 311 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 28 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 28 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 | |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |
| | | |

4.12 Magnetresonanz-Tomographie

Diese Vereinbarung sichert die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie. In ihr sind unter anderem die Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Neben der persönlichen Qualifikation sind apparatetechnische Mindestanforderungen zu erfüllen. Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanz-Mammographie (MRM). So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

| | | |
|---|--|---|
| 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: 1.10.2001 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie für die Kernspintomographie) Rechtsgrundlage § 136 i.V.m. § 92 Abs.1 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2001) | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | ✓ |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |

| Allgemeine Kernspintomographie | |
|---|----|
| Genehmigungen | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT) , Stand 31.12.2007 | 30 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 4 |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 4 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 2 |
| - davon bestanden | 2 |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 2 |

| Kernspintomographie der Mamma | |
|---|---|
| Genehmigungen | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.2007 | 2 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 0 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 |
| Frequenzregelung (Anzahl jährl. Nachweise nach §4a Abs. 2) | |
| - mind. 50 Untersuchungen | 2 |
| - weniger als 50 Untersuchungen | 0 |
| - - Kolloquium innerhalb 3 Monaten | 0 |
| Bemerkungen | |
| nach § 4a Abs. 3 ist der Arzt verpflichtet, Maßnahmen zur histologisch/zytologischen Abklärung, die auf Grund der MRM veranlasst wurden, zu dokumentieren und seiner vorgenommenen prospektiven Diagnostik zuzuordnen | |

4.13 Magnetresonanz-Angiographie

Bei der Magnetresonanz-Angiographie (MRA) handelt es sich um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Sie stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Katheter in eine Schlagader eingeführt werden muss noch zur Bilderzeugung Röntgenstrahlen und ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. Da die Magnetresonanz-Angiographie jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

Die Abrechnung von Leistungen der Angiographie mittels Magnetresonanz-Tomographie steht unter dem Vorbehalt einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Geregelt sind diese in der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Magnetresonanz-Angiographie. Neben Angaben zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen enthält diese Vereinbarung insbesondere Vorgaben zur Indikationsstellung der Untersuchungen. (Siehe auch Kapitel 3.3)

| | | |
|---|---|---|
| Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.2007 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie für die Kernspintomographie) Rechtsgrundlage: § 136 i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2001 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2007 | keine | |
| Bemerkungen | | |
| Inkrafttreten erst am 1. Oktober 2007 | | |

4.14 Mammographie

Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren bisher Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Aufgrund der für die Mammographie besonders getroffenen Regelungen wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine eigene Vereinbarung geschaffen. Wie bereits in den vorangegangenen Qualitätsberichten ausführlich beschrieben, sieht diese Vereinbarung neben detaillierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor. Dies sind im Wesentlichen

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

Als Neuerung wurde in der Richtlinie der Zeitpunkt der ersten Selbstüberprüfung auf 24 Monate und nicht wie bisher auf zwölf Monate nach Erteilung der Genehmigung festgesetzt. Hinzu kommt, dass die Zuständigkeit für die Erstellung der Fallsammlungen und die Evaluation der Prüfungen von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zunächst an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übergegangen ist.

Ergebnisse der kontrollierten Selbstüberprüfung liegen jetzt vor und sind in Kapitel 4.14.1 näher ausgeführt. Für das Mammographie-Screening als Maßnahme der Krebsfrüherkennung gelten neben dieser Vereinbarung weitere Qualitätssicherungsvereinbarungen (siehe auch Kapitel 4.14.2).

| | | |
|---|--|---|
| Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.1.2007 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | ✓ |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |

| Genehmigungen | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 62 | |
| Anzahl beschiedener Anträge | 1 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 1 | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | 0 | |
| Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3) | 0 | |
| Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt C (Fallsammlung) | | |
| Anzahl Prüfungen | 1. Prüfung | Wiederholungsprüfungen |
| | 5 | 1 |
| - davon bestanden | 3 | 0 |
| - davon nicht bestanden | 2 | 1 |
| Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt D (§ 7 Abs.2 Buchst.b) | | |
| Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben | erstmalige Selbstüberprüfungen | weitere Selbstüberprüfungen |
| | | 32 |
| - davon erfolgreiche Teilnahme | | 31 |
| - davon nicht erfolgreiche Teilnahme | | 1 |
| Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 5 Abs. 6e / § 5 Abs. 7b) | 0 | |
| Widerruf der Genehmigung (§ 5 Abs. 7c) | 0 | |
| Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 5 Abs. 5) | 0 | |
| Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt E | | |
| Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde | 1. Prüfung | Wiederholungsprüfungen |
| | 2 | 49 |
| - davon erfüllt | 1 | 47 |
| - davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)* | 0 | 0 |
| - davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)* | 1 | 2 |
| Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt E teilgenommen haben | 0 | |
| Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7 | 0 | |
| | | |
| Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen | 3 | |
| | | |

4.14.1 Ergebnisse der Prüfungen zur kurativen Mammographie

Zur Diagnostik aller Brustkrankungen – insbesondere von Karzinomen – stehen in der vertragsärztlichen Versorgung eine Reihe von Verfahren zur Verfügung. Bei der Mammographie beispielsweise wird die Brustdrüse von Patientinnen (und Patienten) mittels eines transmittierten Röntgenstrahls in einem Projektionsverfahren abgebildet. Um die kontrastarmen Läsionen und kleinen Strukturen (Mikrokalk) erkennen zu können, werden höchste Anforderungen an die Erfahrung des befundenden Arztes und die Qualität der Erstellung der Mammographie gestellt. Eine Maximierung des Nutzens der Mammographie unter gleichzeitiger Minimierung der Belastungen der Patienten ist deshalb durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen zu fördern. Hierzu wurden im Jahre 2002 von der KBV und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Mammographie im Rahmen der kurativen Versorgung vereinbart, die innovative Elemente wie eine regelmäßige Fallsammlungsprüfung und eine stichprobenartige Überprüfung der diagnostischen Bildqualität enthalten. Die durchgeführten Maßnahmen werden kontinuierlich und bundesweit ausgewertet und kritisch hinterfragt.

Bei der Fallsammlungsprüfung wird die Fähigkeit zur Befundung von Mammographien in einer Testsituation gezielt ohne Hinzunahme weiterer diagnostischer Möglichkeiten geschult und bewertet. Diese Maßnahme, über die hier detailliert berichtet wird, betrifft einen wichtigen Teilaspekt. Deshalb ist zu betonen, dass die hier vorgestellten Ergebnisse nicht die Qualität der Versorgung im Rahmen der Brustdiagnostik mittels der Mammographie widerspiegeln.

Die Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie für die kurative Mammographie aus dem Jahr 2002 wurde von den Partnern der Bundesmantelverträge neu geregelt und zum 1. Januar 2007 in eine eigene Vereinbarung überführt. Diese Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie nach § 135 Abs. 2 SGB V (Mammographie-Vereinbarung) beinhaltet neben den üblichen Komponenten der Qualitätssicherungsvereinbarungen, wie dem Nachweis der fachlichen Befähigung und der Geräteparameter, drei zentrale und innovative Elemente:

- > eine Fallsammlungsprüfung als Eingangsprüfung (Abschnitt C der Vereinbarung)
 - > regelmäßige Fallsammlungsprüfungen im Rahmen von kontrollierten Selbstüberprüfungen (Abschnitt D)
 - > regelmäßige stichprobenartige Überprüfungen der ärztlichen Dokumentation (Abschnitt E).
- Begleitet werden diese Qualitätssicherungsmaßnahmen durch eine kontinuierliche Evaluation.

Umsetzung der Mammographie-Vereinbarung

Die Mammographie-Vereinbarung wird seit über vier Jahren umgesetzt. Dabei ist die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung der Ansprechpartner der Ärzte. Dort finden alle Prüfungen statt. Auch teilen sie dem Arzt die Ergebnisse und Bescheide mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum werden durch die KBV unterstützt, die zum Beispiel die notwendigen Prüfsammlungen zur Verfügung stellt, die Prüfergebnisse bundesweit zusammenführt und auswertet sowie die Maßnahmen insgesamt evaluiert.

Im Folgenden werden die Erfahrungen aus den Fallsammlungsprüfungen im Rahmen der kontrollierten Selbstüberprüfung beschrieben. Eingangsprüfungen finden heute, mehr als vier Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung, nur selten statt.

Fallsammlungspool

Wichtige Voraussetzung für die Prüfungen sind die Fallpools, aus denen die Prüfsammlungen für die Eingangsprüfung und die kontrollierte Selbstüberprüfung zusammengestellt werden. Da die Prüfungen nach Abschnitt C und Abschnitt D unterschiedliche Schwierigkeitsgrade haben, wurden gemäß der Vereinbarung zwei Fallpools aufgebaut. Alle in die Pools aufgenommenen Mammographien werden durch Sachverständige im

Konsens nach fünf Kategorien beurteilt (in Anlehnung an das Breast Imaging Reporting And Data System – BIRADS des American College of Radiology). Ein Fall umfasst dabei vier Röntgenaufnahmen einer Frau, jede Seite ist in zwei Standardebenen dargestellt. In den Pool für die kontrollierte Selbstüberprüfung sind gezielt schwierigere Fälle aufgenommen worden, mit denen der Arzt eher selten konfrontiert wird. Im Gegensatz dazu orientiert sich der Fallpool für die Prüfsammlungen der Eingangsprüfung am klinischen Alltag. Alle Mammographien dieser Pools wurden mit analog arbeitenden Röntgengeräten erstellt und sind nach den dezidierten technischen Qualitätssicherungsvorgaben der Vereinbarung eingescannt worden. Somit stehen sie als digitalisierte Sammlungen zur Verfügung. Die bisher durchgeführten Prüfungen fanden zu etwa 75 Prozent am Schaukasten beziehungsweise Alternator mittels Durchsichtsbildern statt, zu einem Viertel direkt an Workstations mit entsprechenden Spezialbildschirmen.

Durchführung der Prüfungen

Sowohl in der Eingangsprüfung als auch in der kontrollierten Selbstüberprüfung sind jeweils 50 Fälle (Aufnahmen von 50 Frauen) zu beurteilen, jeweils getrennt für die rechte und die linke Brustseite (100 Beurteilungen). Jede Seite ist dabei in zwei Standardebenen (cranio-caudal und medio-lateral-oblique) dargestellt. Eine Besonderheit der kontrollierten Selbstüberprüfung gegenüber der Eingangsprüfung besteht dabei in der Möglichkeit für die Ärzte, sich nach Abgabe ihrer Beurteilung alle 200 Mammographieaufnahmen noch einmal zusammen mit den Beurteilungen der Sachverständigen anzusehen. Bestehenskriterien für die Beurteilungen der Fallsammlungen sind die Sensitivität und Spezifität der Einschätzungen des Arztes und insbesondere die Vermeidung falsch-negativer Befunde. Die Eingangsprüfung verlangt hierbei eine Sensitivität und eine Spezifität von jeweils mindestens 90 Prozent, dabei dürfen bei den 100 Beurteilungen insgesamt höchstens sieben Fehler vorkommen, davon maximal zwei falsch-negative Beurteilungen. Bei der Beurteilung wird nur nach „positiv“ und „negativ“ unterschieden. Bei Nichtbestehen kann die Prüfung frühestens nach drei Monaten wiederholt werden. Die Anzahl der Wiederholungen ist durch die Vereinbarung nicht begrenzt.

Die kontrollierte Selbstüberprüfung unterscheidet sich von der Eingangsprüfung durch den Schwierigkeitsgrad der Fälle und die Bestehenskriterien. Hier steht der Fortbildungscharakter im Vordergrund. Dementsprechend wird dem „absoluten“ Bestehenskriterium (mindestens 90 Prozent Sensitivität und Spezifität) ein „relatives“ Kriterium nachgeordnet. Wurde das absolute Kriterium erfüllt, gilt die Selbstüberprüfung als bestanden. Ist dies nicht der Fall, wird die Trefferzahl im Vergleich zu den Ergebnissen aller bundesweit teilnehmenden Ärzte bewertet. Die Selbstüberprüfung ist dann zu wiederholen, wenn das Ergebnis mehr Fehlbeurteilungen aufweist, als dies bei 95 Prozent der Selbstüberprüfungen der Fall ist.

Als Vergleichsgruppe gelten alle Ärzte, die innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben. Diese Ergebnisse werden bundesweit zusammengeführt, wobei der Zeitraum von zwölf Monaten so gewählt wird, dass es sich bei der Vergleichsgruppe ausschließlich um Ärzte handelt, die dieselben 50 Fälle als Prüfsammlung beurteilt haben. Die Beurteilung erfolgt in einem Schema von fünf Kategorien. Dabei wird die Treffsicherheit der Beurteilung anhand der gewählten Kategorie im Vergleich zu der von den Sachverständigen vorgenommenen Kategorisierung gemessen. Die so ermittelten Abweichungspunkte werden getrennt nach zu hohen (Spezifitätsmängel) und zu niedrigen (Sensitivitätsmängel) Kategorisierungen erfasst. Bezogen auf die Gesamtheit der Ergebnisse von zwölf Monaten wird ermittelt, mit welcher festgestellten Abweichungspunktzahl (getrennt nach Sensitivität und Spezifität) ein Prüfungsergebnis zu den jeweils schlechtesten 2,5 Prozent gehört. Damit ist es denkbar, dass weniger als fünf Prozent der Teilnehmer die Anforderungen nicht erfüllen, denn auch ein Arzt, dessen individuelles Prüfungsergebnis das relative Kriterium nicht erfüllt, könnte sowohl bei der Sensitivität als auch bei der Spezifität über 90 Prozent erreicht haben. Die Selbstüberprüfung kann bei Nichtbestehen einmal wiederholt werden. Sollte dies erfolglos sein, ist die Teilnahme an einem Kolloquium vorgesehen, gegebenenfalls eine Fortbildung mit

anschließendem erneutem Kolloquium, entsprechend dem Fortbildungscharakter einer kontrollierten Selbstüberprüfung.

Teilnahme und Ergebnisse der Fallsammlungsprüfungen

Die kontrollierte Selbstüberprüfung wurde in der Zeit von Juni 2004 bis August 2005 mit der ersten Prüfsammlung von 2.011 Ärzten absolviert. Die Ärzte aus Schleswig-Holstein und Bayern haben zu dieser Zeit nicht an der bundesweiten Maßnahme teilgenommen, sondern an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Landesebene (QuaMaDi und BMS). Eine zweite neue Prüfsammlung war ab Mitte November 2005 im Einsatz. Nach zwölf Monaten hatten bis Mitte November 2006 insgesamt 1.419 Prüfungen stattgefunden. Die Prüfungen wurden in fünfzehn Kassenärztlichen Vereinigungen angeboten. Ausgesetzt haben die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen mit der geringsten Anzahl von mammographierenden Ärzten. Durch den zwischenzeitlich auf einen zweijährlichen Rhythmus umgestellten Turnus haben in den zwölf Monaten nicht alle betreffenden Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung diese Prüfung absolviert. Die in der Zeit vom 16. November 2005 bis zum 15. November 2006 durchgeführten 1.419 Prüfungen werden im Folgenden näher beschrieben. Vor dem Hintergrund der ersten Prüfungswelle nach Abschnitt D, die sich über einen längeren Zeitraum ausdehnte, ist damit zu rechnen, dass für das Jahr 2007 mindestens 600 bis 700 Prüfungen abgelegt werden. Von den 1.419 Prüfungen wurden 428 (das sind 30 Prozent) bereits auf Basis der absoluten Bestehenskriterien erfüllt. Die Berechnung der Grenzwerte für die relativen Bestehenskriterien zeigte einen maximal zulässigen Wert für die Abweichungspunkte wegen Sensitivitätsmängeln von 53 Punkten und wegen Spezifitätsmängeln von 123 Punkten. Mit Erreichen von 54 beziehungsweise werden getrennt nach zu hohen (Spezifitätsmängel) und zu niedrigen (Sensitivitätsmängel) Kategorisierungen erfasst. Bezogen auf die Gesamtheit der Ergebnisse von zwölf Monaten wird ermittelt, mit welcher festgestellten Abweichungspunktzahl (getrennt nach Sensitivität und Spezifität) ein Prüfungsergebnis zu den jeweils schlechtesten 2,5 Prozent gehört. Damit ist es denkbar, dass weniger als fünf Prozent der Teilnehmer die Anforderungen nicht erfüllen, denn auch ein Arzt, dessen individuelles Prüfungsergebnis das relative Kriterium nicht erfüllt, könnte sowohl bei der Sensitivität als auch bei der Spezifität über 90 Prozent erreicht haben. Die Selbstüberprüfung kann bei Nichtbestehen einmal wiederholt werden. Sollte dies erfolglos sein, ist die Teilnahme an einem Kolloquium vorgesehen, gegebenenfalls eine Fortbildung mit anschließendem erneutem Kolloquium, entsprechend dem Fortbildungscharakter einer kontrollierten Selbstüberprüfung. 124 Punkten wurden die Anforderungen demnach nicht erfüllt (ausgenommen ein Prüfungsergebnis, das die Anforderungen absolut erfüllt). Damit haben 70 Ärzte (das sind 4,9 Prozent) die Anforderungen nicht erfüllt. 921 Ärzte haben die Anforderungen allein nach dem relativen Kriterium erfüllt. Hinsichtlich der Fachgruppenverteilung wurde die kontrollierte Selbstüberprüfung bei den Prüfungen der 1.370 Vertragsärzte zu 81,3 Prozent von Radiologen und zu 17,9 Prozent von Gynäkologen abgelegt. Die insgesamt 255 Gynäkologen kommen überproportional aus Bayern (n = 103) und Niedersachsen (n = 37). Bei elf Ärzten lagen andere oder gar keine Angaben zur Fachgruppe vor.

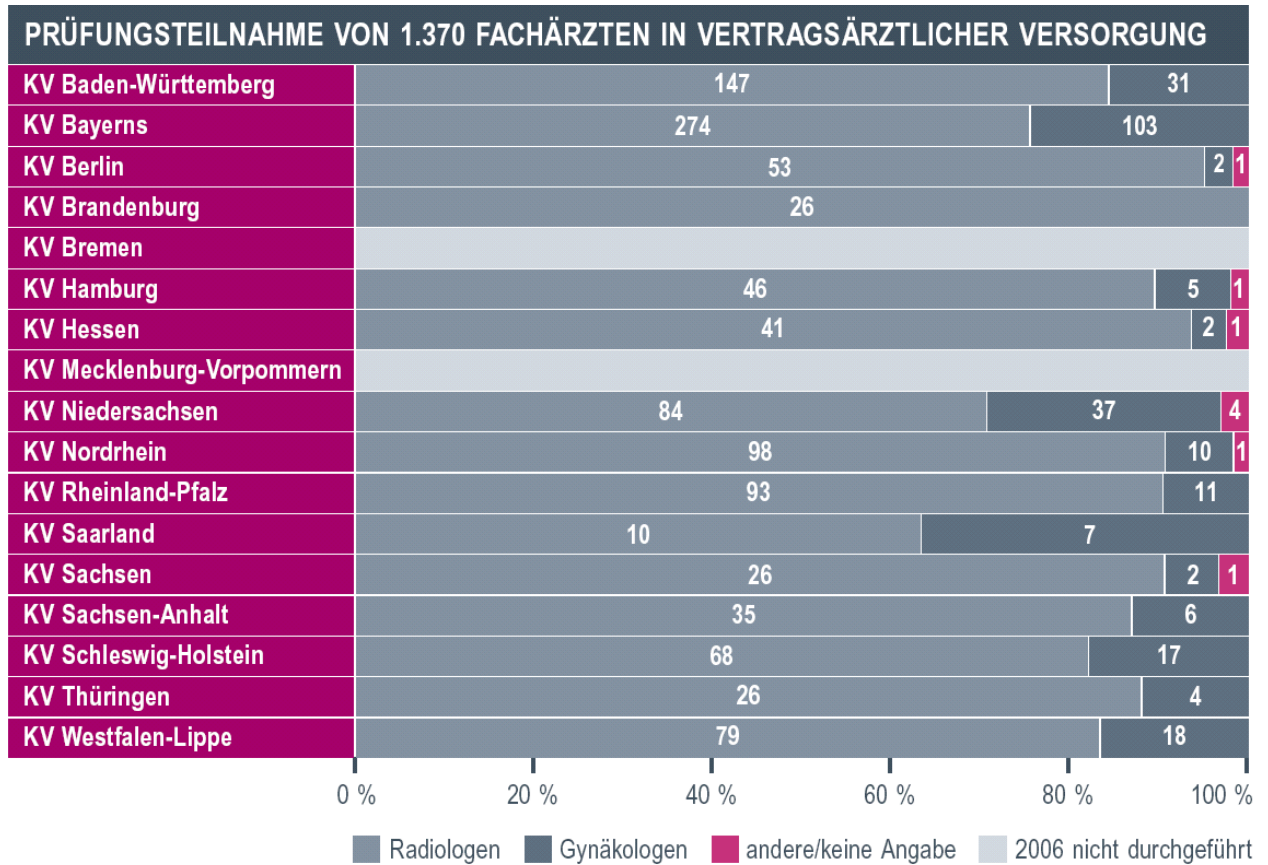
Zusammenfassend ist zu sagen:

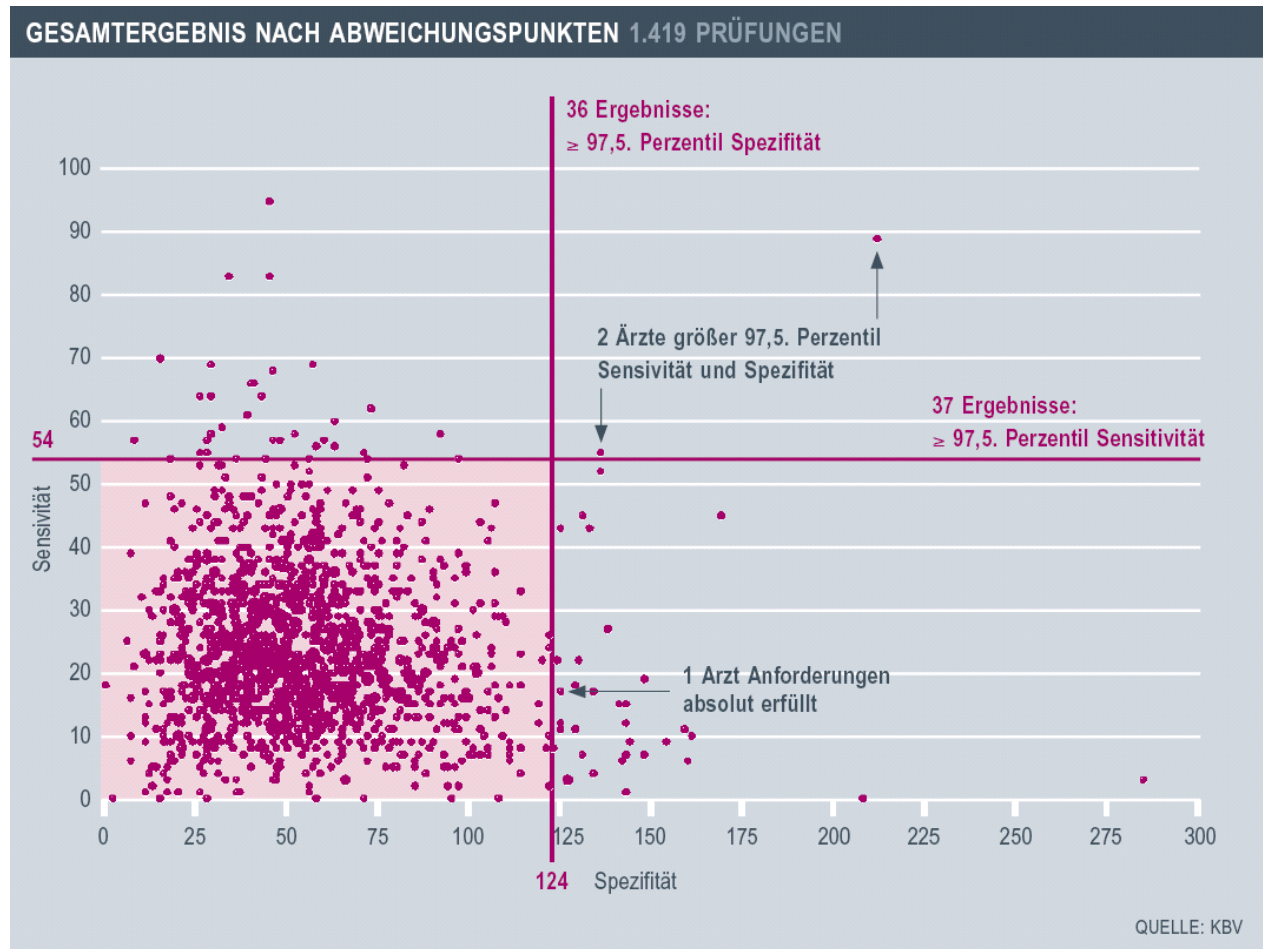
- > In der Befundung der vorgelegten 50 Prüffälle ist die Übereinstimmung mit der Einstufung durch die Sachverständigen hoch. Dies spiegelt die hohe Kompetenz der geprüften Ärzte wider.
- > Die jeweils 2,5 Prozent schlechtesten Ergebnisse befinden sich deutlich außerhalb des Bereichs des Hauptfeldes.
- > Die jeweiligen Grenzwerte liegen in einer Höhe, welche die möglicherweise bestehende Unsicherheit bei der Zuordnung zwischen den Kategorien 1 und 2 beziehungsweise 4 und 5 ohne Konsequenzen bleiben lässt, sofern keine weiteren erheblicheren Fehleinstufungen hinzukamen.

4. Qualitätssicherung von A bis Z

- > Bei den Beurteilungen, die die Anforderungen nicht erfüllen, liegt entweder ein Spezifitäts- oder ein Sensitivitätsmangel vor, nur zwei Prüfergebnisse weichen nach beiden Kriterien ab.

Bemerkung: Dargestellt ist hier nur die zusammenfassende Bundesauswertung





4.14.2 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit bei Frauen. Etwa zehn Prozent der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Internationale Studien haben gezeigt: Ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen, das sogenannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken. Voraussetzungen dafür sind eine hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.

Der Deutsche Bundestag hat im Juni 2002 einstimmig beschlossen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung ein flächendeckendes und qualitätsgesichertes Mammographie-Screening nach den Europäischen Leitlinien in Deutschland einführen soll. Im Januar 2004 sind die entsprechenden detaillierten Regelungen (Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die neue Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge) zur Einführung des Screenings in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren Anspruch auf eine Mammographie-Screening-Untersuchung, sobald das Screening in ihrer Region angeboten wird. Alle Frauen dieser Altersgruppe werden dann regelmäßig im Abstand von zwei Jahren eingeladen.

Das Mammographie-Screening setzt neue Standards der Qualitätssicherung in der medizinischen Regelversorgung in Deutschland. Im Gegensatz zu bisherigen Maßnahmen der Qualitätssicherung, die oft auf Strukturqualität abzielen, umfasst die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings alle Ebenen dieses Versorgungsbereiches: von der schriftlichen Einladung der Frau, über die Screening-Untersuchung und die Durchführung der Abklärungsdiagnostik bis zur Diagnosestellung und Überleitung in die Therapie. Die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings ist keine statische Regelung, die ein einmal erreichtes Niveau zu erhalten sucht. Angestrebt ist vielmehr eine kontinuierliche Verbesserung des gesamten Programms im Sinne einer Qualitätsspirale, die durch ein permanentes praxisinternes und -externes Monitoring relevanter Qualitätsindikatoren gespeist wird.

Zu den wichtigsten Aspekten der Qualitätssicherung gehören im Mammographie-Screening:

- > tägliche Überprüfung aller eingesetzten Geräte
- > spezielle Kurse und intensive Trainingsprogramme für alle radiologischen Fachkräfte und alle beteiligten Fachärzte
- > vorgeschriebene Mindestfallzahlen. Beispielsweise müssen befundende Ärzte die Mammographie-Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen pro Jahr beurteilen.
- > eine obligatorische Doppelbefundung, das heißt jede Mammographie-Aufnahme wird von zwei speziell geschulten Ärzten unabhängig voneinander beurteilt. Weichen die Befunde voneinander ab, werden die Aufnahmen von einem dritten Arzt begutachtet.
- > Konsensuskonferenzen, in denen divergierende Befunde von allen beteiligten Ärzten gemeinsam besprochen werden
- > regelmäßige multidisziplinäre Konferenzen und Teambesprechungen, deren Ergebnisse dokumentiert werden, denn die Qualität des Screenings hängt nicht nur von der Qualifikation jedes einzelnen Arztes und jeder einzelnen Fachkraft sowie der Qualität der Geräte ab. Entscheidend ist auch eine gut organisierte Zusammenarbeit der Ärzte untereinander.
- > standardisierte praxisinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen
- > externe medizinische und technische Qualitätskontrollen durch Referenzzentren und Kassenärztliche Vereinigungen
- > ein strukturiertes Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen (Screening-Einheit, Einladende Stelle, Referenzzentren, Kassenärztliche Vereinigung, Krebsregister)
- > eine laufende Programmdokumentation und -evaluation.

Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen. Die Arbeitsschwerpunkte von Ärzten, die im Screening-Programm arbeiten, unterscheiden sich von denen der Ärzte, die kurativ tätig sind. Im Gegensatz zur kurativen Mammographie

ist im Screening „nur“ bei wenigen Prozent der untersuchten Frauen mit Verdachtsfällen zu rechnen. Auch ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Das Wissen um die zu erwartende Prävalenz erfordert ein anderes Vorgehen in der Interpretation von Screening-Aufnahmen. Im Screening-Programm befundende Ärzte müssen sich daher laufend fortbilden und pro Jahr Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen beurteilen. Nur so kann eine Routine in der Beurteilung von Screening-Aufnahmen gewährleistet werden, denn im Rahmen des Programms bekommt der Arzt bei 5.000 Frauen „nur“ 20 Karzinome zu sehen.

Besondere Anforderungen werden an die sogenannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung der Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik. Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit im Programm eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

Auch für die am Programm teilnehmenden Pathologen gelten besondere Qualifikationsanforderungen. Sie müssen neben regelmäßigen speziellen Fortbildungsveranstaltungen eine geeignete Laborausstattung sowie jährliche Mindestfrequenzen von Präparatebeurteilungen nachweisen. Damit alle am Programm mitwirkenden Ärzte und Fachkräfte die umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen umsetzen können, werden sie von Referenzzentren unterstützt. Jede Screening-Einheit ist einem Referenzzentrum zugeordnet. Dessen Aufgabe ist es, die am Mammographie-Screening-Programm teilnehmenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte fortzubilden, zu betreuen und zu beraten. Zudem sind diese Zentren für die externe medizinische und technische Qualitätssicherung verantwortlich sowie für einen Teil der Programmevaluation. Jeder Leiter eines Referenzzentrums ist selbst Programmverantwortlicher Arzt in einer dem Referenzzentrum angegliederten regionalen Screening-Einheit.

Stand der Einführung

Fast sechs Jahre nach den ersten Schritten ist der Einführungsprozess bereits weit vorangeschritten. Von 94 geplanten regionalen Screening-Einheiten haben mit Stand August 2007 73 die Arbeit aufgenommen. Die Screening-Einheiten können mehrere Standorte umfassen, an denen die Mammographien durchgeführt werden können. Geplant sind insgesamt 399 Standorte bundesweit. An 209 Standorten wird bereits gescreent. Bis Juni 2007 hatten 1,41 Millionen Frauen eine Einladung zu einer Untersuchung erhalten. Rund 770.000 von ihnen haben bislang am Programm teilgenommen.

Näheres ist auf den Internetseiten der gemeinsam von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen getragenen Kooperationsgemeinschaft Mammographie unter www.koop-mammo.de zu finden.

Brandenburg

Der Startschuss für das Mammographie-Screening in Brandenburg fällt am 10. Januar 2008. Der Versorgungsauftrag wurde an 4 Programmverantwortliche Ärzte vergeben, die sich in den vergangenen Monaten sehr umfänglich und gründlich auf ihre Aufgabe vorbereitet haben. Die Zertifizierung der Screening-Einheiten durch die Kooperations-Gemeinschaft Mammographie wurde bereits erfolgreich abgeschlossen. Bis Sommer 2008 werden neben den festen Standorten 5 Mammobile zum Einsatz kommen, sodass das Screening wohnortsnah auch in den letzten Winkeln des Landes angeboten werden kann. D. h. Brandenburg wird eines der ersten Bundesländer sein, in denen Flächendeckung erreicht wird.

4.15 Medizinische Rehabilitation

Nach den Rehabilitations-Richtlinien erfolgt die Einleitung von ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Krankenkassen sind, nach einem strukturierten Verfahren.

Die Richtlinien regeln die erforderlichen Qualifikationen, damit Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen können. Bis zum 31. März 2007 galten Übergangsregelungen, wonach wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden durften. Seit dem 1. April 2007 können nur noch diejenigen Ärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.

| | | |
|--|--|---|
| Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2004 zuletzt geändert: 1.3.2005 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 557 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 386 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 386 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |

4.16 Onkologie

Bei dieser bundeseinheitlich getroffenen Zusatzvereinbarung mit den Ersatzkassen handelt es sich um eine besondere Maßnahme zur Verbesserung der onkologischen Versorgung. Ziel dieser Vereinbarung ist die wohnortnahe ambulante Behandlung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt voraus, dass der Vertragsarzt nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordiniert.

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung an einem Tumorzentrum oder einem onkologischen Schwerpunkt nachweisen. Er muss insbesondere den Nachweis erbringen, in der Anwendung von zytostatischen Substanzen, Zytokinen und Hormonpräparaten besonders erfahren zu sein. Für die Durchführung einer intravasalen zytostatischen Therapie sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen, beispielsweise die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“ beziehungsweise die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen mehrerer hundert durchgeführter Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen.

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

| | | |
|---|--|---|
| Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 7 BMV-EKV, geltend für Versicherte des VdAK/AEV Gültigkeit: seit 1.7.1995 zuletzt geändert: 1.1.2002 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | ✓ |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 85 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 6 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 6 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |

4.17 Otoakustische Emissionen

Die Messung otoakustischer Emissionen ist eine moderne Diagnosemethode bei der Abklärung von Hörstörungen. Innerhalb eines bestimmten Rahmens ermöglicht sie objektive Aussagen über die Innenohrfunktion und im Ausschlussverfahren auch über nervale Funktionen der Hörbahn. Anträge zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen können nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ oder der „Phoniatrie und Pädaudiologie“ gestellt werden. Eine Genehmigung kann die Kassenärztliche Vereinigung erteilen, wenn zudem eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorliegt, welche die in der Richtlinie beschriebenen Bedingungen umfasst.

| | | |
|---|--|---|
| Bestimmung der otoakustischen Emissionen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: seit 24.11.1995 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 58 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 7 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 7 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 4 | |

4.18 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Seit dem 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen am zentralen Augenhintergrund Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Qualitätssicherungsvereinbarung wurde mehrfach überarbeitet und dem jeweils gültigen Zulassungsstand des eingesetzten Medikamentes angepasst. Siehe auch Kapitel 3.5 .

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.8.2001 zuletzt geändert: 1.10.2006 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ | |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ | |
| | Frequenzregelung | | |
| | Rezertifizierung | | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | | |
| Genehmigungen | | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2007 und Stand 31.12.2007 | 01.01.2007 | 31.12.2007 | |
| | 9 | 13 | |
| Anzahl beschiedene Anträge in 2007 | neu | erneut gem. § 6 Abs. 6 | |
| | 4 | | |
| - davon Anzahl Anzahl Genehmigungen | 4 | | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-§ 8 Abs. 2) | 0 | | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3) | 0 | | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | | |
| Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung) | | | |
| Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr / nach 2 Jahren | 1.Überprüfung (\$ 6 Abs. 5) | 2.Überprüfung (\$6 Abs. 5 S.1) | 3.Überprüfung (\$6 Abs. 5 S.2) |
| | 0 / 0 | | |

4.19 Phototherapeutische Keratektomie

Die Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur phototherapeutischen Keratektomie (PTK) besteht seit dem 1. Oktober 2007 – sie konkretisiert die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung dieses Verfahrens.

Augenärzte sind zur Durchführung und Abrechnung der PTK berechtigt, wenn sie den Nachweis zehn selbständig durchgeführter phototherapeutischer Keratektomien mit Excimer-Laser erbringen. Alternativ wird als Qualifikationsnachweis auch die Durchführung von zehn selbstständig durchgeführten anderen Eingriffen mittels Excimer-Laser bei zusätzlicher Teilnahme an einer entsprechenden Fortbildung anerkannt.

Die Qualitätssicherungs-Vereinbarung beinhaltet außerdem explizite Vorgaben zur Indikation, zur Dokumentation und zur Durchführung der phototherapeutischen Keratektomie (siehe auch Kapitel 3.6) Die ärztlichen Dokumentationen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig überprüft.

| | | |
|--|--|---|
| Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.2007 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | z. Z. keine | |

4.20 Psychotherapie

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

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

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

Richtlinienverfahren

- > analytische Psychotherapie
- > tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- > Verhaltenstherapie

psychosomatische Grundversorgung

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

Gutachter

Psychotherapien, die in der ambulanten Versorgung durchgeführt werden sollen, müssen grundsätzlich durch einen Gutachter genehmigt werden. Befreiungen von dieser Gutachterpflicht können die Kassenärztlichen Vereinigungen für Kurzzeittherapien (bis zu 25 Behandlungsstunden) aussprechen. Langzeittherapien (über 25 Behandlungsstunden) sind in jedem Fall gutachterpflichtig. Diese Verpflichtungen beziehen sich auf alle drei in der vertragsärztlichen Versorgung möglichen Richtlinienverfahren.

| | | |
|--|--|---|
| Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV) gültig seit 1.1.1999, zuletzt geändert 7.2.2005) | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme | |
| | Qualitätszirkel | |

| Verwaltungsaufwand | |
|------------------------------|-----|
| Anzahl beschiedene Anträge | 227 |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 219 |

| Richtlinienverfahren | | | |
|--|---------------------------|--|---------------------------------------|
| Genehmigungen, Stand 31.12.2007 | | | |
| Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31.12.2007 | 322 | | |
| - davon Ärzte | 113 | | |
| im Einzelnen | | | |
| | nur für Erwachsene | auch für Kinder und Jugendliche | nur für Kinder und Jugendliche |
| - Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie | 148 | 42 | 9 |
| - davon Ärzte | 79 | 21 | 0 |
| - Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie | 133 | 65 | 11 |
| - davon Ärzte | 25 | 17 | 0 |
| - Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie | 26 | 6 | 5 |
| - davon Ärzte | 10 | 5 | 0 |
| - Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie | 71 | | |
| - Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie | 59 | | |
| - Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie | 12 | | |
| Befreiung von der Gutachterpflicht | | | |
| Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht | 228 | | |
| - davon Ärzte | 49 | | |

| Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren | |
|---|------|
| Genehmigungen, Stand 31.12.2007 | |
| Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung | 1964 |
| Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training | 355 |
| - davon Ärzte | 241 |
| Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation | 132 |
| - davon Ärzte | 50 |
| Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose | 149 |
| - davon Ärzte | 88 |

* gemeint sind Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie sowie Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse

4.21 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Mit dieser Vereinbarung wurde eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, welche die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung sichern soll, getroffen. Schlafbezogene Atmungsstörungen im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage I Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) definiert.

| | | |
|---|--|---|
| Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2005 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2007 | 56 | |
| - davon Genehmigungen nur Polygraphie | 41 | |
| - davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie | 14 | |
| Anzahl beschiedene Anträge nur Polygraphie | 2 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 2 | |
| Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie | 1 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 1 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie) | 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 2 | |
| Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen) | | |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 8 | |
| - davon ohne Beanstandung | 4 | |
| - davon mit geringen Beanstandungen | 4 | |
| - davon mit erheblichen Beanstandungen | 0 | |
| - davon mit schwerwiegenden Beanstandungen | 0 | |

4.22 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel operativen Eingriffen), nach vorangegangenen Traumen und ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen.

| | | |
|---|--|---|
| Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2005 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | ✓ |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | ✓ |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 57 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 1 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 1 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren - § 4 Abs. 3 Nr. 4) | 1 | |
| - davon bestanden | 1 | |
| Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2 | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |
| Versorgung | | |
| Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7 | 1 | |
| - davon bestanden | 1 | |

4.23 Sozialpsychiatrie

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sogenannten Praxisteams (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet. Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen.

| | | |
|--|---|---|
| Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43a SGB V geregelt in Anlage 11 BMV-EKV, geltend für Versicherte des VdAK/AEV Gültigkeit: seit 1.7.1994 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/Kolloquium | |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 10 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 3 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 3 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |

4.24 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen.

In den Soziotherapie-Richtlinien sind die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist (Ziele, Inhalt, Umfang, Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie), die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind, die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer beschrieben.

| | | |
|--|--|---|
| Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) Rechtsgrundlage: § 37a SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V Gültigkeit: seit 1.1.2002 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2007 | 20 | |
| Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL | 11 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 11 | |
| Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung | 0 | |

4.25 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die in der Richtlinie beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen, außerdem muss er die Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzen.

| | | |
|--|--|---|
| Stoßwellentherapie bei Harnsteinen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: seit 24.11.1995 | Genehmigungs- vorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 8 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 1 | |

4.26 Strahlendiagnostik/-therapie

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

- > allgemeine Röntgendiagnostik
- > Computertomographie
- > Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- > Strahlentherapie
- > Nuklearmedizin.

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft, ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden. Hierbei werden die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zu den Prüfungen herangezogen. Wurden die fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, müssen diese in einem Kolloquium nachgewiesen werden. Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung, die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen alle Antragsteller die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachweisen. Aus dieser Vereinbarung ausgegliedert wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 der Bereich der Mammographie, der in eine eigene Vereinbarung überführt wurde.

| | | |
|---|---|---|
| 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, zul. geändert: 1.1.2007 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie) Rechtsgrundlage: § 136 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.1992, zul. geändert: 13.3.1997 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel | |

| Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie | Diagnostische Radiologie | Computer-tomographie | Osteodensitometrie | Strahlentherapie | Nuklearmedizin |
|--|---|----------------------|--|------------------|-----------------------------|
| | Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI) | Anlage I-Klasse VIII | Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI | Anlage II | Anlage III nach Klassen I-V |
| Genehmigungen | | | | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 435 | 85 | 52 | 21 | 21 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 27 | 9 | 7 | 13 | 0 |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 27 | 9 | 7 | 13 | |
| - davon Anzahl Ablehnungen | | | | | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 |
| - davon bestanden | | | 7 | | |
| - davon nicht bestanden | | | 0 | | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 36 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen) | | | | | |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 14 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| - davon ohne Beanstandung | 7 | 3 | | | |
| - davon mit geringen Beanstandungen | 7 | | | | |
| - davon mit erheblichen Beanstandungen | | | | | |
| - davon mit schwerwiegenden Beanstandungen | | | | | |
| Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - davon bestanden | | | | | |
| - davon nicht bestanden | | | | | |

4.27 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Die Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sind seit 1991 mehrfach geändert worden. Elemente der Qualitätssicherung sind mit der letzten Änderung wesentlicher Bestandteil der Richtlinie.

| | | |
|--|--|---|
| Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 1.1.2003 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen/Versorgung | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007* | 19 | |
| Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal 2007) | 6 | |
| Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) | 1 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 1 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen | 4 | |
| Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3) | | |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 5 | |
| - davon ohne Beanstandung | 4 | |
| - davon mit geringen Beanstandung | 1 | |
| - davon mit erheblichen Beanstandungen | 0 | |
| - davon mit schwerwiegenden Beanstandungen | 0 | |
| Anzahl geprüfter Fälle | 10 | |
| - davon ohne Beanstandung | 9 | |
| - davon mit geringen Beanstandung | 1 | |
| - davon mit erheblichen Beanstandungen | 0 | |
| - davon mit schwerwiegenden Beanstandungen | 0 | |
| 5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5) | | |
| Anzahl geprüfter Fälle | 0 | |

| Patienten | |
|--|----|
| Anzahl Patienten im Jahr 2007 | 56 |
| An-/Abmeldungen | |
| Anzahl Patientenan-/Abmeldungen im Jahr 2007 | 65 |
| | |

4.28 Ultraschalldiagnostik

Auch die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Die Genehmigung ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zu erteilen. Die Genehmigung ist neben der Erfüllung der fachlichen Qualifikation an den Nachweis der apparativen Ausstattung durch eine Gerätebestätigung des Herstellers gebunden. Bedingt durch die technische Weiterentwicklung bedürfen allerdings insbesondere die apparativen Anforderungen einer Neuregelung. Hinzu kommt, dass durch die Einführung des EBM 2000plus im Jahr 2005 einige Inkompatibilitäten zwischen Gebührenordnung und Qualitätssicherungsvereinbarung entstanden sind. Trotz der Komplexität des Themas wird eine Konsentierung der Ultraschall-Vereinbarung, die in ihrem Grundgerüst aus dem Jahre 1993 stammt, für die nächste Zeit angestrebt.

Die Genehmigung kann bisher für insgesamt 31 verschiedene Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei drei Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch bei der fachlichen Qualifikation zwischen Erwachsenen und Kindern. Soll die fachliche Qualifikation für Kinder nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei Kindern durchgeführt wurden. Besondere Regelungen gelten für die Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte, wie im Folgenden separat dargestellt wird.

| | | |
|--|--|---|
| Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2007 *) | 1189 | |
| Anzahl beschiedene Anträge **) | 147 | |
| - davon Anzahl Genehmigungen | 147 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 33 | |
| - davon bestanden | 33 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen **) | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung **) | 0 | |

| Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben) | |
|---|----|
| Anzahl geprüfter Ärzte | 31 |
| - davon ohne Beanstandung | 9 |
| - davon mit geringen Beanstandungen | 22 |
| - davon mit erheblichen Beanstandungen | 0 |
| - davon mit schwerwiegenden Beanstandungen | 0 |
| Bemerkungen | |
| *) Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen | |
| **) (Teil-)Genehmigungen nicht Anzahl Ärzte | |

Genehmigungsbereiche:

1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte _ 2.1 gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle _ 2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke _ 3 Nasennebenhöhlen _ 4 Gesichtswichteile und Weichteile des Halses (einschließlich Speicheldrüse) _ 5 Schilddrüse _ 6.1.1 Echokardiographie – Erwachsene _ 6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschließlich Säuglinge und Kleinkinder) _ 6.2.1 Doppler-Echokardiographie – Erwachsene _ 6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschließlich Säuglinge und Kleinkinder) _ 6.3 Belastungs-Echokardiographie _ 7 Thoraxorgane (ohne Herz) _ 8 Brustdrüse _ 9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) – Erwachsene _ 9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) – Kinder _ 10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) _ 10.2 Weibliche Genitalorgane _ 11.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik _ 11.2 weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko _ 12 Bewegungsorgane (ohne Säuglings Hüften) _ 13 Säuglings Hüften _ 14.1.1 extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler) _ 14.1.2 extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler) _ 14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler) _ 14.1.4 feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler) _ 14.2.1 intrakranielle Gefäße (PW-Doppler) _ 14.3.1 extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren) _ 14.3.2 extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren) _ 14.3.3 abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren) _ 14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren) _ 14.3.5 fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren) _ 14.3.6 feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren) _ 14.4.1 Venen der Extremitäten (B-Mode) _ 15 Haut und Subcutis (einschließlich subkutaner Lymphknoten)

4.29 Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte

Die Kindervorsorgeuntersuchung U3 bei Kindern in der vierten bis sechsten Lebenswoche beinhaltet unter anderem ein Hüftsonographie-Screening. Eventuelle Entwicklungsstörungen des Hüftgelenkes (Hüftdysplasie) sollen so frühzeitig erkannt und behandelt werden. Um eine optimale Durchführung dieses Untersuchungsverfahrens zu gewährleisten, wurden im Jahr 2005 die bisher geltenden Anforderungen aus der Ultraschall-Vereinbarung für das Hüftsonographie-Screening ergänzt.

Fachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und radiologische Diagnostik müssen nachweisen, dass sie entsprechende Fortbildungen besucht und bereits 200 Säuglinge untersucht haben. Bei allen anderen Fachgruppen wird eine 18-monatige ständige klinische oder vergleichbare Tätigkeit im Fachgebiet Kinderheilkunde, Orthopädie, Kinderradiologie oder radiologische Diagnostik, vorausgesetzt.

Als neuer Baustein der Qualitätssicherung des hüftsonographischen Screenings wurden Stichprobenprüfungen der Bild- und Schriftdokumentationen eingeführt, die von den zuständigen Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit nach einheitlichen Prüfkriterien beurteilt werden.

| | | |
|--|---|-------------------------|
| Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte Rechtsgrundlage: Anlage IV der Ultraschallvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2005 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung | ✓ |
| | obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2007 | 116 | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 124 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | neu | erneut (§ 11 Abs.3 S.5) |
| | 0 | 0 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt) | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |

| Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung) | | | | | | | | |
|--|----------------------|-------------------------------|---|-------------------------------|---|--------------------------|---|-----|
| Anzahl geprüfter Ärzte | 12 | | | | | | | |
| Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i.V.m. § 3) | Stufe II | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | > 5 |
| | | 12 | | | | | | |
| Anzahl geprüfter Ärzte mit Anzahl Fälle...in Stufe II und...in Stufe III | Stufe III | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | > 5 |
| | | 9 | | | | | 1 | 2 |
| Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs.2) | Stufe II | schriftl. Doku. | | bildl. Doku. | | schriftl. + bildl. Doku. | | |
| | | | | | | | | |
| Anzahl Beurteilungen | Stufe III | schriftl. Doku. | | bildl. Doku. | | schriftl. + bildl. Doku. | | |
| | | | | | | 17 | | |
| Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte | sachgerecht gem. § 9 | Wiederholungsprüfung 6 Monate | | Wiederholungsprüfung 3 Monate | | Widerruf | | |
| | | 9 | | 3 | | | | |

4.30 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Die „Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale (Zytologie-Vereinbarung)“ von 1992 regelte die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen. Zur Vereinheitlichung bereits bestehender regionaler Qualitätssicherungs-Aktivitäten sowie zur Anpassung an internationale Standards wurde die bestehende Zytologie-Vereinbarung überarbeitet und in wesentlichen Punkten weiterentwickelt. Die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)“ gilt seit dem 1. Oktober 2007. Die Neuregelungen umfasst erstmalig auch die Darstellung von Parametern der Ergebnisqualität. Siehe auch Kapitel 3.10 .

| | | |
|---|--|---|
| Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007 | Genehmigungsvorbehalt | ✓ |
| | Eingangsprüfung/ Kolloquium | ✓ |
| | Frequenzregelung | |
| | Rezertifizierung | |
| | Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung | |
| | Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung | |
| | obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel | |
| Genehmigungen | | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007 | 17 | |
| Anzahl beschiedene Anträge | 0 | |
| Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung) | 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 | |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung | 0 | |

4.31 Genehmigungen auf Grundlage des EBM

Mit Inkrafttreten des EBM 2000plus zum 1. April 2005 wurden weitere Leistungen unter Qualifikationsvorbehalt gestellt. Die fachlich-inhaltlichen Anforderungen werden entweder im EBM selbst oder durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Im Einzelnen sind dies:

- > Chirotherapie
- > diabetischer Fuß
- > Funktionsstörung der Hand
- > orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung
- > Krebsfrüherkennung bei der Frau
- > Empfängnisregelung
- > neurophysiologische Übungsbehandlung
- > physikalische Therapie
- > schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin
 - > Endokrinologie und Diabetologie
 - > Hämatologie
 - > Pneumologie
 - > Rheumatologie
 - > Neuropädiatrie
 - > Nephrologie
 - > Kardiologie

5.1 Qualitätsmanagement

Mit Inkrafttreten der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)“ am 1. Januar 2006 wurden in § 3 und § 4 der Richtlinie klare Elemente und Instrumente für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement aufgelistet. Alle an der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden können dort detailliert nachlesen, welche Anforderungen der Gesetzgeber konkret an sie stellt und welche Übergangsfristen er einräumt. Die zeitlichen Fristen der Richtlinie sind gut einzuhalten. Bis Ende 2010 muss jeder an der vertragsärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Versorgung Teilnehmende ein richtlinienkonformes Qualitätsmanagement-System eingeführt haben. Dabei diene der Zeitraum bis Ende 2007 der Planung, die Jahre 2008 und 2009 sind für die konkrete Umsetzung vorgesehen. An welchem Qualitätsmanagement-Verfahren oder System sie sich orientiert, kann jede Praxis selbst entscheiden. Eine Zertifizierung ist nicht vorgeschrieben!

Entsprechend ihres Auftrages hat die QM-Kommission der KVBB zum Abschluss des Jahres 2007 zum ersten Mal den Einführungsstand von Qualitätsmanagement in den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen überprüft. Dazu wurden in einer zufälligen Stichprobe 73 Mitglieder nach einem bundesweit einheitlichen Katalog schriftlich befragt. Die Auswertung der 62 Rückmeldungen ergab, dass alle angeschriebenen Praxen den entsprechend der Richtlinie geforderten Einführungsstand erreicht haben. Besser noch, 32 Praxen befanden sich bereits in der Umsetzungsphase, 2 Praxen in der 2. Selbstüberprüfungsphase und 7 weitere Praxen hatten die Einführung bereits komplett abgeschlossen oder waren sogar zertifiziert.

Die KBV hat gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sowie mit Mitarbeitern von Kassenärztlichen Vereinigungen und Qualitätsmanagement-Experten unter Einbeziehung von Berufsverbänden und medizinischen Fachangestellten das für Praxen spezifische Qualitätsmanagement-Verfahren „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®“ entwickelt. Dieses indikatorenbasierte und handbuchgestützte System ist modular aufgebaut und kann von der Praxis stufenweise umgesetzt werden. Kernstück des Systems ist ein Qualitätsziel-Katalog, der in erster Linie der Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement in Praxen sowie der Analyse des Ist-Standes (Selbstbewertung) dient. Optional kann eine Zertifizierung durch neutrale Dritte (Fremdbewertung) durchgeführt werden.

Das System „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®“ der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV befasst sich nicht nur mit Themen der medizinischen Versorgung, sondern nimmt auch in Bezug auf organisatorische Aspekte. In fünf Kapiteln

- > Patientenversorgung
- > Patientenrechte und Patientensicherheit
- > Mitarbeiter und Fortbildung
- > Praxisführung und -organisation
- > Qualitätsentwicklung

finden Vertragsärzte und Psychotherapeuten strukturiert alle Bereiche ihrer täglichen Arbeit abgebildet und mit konkreten Nachweisen und Indikatoren operationalisiert. Das System ist auch für den Qualitätsmanagement-Laien einfach zu verstehen, da es pragmatisch und anwenderorientiert die Begrifflichkeiten von Qualitätsmanagement-Systemen in den

Praxisalltag übersetzt. So kann externer Beratungsaufwand in der einzelnen Praxis, wie er zum Beispiel zur Anpassung der generischen ISO-Norm benötigt wird, vermieden werden.

Konkret unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg ihre Mitglieder bei der Einführung eines Qualitätsmanagement mit Einführungsseminare, für welche die KBV in eintägigen Schulungen QEP®-Trainer ausgebildet hat. Zurzeit gibt es insgesamt 90 ausgebildete und lizenzierte QEP®-Trainer, womit der Bedarf sowohl für alle Kassenärztlichen Vereinigungen als auch für kooperierende Berufsverbände abschließend gedeckt werden konnte. Sämtliche QEP®-Einführungsseminare werden zentral bei der KBV evaluiert und statistisch erfasst. In der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nahmen bis Ende des Berichtsjahres 342 Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter an diesen Einführungsseminaren teil.

5.2 Qualitätsindikatoren

Die Etablierung eines validen und transparenten Satzes von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung ist das erklärte Ziel des Projektes AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen. Mit der Messung von Versorgungsauscomes wollen die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen das Portfolio der Qualitätsinstrumente (bisher mit dem Schwerpunkt Struktur- und Prozessqualität) ergänzen. Mit einem definierten und abgestimmten Set valider Qualitätsindikatoren lässt sich der erreichte Grad der Versorgungsqualität nicht nur abbilden, sondern es wird gleichzeitig die Möglichkeit eröffnet, Vergütung an Qualitätsindikatoren zu koppeln.

Mit der Weiterentwicklung der Vertrags- und Versorgungsstrukturen nimmt der Faktor Qualität einen immer höheren Stellenwert ein. Neben der Menge der erbrachten Leistungen und der Morbidität der behandelten Patienten werden Qualitätsparameter zunehmend als Grundlage der Vergütungsbemessung herangezogen. Qualitätsindikatoren als qualitätsbezogene Kennzahlen machen Gesundheitsversorgung messbar (Marshall et al. 2003). Im internationalen Sprachgebrauch hat sich hierfür der Begriff „pay for performance – P4P“ durchgesetzt. Ziel dabei ist es, über die Vergütung einerseits Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu setzen, andererseits aus Fairnessgründen solche Ärzte besser zu vergüten, die ein hohes Qualitätsniveau vorhalten. Ebenso wie die Faktoren Menge und Morbidität hat auch die Einbeziehung der Qualität Grenzen im Hinblick auf die Erhebung dieses Faktors und seiner Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen. Ein stringenter Nachweis einer besseren Versorgung durch die Kopplung von Vergütung und Qualitätsindikatoren steht bislang noch aus.

Dennoch sind zahlreiche Länder dazu übergegangen, für die Erfüllung bestimmter Qualitätsindikatoren Vergütungsanreize zu schaffen. Solche Vergütungsanreize bedürfen der Berücksichtigung der Größe und Struktur des finanziellen Anreizes, der Relevanz der Qualitätsindikatoren, der Zuschreibbarkeit und Beeinflussbarkeit der Indikatoren für und durch die Leistungserbringer, der Fairness solcher Programme und nicht zuletzt der noch zu schaffenden Architektur zur Erhebung der Ergebnisparameter. Das Projekt AQUIK ist ein Schritt in eben diese Richtung. Durch die Definition von Qualitätsindikatoren werden Vergleichbarkeit und Transparenz der Versorgung ermöglicht, Qualität wird greifbar gemacht.

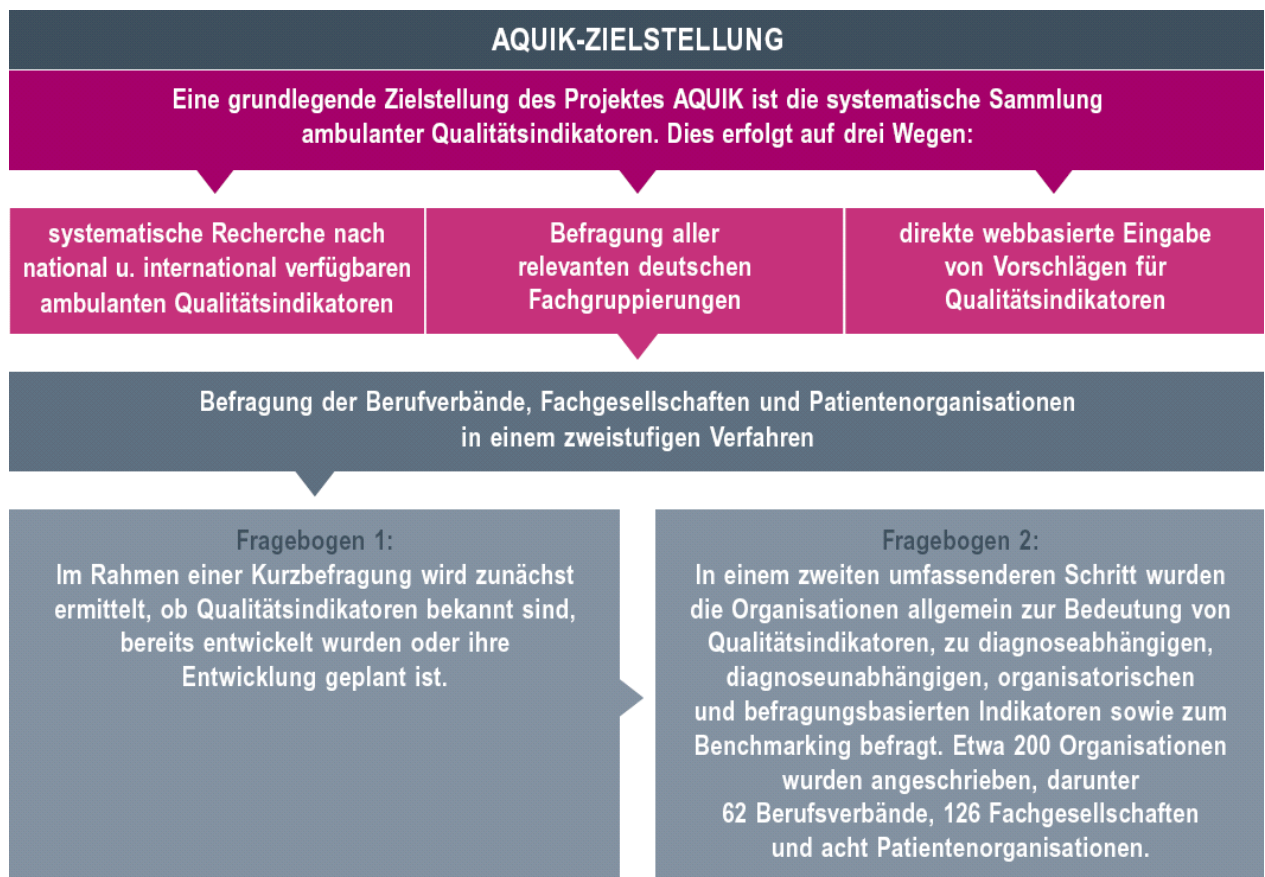
Im Rahmen des Projektes werden unter Einbeziehung nationaler und internationaler Expertise alle verfügbaren Indikatorensätze erfasst, bewertet und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf den deutschen Versorgungskontext untersucht. Dazu ist eine systematische Recherche nach national und international verfügbaren Qualitätsindikatoren beziehungsweise Indikatorensätzen durchgeführt worden. Das Resultat liegt mittlerweile in Form einer Datenbank vor. Als Ergebnis lässt sich eine sehr große Anzahl von Qualitätsindikatoren mit Relevanz für den ambulanten Bereich festhalten (über 2000), wobei jedoch ein sehr hoher Grad an Überschneidung existiert: Die meisten Indikatorensätze enthalten Indikatoren zu den großen Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus, Asthma, koronare Herzerkrankungen und Herzinsuffizienz sowie Indikatoren zu präventiven Leistungen.

Ein zweiter Ansatz für die systematische Sammlung von ambulanten Qualitätsindikatoren war die von März bis Mai 2007 durchgeführte Befragung aller Berufsverbände, medizinisch relevanter Fachgesellschaften sowie zusätzlich bundesweit agierender Patientenorganisationen. Mit dieser Organisationsbefragung ist eine erste umfassende Bestandsaufnahme über den Entwicklungsstand von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung in Deutschland gelungen. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass dem Thema

hohe Bedeutung beigemessen wird. Systematisch entwickelte und in Anwendung befindliche Qualitätsindikatoren sind allerdings eher die Ausnahme.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse soll in einem nächsten Schritt ein Starterset für die ambulante medizinische Versorgung konsentiert werden, das sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren umfasst. Diese ausgewählten Indikatoren werden in Pilotpraxen getestet mit dem Ziel, die Relevanz und Praktikabilität sowie mögliche Honorarkopplung für die niedergelassenen Ärzte in Deutschland zu prüfen.

Für das Ziel, die Versorgungsqualität transparent und vergleichbar zu machen sowie gleichzeitig eine Grundlage für Wettbewerb und Qualität zu schaffen, müssen Qualitätsindikatoren als Messinstrumente selbst qualitativ höchsten Ansprüchen genügen. Wichtig ist auch, dass dieses Thema, dem Verständnis der ärztlichen Selbstverwaltung folgend, innerärztlich besetzt und nicht fremdbestimmt vorangetrieben wird. Weitere Informationen unter: www.kbv.de/themen/aquik.html



5.3 Qualitätszirkel

Qualitätszirkel (QZ) sind seit mehr als zehn Jahren fester Bestandteil ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung. Auf freiwilliger Basis und zu selbst gewählten Themen tauschen sich Ärzte und Psychotherapeuten über ihre Tätigkeit aus und entwickeln Strategien zur Weiterentwicklung der Qualität des eigenen Handelns. Geschulte Moderatoren leiten den interkollegialen Erfahrungsaustausch, sie sind Garanten einer kontinuierlichen und erfolgreichen Zirkelarbeit.

Grundlage für die Qualitätszirkel-Arbeit sind die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien) aus dem Jahr 1994. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Qualitätszirkelarbeit auf der Basis regionaler Grundsätze und Richtlinien. Qualitätszirkel werden in der Regel dann von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt und gefördert, wenn ein fester Kreis von fünf bis 20 Teilnehmern regelmäßig, das heißt mindestens viermal jährlich, unter der Leitung eines ausgebildeten Moderators zusammenkommt und die Qualitätszirkelarbeit dokumentiert wird.

Unter Anwendung dieser Kriterien kann für das Jahr 2007 die folgende Bilanz der Qualitätszirkel-Arbeit in Brandenburg gezogen werden:

- > mehr als 144 anerkannte und geförderte Qualitätszirkel
- > etwa 1667 Qualitätszirkel-Teilnehmer
- > 128 qualifizierte Qualitätszirkel-Moderatoren (allein 2007 wurden 18 Moderatoren in der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg neu ausgebildet)
- > 4 aktive Qualitätszirkel-Tutoren

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannten Qualitätszirkel beschäftigen sich mit fachbezogenen Themen sowie nahezu die Hälfte aller Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, mit psychotherapeutischen Fragestellungen und – in der Regel fachübergreifend – mit zahlreichen weiteren krankheitsbezogenen Themen sowie mit Qualitätsmanagement und IT-Themen.

Im Folgenden sind beispielhaft einige fachgebietsübergreifende Themen aufgeführt, die die inhaltliche Breite der Qualitätszirkel-Arbeit zusätzlich verdeutlichen:

| | |
|-------------------------|------------------|
| Akupunktur | Notfallmedizin |
| ambulantes Operieren | Pharmakotherapie |
| Depression und Angst | Schmerztherapie |
| Diabetologie | Ophtalmologie |
| evidenzbasierte Medizin | Osteoporose |
| Gastroenterologie | Palliativmedizin |
| Gefäßkrankheiten | Psychosomatik |
| HIV | Zytologie |
| Mammographie | |

Die KBV bildet interessierte Qualitätszirkel-Moderatoren nach einem eigenen Konzept zu Qualitätszirkel-Tutoren aus. An drei Wochenenden werden diese in den Grundlagen der Organisation und Durchführung der regionalen Moderatorenausbildung sowie der Leitung regionaler Moderatorengruppen geschult und erhalten Konzepte für die Aus- und Weiterbildung von Qualitätszirkel-Moderatoren vermittelt. Einmal im Jahr kommen die ausgebildeten Tutoren im Rahmen eines Nationalen Tutorentreffens zusammen, um Erfahrungen auszutauschen und sich in neuen Dramaturgien fortzubilden.

5.4 Fortbildung

Eine kontinuierliche, berufsbegleitende Fortbildung zur Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz und Aktualisierung des Wissens gehört zum Selbstverständnis jedes Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten. Die Verpflichtung zur Fortbildung ist in den Berufsordnungen festgeschrieben. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde diese bis dahin ausschließlich berufsrechtliche Anforderung auch in das Sozialrecht eingeführt. Seit 1. Juli 2004 besteht für jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten die Verpflichtung, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis über die absolvierte Fortbildung zu erbringen. Das geschieht durch ein Fortbildungszertifikat der Landesärzte- oder -psychotherapeutenkammer oder ein vergleichbares Zertifikat, das den Anforderungen der Musterregelungen der Bundesärztekammer beziehungsweise Bundespsychotherapeutenkammer entspricht. Das Nachweisverfahren hat die KBV unter Zustimmung der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer in einer Fortbildungsregelung festgeschrieben.

Die Fortbildungsverpflichtung gilt als erfüllt, wenn innerhalb des im Gesetz vorgeschriebenen Fünfjahreszeitraums (erstmalig 1. Juli 2004 - 30. Juni 2009) insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden.

Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortbildung durch eine Kammer oder auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung als Fortbildungsmaßnahme anerkannt ist. Näheres hierzu regelt die (Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die vom 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet worden ist.

Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonto, die bei den Landeskammern geführt werden. In einigen Kammerbereichen sind bereits Online-Abfragen zu den Punkteständen möglich. Weitere Informationen hierzu finden sich unter: www.kbv.de/themen/9928.html

Neben dieser allgemeinen Verpflichtung zu einer kontinuierlichen Fortbildung ist der Nachweis einer fachspezifischen Fortbildung häufig Bestandteil in Einzel- oder Sonderverträgen, die Kassenärztliche Vereinigungen mit Krankenkassen vereinbaren (so zum Beispiel zu Disease-Management-Programme, Verträge nach § 73 b SGB V und andere). Auch die Modellverträge der Vertragswerkstatt der KBV schreiben in der Regel eine fachliche Fortbildung zwingend vor. In nahezu allen diesen Verträgen sind zum Beispiel inhaltliche Vorgaben, nachzuweisende Punktzahlen oder die Formen der Fortbildung (zum Beispiel Qualitätszirkel) konkret definiert.

5.5 Critical Incident Reporting System

Missverständnisse zwischen Ärzten und Praxispersonal, falsch gelagertes oder etikettiertes Material, mangelnde Kommunikation: Oftmals sind es vergleichsweise harmlose Auslöser, die zu einem Sicherheitsrisiko für Patienten werden können. Künftige Behandlungsfehler vermeiden, indem kritische Ereignisse aus der Vergangenheit zur Diskussion gestellt werden – das ist die Idee von CIRSmedical. Die Abkürzung CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Als internetbasiertes System dient es Ärzten und medizinischem Fachpersonal als Diskussionsforum. Ziel ist es, kritische Ereignisse und (Beinahe-)Fehler sowie deren Ursachen zu erkennen und durch den gegenseitigen Erfahrungsaustausch zu verhindern.

Die Teilnahme ist absolut freiwillig und frei von Sanktionen. Sämtliche Angaben erfolgen anonym und bleiben vertraulich. Der Bericht erfolgt über ein einfach und klar strukturiertes Standardformular. Neben dem eigentlichen Vorfall werden auch Begleitumstände wie die Dringlichkeit der Versorgung und der Ort des Ereignisses berücksichtigt. Wichtiges Merkmal von CIRSmedical ist der Forumscharakter. Andere Nutzer können die gemeldeten Ereignisse diskutieren und Verbesserungsvorschläge austauschen.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat die CIRS-Internetseite im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer vor kurzem überarbeitet. Seit Frühjahr 2005 fördert die KBV das System im Rahmen ihrer Qualitätsoffensive.

„Fehler können schon dadurch vermieden werden, indem man Erfahrungen miteinander teilt. So lassen sich Parallelen erkennen und Risiken minimieren. Jeder, der ein kritisches Ereignis berichtet, trägt damit zum Erkenntnisgewinn der Teilnehmer bei. Davon profitieren alle, Ärzte, medizinisches Fachpersonal und natürlich die Patienten“, erklärte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV.

Zur Webseite von CIRSmedical gelangt man über die Rubrik Fachbesucher auf <http://www.kbv.de> oder direkt über <http://www.cirsmedical.de/>.

Qualitätsbericht der KV Brandenburg 2007
5. Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung

CIRSmEdical Deutschland 7.1 - Mozilla Firefox
Datei Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Extras Hilfe
https://www.cirsmEdical.ch/Deutschland/cirs/cirs.php

CIRSmEdical CIRSmEdical Deutschland ÄZQ

CIRS LERNEN ADMINISTRATION HILFE STARTSEITE

Incident Formular

Fall eingeben Definition Critical Incident

Patient (falls betroffen)

Altersgruppe? Geschlecht?

Ereignis

Zuständiges Fachgebiet In welchem Kontext fand das Ereignis statt? (Ereignisart)

Wo ist das Ereignis passiert? Welche Versorgungsart?
 Routinebetrieb Notfall

Was ist passiert?

Was war das Ergebnis?

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Wie häufig tritt ein solches Ereignis ungefähr auf?
 n.a. täglich monatlich jährlich erstmalig

Kam der Patient zu Schaden? (falls bereits bekannt)
 nicht anwendbar (kein Patient beteiligt)
 nein
 Minimaler Schaden / Verunsicherung des Patienten
 Passagerer Schaden leicht - mittel
 Passagerer Schaden schwer
 Dauerschaden leicht - mittel
 Dauerschaden schwer
 Tod

Welche Faktoren trugen zu dem Ereignis bei? (Mehrfachnennung möglich)
 Kommunikation (im Team, mit Patienten, mit anderen Ärzten etc.)
 Ausbildung und Training
 Persönliche Faktoren de Mitarbeiters (Müdigkeit, Gesundheit, Motivation etc.)
 Teamfaktoren (Zusammenarbeit, Vertrauen, Kultur, Führung etc.)
 Organisation (zu wenig Personal, Arbeitsbelastung etc.)
 Patientenfaktoren (Sprache, Einschränkungen, med. Zustand. etc.)
 Technische Geräte (Funktionsfähigkeit, Bedienbarkeit etc.)
 Kontext der Institution (Organisation des Gesundheitswesens etc.)
 Medikation (Medikamente beteiligt?)
 Sonstiges:

Berichterstatter

Wer berichtet? (Berufsgruppe)

Bemerkungen zum Eingabeformular: Benutzen Sie dieses Feld, um uns Bemerkungen oder Anregungen zu diesem Formular mitzuteilen

Sind die Angaben korrekt, klicken Sie bitte auf

6.1 Disease-Management-Programme/Rückmeldesystem

Ziel der Disease-Management-Programme (Strukturierte Behandlungsprogramme- DMP) ist die Koordination und Optimierung von Behandlungs- und Betreuungsprozessen chronisch Kranker über die Grenzen einzelner Versorgungssektoren hinaus auf der Grundlage medizinischer Evidenz. Folgeerkrankungen sollen vermieden und eine wirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden. Diese Versorgungskonzepte, die auf dem fünften Sozialgesetzbuch und der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung basieren, wurden 2002 erstmals eingeführt und müssen durch das Bundesversicherungsamt zugelassen werden. Bisher gibt es Disease-Management-Programme für folgende Krankheitsbilder:

- > Diabetes mellitus Typ 2
- > Diabetes mellitus Typ 1
- > Brustkrebs
- > Koronare Herzerkrankung (KHK)
- > Asthma bronchiale
- > Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

An die Inhalte der Programme sind besondere Anforderungen gestellt:

- > Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
- > Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- > Schulungen der Ärzte und Versicherten
- > Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten

Die Dokumentationsverpflichtung, für jedes Programm differenziert nach Ersteinschreibung und Folgebehandlung, stellt für die Ärzte einen hohen organisatorischen Aufwand dar. Um den Aufwand für diese Dokumentationen, die für die Bewertung der Programme unerlässlich ist, hat die KBV im Jahr 2006 eine Initiative zum Bürokratieabbau gestartet. Der Dokumentationsumfang wurde deutlich reduziert und konsequent auf diejenigen Parameter begrenzt, die der Erfassung von Begleiterkrankungen, der Behandlungsplanung sowie der Qualitätssicherung und Auswertung der Programme dienen. Die Datensätze wurden indikationsübergreifend zusammengefasst und die Einschreibedokumentation erheblich vereinfacht. Zudem wird die Dokumentation ab April 2008 nur noch EDV-gestützt erfolgen.

Weiterhin stellt die KBV den gemeinsamen Einrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und regionalen Krankenkassenverbände ein modulares Rückmeldesystem zur Verfügung. Es erlaubt, sowohl arztbezogene Feedback-Berichte zu erzeugen als auch regionale Gesamtergebnisse und Ergebnisse ausgewählter Arztgruppen zum Beispiel der in Qualitätszirkeln Aktiven darzustellen. Diese Module werden ständig überarbeitet und den jeweiligen Änderungen angepasst.

Diabetes mellitus Typ 2

| Vertragsdaten | |
|--|--|
| Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden) | AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV (LKK, Gartenbau) |
| Ärzte | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007 | 1228 |
| - darunter Teilnahme als koordinierender Arzt | 1226 |
| - darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis | 46 |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007) | 1158 |
| Patienten | |
| Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007 | 136.628 |

Brustkrebs

| Vertragsdaten | |
|--|---|
| Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden) | LKG AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV (LKK, Gartenbau) |
| Ärzte | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007 | 172 |
| - darunter Teilnahme als koordinierender Arzt | 172 |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007) | 139 |
| Patienten | |
| Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007 | 2.926 |

Koronare Herzerkrankung

| Vertragsdaten | |
|--|--|
| Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden) | AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV (LKK, Gartenbau) |
| Ärzte | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007 | 1231 |
| - darunter Teilnahme als koordinierender Arzt | 1227 |
| - darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt | 48 |
| - darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch) | 4 |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007) | 1148 |
| Patienten | |
| Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007 | 73.938 |

Diabetes mellitus Typ 1

| Vertragsdaten | |
|--|--|
| Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden) | AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV (LKK, Gartenbau) |
| Ärzte | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007 | 58 |
| - darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt | 43 |
| - darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater | 3 |
| - darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt) | 12 |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007) | 56 |
| Patienten | |
| Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007 | 4.600 |

Asthma bronchiale

| Vertragsdaten | |
|--|--|
| Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden) | AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV (LKK, Gartenbau) |
| Ärzte | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007 | 532 |
| - darunter Teilnahme als koordinierender Arzt | 532 |
| - darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung) | 43 |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007) | 397 |
| Patienten | |
| Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007 | 18.138 |

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

| Vertragsdaten | |
|--|--|
| Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden) | AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV (LKK, Gartenbau) |
| Ärzte | |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007 | 586 |
| - darunter Teilnahme als koordinierender Arzt | 586 |
| - darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung) | 33 |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007) | 438 |
| Patienten | |
| Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007 | 19.259 |

6.2 Nationale Versorgungsleitlinien

Leitlinien sind aus dem medizinischen Alltag nicht mehr wegzudenken und ein wesentliches Instrument der Qualitätsförderung und Transparenz. „Klinische Leitlinien oder Praxisleitlinien“ sind in der Regel auf bestimmte Teilbereiche des Versorgungsgeschehens ausgerichtet und beschreiben nur selten organisatorische Rahmenbedingungen der Patientenversorgung und Nahtstellen zwischen den verschiedenen Disziplinen beziehungsweise Versorgungsbereichen (Primäre Prävention – Sekundäre Prävention – Kuration – Rehabilitation). Diesen Defiziten abzuweichen, ist das Ziel des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm). Es ist seit 2003 in gemeinsamer Trägerschaft der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AGWF), koordiniert vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin.

Das NVL-Programm zielt auf die Entwicklung und Implementierung versorgungsbereichsübergreifender Leitlinien zu ausgesuchten Erkrankungen hoher Prävalenz unter Berücksichtigung der Methoden der evidenzbasierten Medizin. Insbesondere sind NVL inhaltliche Grundlage für die Ausgestaltung von Konzepten der strukturierten und integrierten Versorgung. Die Empfehlungen sollen den interdisziplinären Konsens aller an einem Versorgungsproblem beteiligten deutschen Fachgesellschaften auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz wiedergeben. Verantwortlich für die Formulierung sind die Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die Bundesärztekammer, die KBV und andere Organisationen, die sich durch die Entwicklung hochwertiger Leitlinien in dem jeweiligen Themenbereich hervorgetan haben oder unmittelbar davon betroffen sind. Zu diesem Zweck entsenden die sich für ein bestimmtes Thema zuständig fühlenden Fachgesellschaften und Organisationen Mandatsträger in die entsprechenden Leitliniengruppen. Die Beteiligung von Patienten an der Entwicklung von NVL erfolgt in Abstimmung mit dem Patientenforum bei der Bundesärztekammer. Das Verfahren zur Entwicklung von NVL ist in einem Methodenreport festgehalten und wird in Abstimmung zwischen der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften unter Berücksichtigung von internationalen Erkenntnissen und Gesichtspunkten der Praktikabilität kontinuierlich weiterentwickelt.

Verbreitung und Implementierung

Maßnahmen zur effektiven Verbreitung und Implementierung sind wesentliche Bestandteile des NVL-Programms. Sie erstrecken sich auf die Bereiche Qualitätsmanagement, Qualitätsindikatoren, Leitlinien-Adaptation durch Qualitätszirkel und verschiedene Fortbildungsmaßnahmen (insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen). Zuletzt waren dies unter anderem:

| VERBREITUNG UND IMPLEMENTIERUNG DER NVL | |
|---|--|
| Maßnahmen | Projekte (Partner) |
| Integration von NVL-Empfehlungen in Qualitätsmanagement-Programme | NVL-Integration in das QEP®-System (KBV, Berufsverband der Pneumologen) |
| Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu NVL | Qualitätsstandards für NVL-Qualitätsindikatoren (AWMF, Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, BÄK, KBV) |
| Integration von NVL-Empfehlungen in regionale Leitlinien | Manual zur Entwicklung regionaler Leitlinien (PMV Forschungsgruppe an der Universität zu Köln und der Leitliniengruppe Hessen) |

NVL-Integration in Praxis-Qualitätsmanagement-Systeme

Zur Implementierung der NVL in die Arbeitspraxis wurde zusammen mit der KBV ein Projekt initiiert, um die Inhalte der NVL prototypisch in das Qualitätsmanagement-System der KBV (QEP®) zu integrieren. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe zusammengestellt, die zunächst die Machbarkeit und die Adaptierbarkeit analysieren soll. In dem umfangreichen Qualitätszielkatalog von QEP® konnte ein Set von Qualitätszielen identifiziert werden, das unmittelbar von der NVL hinterlegt werden kann und so die Implementierung ausgewählter NVL-Empfehlungen in Praxis-Qualitätsmanagement-Systeme ermöglicht. Die Praxistestung der Ergebnisse ist für 2007 geplant.

Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu NVL

Qualitätsindikatoren (klinische Messgrößen) gehören mit zu den wirksamsten Instrumenten für die Leitlinien-Implementierung. Die NVL-Steuergruppe beschloss deshalb 2006, dass jede NVL künftig Empfehlungen zu praktikablen Qualitätsindikatoren enthalten soll. Dabei sollen solche Messgrößen den international akzeptierten Standards für Qualitätsindikatoren entsprechen.

Entwicklung regionaler Leitlinien

Nationale Leitlinien werden erst durch Anpassung an die Versorgungsrealität wirksam. Hierzu eignen sich insbesondere Handlungsempfehlungen regionaler Arztgruppen. Vor diesem Hintergrund werden verstärkt Kontakte, zum Beispiel zur Leitliniengruppe Hessen, wahrgenommen. Als Ergebnis dieser Kooperation liegt ein Handbuch vor, das als Publikationen des ÄZQ bezogen werden kann.

Publizierte Versorgungsleitlinien – Sachstand

Derzeit existieren NVL zu den Themen Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD), koronare Herzkrankheit (KHK) und zu zwei Teilaspekten der Indikation Diabetes mellitus Typ 2 (Netzhaut- und Fußkomplikationen). Die Themen Depression, Herzinsuffizienz, Kreuzschmerz und weitere Fragestellungen des Typ-2-Diabetes (Nephropathie und Neuropathie) sind in Bearbeitung.

| Gültige NVL | | |
|---|--------------------|-------------------------------|
| | gültig seit | gültig bis |
| Asthma bronchiale | 2005 | 03/2008 (in Überarbeitung) |
| COPD | 2006 | 01/2010 |
| koronare Herzkrankheit | 2006 | 05/2010 |
| Diabetes mellitus Typ 2 - Netzhautkomplikationen | 2006 | 09/2010 |
| Diabetes mellitus Typ 2 - Fußkomplikationen | 2006 | 10/2010 |

NVL COPD

Die NVL COPD wurde im Februar 2006 verabschiedet. Sie nimmt unter anderem zu folgenden Fragen Stellung: Diagnosesicherung durch objektive Messungen, medikamentöse Stufentherapie der COPD, nichtmedikamentöse Maßnahmen, Verhalten bei Exazerbation, evidenzbasierte Prävention und Rehabilitation, Maßnahmen ohne ausreichenden Wirksamkeitsnachweis, Koordination von hausärztlicher und spezialisierter ambulanter, akutstationärer und rehabilitativer Betreuung.

NVL Chronische KHK

Die NVL Chronische KHK wurde im Mai 2006 verabschiedet. Sie nimmt unter anderem zu folgenden Fragen Stellung: nichtinvasive und invasive Diagnostik, Prognose und Risikostratifizierung, Symptomkontrolle und Sekundärprophylaxe, Indikationen zur Revaskularisation (Vergleich PCI versus CABG), Koordination von hausärztlicher und spezialisierter ambulanter, akutstationärer und rehabilitativer Betreuung.

NVL Diabetes mellitus Typ 2 – Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen

Die NVL wurde im Oktober 2006 verabschiedet. Sie nimmt unter anderem zu folgenden Fragen Stellung: Risikofaktoren, Prognose und Prävention der diabetischen Netzhautkomplikationen; augenärztliche und diabetologische Behandlungsoptionen; Kooperation zwischen Hausärzten, Diabetologen und Augenärzten.

NVL Diabetes mellitus Typ 2 – Präventions- und Behandlungsstrategien von Fußkomplikationen

Die NVL wurde im November 2006 verabschiedet. Sie nimmt unter anderem zu folgenden Fragen Stellung: Wie kann der Patient für eine möglichst frühe Entdeckung vorhandener Risikofaktoren sorgen? In welchen Abständen sollte der Patient hausärztlich untersucht werden? Welche effektiven Untersuchungsmethoden gibt es, um zuverlässig, schnell und kostengünstig zu Risikoeinschätzungen zu kommen? Welche Risikofaktoren kann der Patient selber beeinflussen? Auf die Beseitigung welcher Risikofaktoren sollten die betreuenden Ärzte hinweisen? Welche Möglichkeiten der Diagnoseoptimierung gibt es? Welche Behandlungsoptionen stehen zur Verfügung? Wie lässt sich das Management zwischen den Versorgungsebenen und -bereichen optimieren?

6.3 Neue Versorgungskonzepte: Medizinische Versorgungszentren, Hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung

Mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz sowie den Reformen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 bestehen heute mehr Möglichkeiten denn je für Ärzte und Psychotherapeuten, ihren Beruf gemeinsam auszuüben. Neben den traditionellen Formen der Zusammenarbeit wie Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Praxisnetz oder Belegarztvertrag können Ärzte und Psychotherapeuten seit dem 1. Januar 2007 beispielsweise auch in einer Teilberufsausübungsgemeinschaft oder in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft arbeiten.

Diese Flexibilisierung und Zersplitterung der Vertragslandschaft, die für den einzelnen Arzt unbestreitbare, vor allem wirtschaftliche Vorteile mit sich bringen mag, beeinflusst aber auch direkt die bisher stabile, verlässliche Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung.

Bereits seit Jahren gewährleistet die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg gemeinsam mit den Ärzten und Psychotherapeuten ein hohes Qualitätsniveau in der Patientenversorgung. Durch ein restriktives Antrags- und Genehmigungsverfahren stellt sie sicher, dass nur der eine Leistung erbringen darf, der auch die notwendigen Qualifikationen vorlegt. Auch der laufende Prozess der Leistungserbringung wird kontrolliert. Dazu hat die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg über die bundesweit einheitlichen Richtlinien hinausgehend zusätzliche Regelungen unter anderem zur Bewertung von Qualität getroffen. So können bereits unzureichende Angaben in der Behandlungsdokumentation zu einer schlechten Prüfungsnote führen. Der Arzt muss gegebenenfalls sein Honorar zurückzahlen oder an einem Kolloquium teilnehmen. Bei schwerwiegenden Mängeln darf er die Leistung nicht mehr erbringen.

Mängel in der Patientenversorgung müssen Folgen haben. Sonst führt Qualitätssicherung nicht zur Verbesserung von Qualität. Diese Mechanismen sieht beispielsweise die Qualitätssicherung im Krankenhaus nicht vor. Hier darf man gespannt sein, wie in Zukunft, wenn Leistungen der ambulanten Versorgung an die Krankenhäuser verlegt werden, der Gesetzgeber reagieren wird. Wir plädieren für gleiche Bedingungen in allen Bereichen der medizinischen Versorgung, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Mit der Gesundheitsreform wurde den Krankenkassen nunmehr das Recht eingeräumt auch Einzelverträge mit Ärzten aus dem ambulanten Bereich zu schließen. Ein Übergang zu Einzelverträgen kann auch zu einer Zersplitterung der Vertragslandschaft führen, die Patienten und Versicherte verunsichert und Ärzte vor kaum zu bewältigende administrative Probleme stellt. Der Zugang zu medizinischen Leistungen wird für Patienten erschwert, die freie Arztwahl eingeschränkt und der Sicherstellungsauftrag ausgehöhlt. Vielmehr sollten dezentrale Wettbewerbsprozesse in einen kollektiv-rechtlichen Rahmen eingebunden werden, um Effizienz- und Effektivitäts- beziehungsweise qualitätssteigernde innovative Prozesse nicht zu ver- oder behindern.

Die unterschiedlichen Ansätze integrierter Versorgung sollen eine insgesamt höhere Qualität und Kosteneffektivität in der Gesundheitsversorgung schaffen und auch nur unter dieser Prämisse befürwortet werden.

Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen hat eine lange Tradition und findet eine hohe Akzeptanz bei unseren Ärzten. Mit der neuen Gebührenordnung wird nun endlich einer langen Forderung, dass sich Qualität auch in der Honorierung niederschlagen muss, nachgekommen. Erstmals wird es bundesweit Qualitätszuschläge geben.

Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg ist es, das hohe Niveau der medizinischen Qualität weiter zu verbessern und die Versorgungsqualität insgesamt zu steigern.

Aber bei allen positiven Aspekten darf nicht vergessen werden, dass mit einer sich zersplitternden Vertragslandschaft, wie wir sie teilweise heute schon vorfinden, auch Probleme auf die Qualitätssicherung zukommen. Wenn sich durch immer mehr kleinteilige Verträge, an denen die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr beteiligt sind, die Versorgungslandschaft weiter zergliedert, ist das hohe Niveau wahrscheinlich nicht mehr haltbar. Dies sollte insbesondere die Politik im Auge behalten, wenn sie mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit für die gesetzliche Krankenversicherung fordert. Für einen fairen Vergleich im Qualitätswettbewerb im deutschen Gesundheitswesen müssen zunächst die Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu zählen Datenvalidität und verlässliche Kompetenz in der Anwendung von Qualitätssicherungsmethoden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg steht für Qualität, das zeigt unser diesjähriger Bericht eindrucksvoll. Wir werden uns auch in Zukunft dafür einsetzen, dass Patienten eine ambulante Versorgung auf hohem Qualitätsniveau erhalten.

6.3.1 Ärztliche Kooperationsformen im Überblick

| | Praxisnetze als Modellvorhaben (§§ 63 ff SGB V) | Praxisnetze als Strukturverträge (§ 73 a SGB V) | MVZ (§ 95 SGB V) | Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V) | besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73 c SGB V) „Vertragswerkstatt“ | Integrierte Versorgung (§ 140 a ff SGB V) |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Inhalt | <ul style="list-style-type: none"> Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations- Finanzierungs- und Vergütungsformen max. Dauer von 8 Jahren Wissenschaftliche Begleitung erforderlich Kopplung mit Wahlтарifen | <ul style="list-style-type: none"> Hausarzt oder Ärzteverbund bekommen Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung übertragen Optimierung der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im ambulanten Bereich | <ul style="list-style-type: none"> fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen Ärzte können als Vertragsärzte oder als Angestellte arbeiten gründungsberechtigt sind alle Leistungserbringer, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung, oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen | <ul style="list-style-type: none"> Koordinierungsfunktion des Hausarztes Facharztzugang nur über Hausarzt Während der Laufzeit der Verträge wird der Sicherstellungsauftrag der KVen durch die Krankenkassen substituiert Kopplung mit Wahlтарifen | <ul style="list-style-type: none"> Lösungen für besondere Versorgungsbedürfnisse, die einzelne Bereiche oder die gesamte ambulante ärztliche Versorgung umfassen Während der Laufzeit der Verträge wird der Sicherstellungsauftrag der KVen durch die Krankenkassen substituiert Kopplung mit Wahlтарifen | <ul style="list-style-type: none"> sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung soll eine bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung ermöglichen Während der Laufzeit der Verträge wird der Sicherstellungsauftrag der KVen durch die Krankenkassen substituiert keine Beteiligung der KVen möglich Kopplung mit Wahlтарifen |
| vertragliche Ebene | <ul style="list-style-type: none"> gesamtvertraglich oder einzelvertraglich Regelung von Grundsätzen in Bundesmantelverträgen möglich | <ul style="list-style-type: none"> gesamtvertraglich oder einzelne Krankenkassen mit Kassenärztlichen Vereinigungen | <ul style="list-style-type: none"> es gelten die Regelungen für Vertragsärzte | <ul style="list-style-type: none"> einzelvertraglich, d.h. Krankenkassen mit: <ul style="list-style-type: none"> einzelnen Ärzten Ärztegemeinschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen, sofern Hausärztegemeinschaften sie ermächtigt haben oder Trägern von Einrichtungen die hausarztzentrierte Versorgung anbieten | <ul style="list-style-type: none"> einzelvertraglich, d.h. Krankenkassen mit: <ul style="list-style-type: none"> einzelnen Ärzten Ärztegemeinschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen Trägern von Einrichtungen die besondere ambulante ärztliche Versorgung anbieten | <ul style="list-style-type: none"> einzelvertraglich, d.h. Krankenkassen mit zugelassenen Leistungserbringern oder Pflegekassen |
| Finanzierung/ Vergütung | <ul style="list-style-type: none"> Mehraufwendungen können mit Einsparungen verrechnet werden Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung | <ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit, Budgetverantwortung auf Arzt oder Ärzteverbund zu übertragen (Honorarnetz) Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung | <ul style="list-style-type: none"> innerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung | <ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung ggf. Bereinigung der Gesamtvergütung | <ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit der extrabudgetären Vergütung ggf. Bereinigung der Gesamtvergütung | <ul style="list-style-type: none"> Angelegenheit der Vertragspartner Anschubfinanzierung bis Ende 2008 in Höhe bis zu 1% der Gesamtvergütung sowie 1% der Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser ggf. Bereinigung der Gesamtvergütung bei Finanzbedarf über 1%. |
| Versorgungsrealität | <ul style="list-style-type: none"> Schätzungen gehen von mehreren hundert Praxisnetzen aus | | <ul style="list-style-type: none"> 809 MVZ (Stand 2. Quartal 2007) durchschnittliche Größe von 4 Ärzten | <ul style="list-style-type: none"> 43 Hausarztmodelle in allen 16 Bundesländern (Stand September 2007) | <ul style="list-style-type: none"> KBV hat bisher sieben Vertragskonzeptionen entwickelt Verträge auf Landesebene | <ul style="list-style-type: none"> 4.553 Verträge (3. Quartal 2007) ca. 5,2 Millionen eingeschriebene Versicherte |
| Gesetzliche Grundlage | <ul style="list-style-type: none"> 2. GKV-Neuordnungsgesetz, (NOG), 1.7.1997 Änderungen durch GKV-Reform 2000, 1.1.2000 | <ul style="list-style-type: none"> 2. GKV-Neuordnungsgesetz, (NOG) 1.7.1997 | <ul style="list-style-type: none"> GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), 1.1.2004 Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), 1.1.2007 | <ul style="list-style-type: none"> GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), 1.1.2004 Neuregelung durch GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG), 1.4.2007 | <ul style="list-style-type: none"> GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), 1.1.2004 Neuregelung durch GKV-WSG, 1.4.2007 | <ul style="list-style-type: none"> GKV-Reform 2000, 1.1.2000 Neuregelungen durch GMG, 1.1.2004 Änderungen VÄndG, 1.1.2007 GKV-WSG, 1.4.2007 |

7.1 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV

Die KVBB hält ein breitgefächertes Angebot an Fortbildungsveranstaltungen und Seminaren für Ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter bereit, wobei Veranstaltungen mit berufspolitischem, betriebswirtschaftlichem und praxisorganisatorischem Hintergrund ebenso berücksichtigt werden wie spezielle medizinische Fortbildungen. Die Nachfrage in der Ärzteschaft und bei den Praxismitarbeitern ist anhaltend groß – zum Teil werden auf Nachfrage zusätzliche Angebote entwickelt.

Eine besondere Nachfrage bestand 2007 hinsichtlich der Einführung des EBM 2008. In 6 Großveranstaltungen mit Fachreferenten wurden Ärzte und Praxispersonal über die Änderungen in der Abrechnung, die der EBM 2008 mit sich brachte, informiert.

Besonderer Beliebtheit erfreuen sich die kombinierten DMP-Fortbildungsveranstaltungen, die 2mal jährlich stattfinden. Hier kann der an den DMP teilnehmende Arzt seiner jährlichen Fortbildungsverpflichtung zu allen internistischen Indikationen an einem Tag nachkommen.

Insgesamt wurden 84 Fortbildungsveranstaltungen mit 2587 Teilnehmenden durchgeführt. Die Resonanz auf die Fortbildungsangebote war durchgehend positiv.

Der Bereich Fortbildung bemüht sich kontinuierlich, erfahrene Referenten zu aktuellen gesundheitspolitischen, medizinischen, sowie wirtschaftlich wichtigen Themen zu finden. Im Schnitt arbeiten wir mit 50 Referenten zusammen, die Experten auf ihrem jeweiligen Gebiet sind.

Seminar-Beispiel:

Seminare für Ärztinnen und Ärzte

- 2 Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Aus der Praxis: Handchirurgie“ mit insgesamt 38 Teilnehmern
- 4 Veranstaltungen zum Thema „Praxisabgabe/Praxisveräußerung“ mit insgesamt 44 Teilnehmern
- 1 Großveranstaltung zum Thema „Mammographie-Screening im Land Brandenburg“ mit insgesamt 90 Teilnehmern

Seminare für Arzthelferinnen

- 3 Veranstaltungen zum Thema „Abrechnung GOÄ allgemein“ mit insgesamt 37 Teilnehmern
- 5 Veranstaltungen zum Thema „Hygiene im Praxisalltag“ mit insgesamt 91 Teilnehmern
- 6 Seminare zum Thema „Telefontraining für das Praxispersonal“ mit insgesamt 71 Teilnehmern

Veranstaltungen für Ärzte und Praxismitarbeiter

- 2 Großveranstaltungen zum Thema „Kombinierte DMP-Fortbildungsveranstaltung“ mit insgesamt 275 Teilnehmern
- 6 Informationsveranstaltungen zum EBM 2008 mit insgesamt 1.126 Teilnehmern
- 5 Anwenderseminare „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen“ mit insgesamt 93 Teilnehmern

Neben den oben genannten Seminaren wurden 12 Diabetes-Schulungen für Praxisleitungen und ihre Mitarbeiterinnen organisiert und angeboten. 6 Schulungen wurden von ausgebildeten Referententeams des ZI (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung) durchgeführt. Damit sollte Ärzten und deren Praxispersonal die Möglichkeit geboten werden, sich weiter zu qualifizieren und an der Diabetes-Vereinbarung teilzunehmen.

7.2 Informationsdienst (Infodienst) der KV Brandenburg

Der Informationsdienst der KV Brandenburg ist ein telefonischer Beratungsdienst für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, Krankenkassen sowie weitere Partner und Unternehmen im Gesundheitswesen. Aber auch Patienten nutzen dieses Angebot vielfach. Zusätzlich besteht für diese Zielgruppe die Möglichkeit, über das eigens für sie eingerichtete Patiententelefon Auskünfte zu erhalten.

Wie die statistischen Zahlen belegen, erfreut sich der Informationsdienst einer großen Nachfrage: Im Vergleich zum Vorjahr haben 32 Prozent mehr Ärzte in 2007 diesen Service genutzt. Bei den Patienten konnte eine Steigerung um 16 Prozent und bei den sonstigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (inkl. Krankenkassen) um 21 Prozent verzeichnet werden.

Parallel zum Informationsdienst ist das Patiententelefon werktags in der Zeit von 09:00 bis 12:00 Uhr geschaltet. Auch hier ist im Vergleich zum Vorjahr eine deutliche Zunahme der Anrufe festzustellen. Eine Steigerung um 57 Prozent unterstreicht den Bedarf an qualifizierter Auskunft im Gesundheitswesen.

Ein Hauptaugenmerk aller Anfragen liegt u. a. auf den Beschwerden: Patientenbeschwerden, Beschwerden von Krankenkassen und Ärzten gilt es, in einem verantwortungsbewussten Miteinander zu klären. Vielfach gelingt es dabei, befriedend zu wirken bzw. den Ärger mit und Missmut von Patienten und Krankenkassen von den Vertragsärzten fernzuhalten. Hierbei sind die vorgegebenen gesetzlichen Regelungen des Vertragsarztesrechtes für die Bewertung der verschiedenen Sachverhalte jedoch zu beachten. Grundregel bei der Bearbeitung der Sachverhalte ist, klar zu definieren, ob eine vertragsärztliche Pflichtverletzung vorliegt oder nicht.

Die jahrelange Praxis zeigt: In den meisten Fällen liegt kein Fehlverhalten seitens der Vertragsärzte vor. Vielfach ist es gelungen, Schaden von der Vertragsärzteschaft abzuwenden. Kann keine telefonische Klärung herbeigeführt werden, wird der Beschwerdeführer gebeten, sich schriftlich an das Beschwerdemanagement zu wenden.

Der Informationsdienst unterteilt sich in folgende drei Aufgabenbereiche:

Informationsdienst für Vertragsärzte (Tel.: 01801 / 58 22 431)

Auskunft zu folgenden Bereichen:

- genehmigungspflichtige Leistungen von Vertragsärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und ermächtigten Ärzten
- spezielle Leistungen von Vertragsärzten (z.B. Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, alternative Behandlungsmethoden)
- rollstuhlgerechte Praxen
- Fremdsprachenkenntnisse der Vertragsärzte und Psychotherapeuten
- Fachabteilungen in Krankenhäusern
- Reha-Kliniken im Land Brandenburg und bundesweit
- Arztsuche im Land Brandenburg für Vertragsärzte, Krankenkassen und Patienten
- bundesweite Arztsuche
- Fortbildungsangebote
- Angaben über gesundheitsrelevante Einrichtungen
- Ansprechpartner von Selbsthilfegruppen in Zusammenarbeit mit der Kooperationsberatungsstelle für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA)
- telefonisches Beschwerdemanagement

Patiententelefon (Tel.: 01805 / 58 22 431, werktags von 09:00 bis 12:00Uhr)

Auskunft zu folgenden Bereichen:

- Arztsuche im Land Brandenburg
- genehmigungspflichtige Leistungen von Vertragsärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und ermächtigten Ärzten
- spezielle Leistungen von Vertragsärzten (z.B. Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, alternative Behandlungsmethoden)
- Umgang mit Patientenunterlagen
- telefonisches Beschwerdemanagement
- Fachabteilungen in Krankenhäusern
- Reha-Kliniken im Land Brandenburg
- Ansprechpartner von Selbsthilfegruppen in Zusammenarbeit mit der KOSA

Kooperationsberatungsstelle für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA) (Tel.: 01801 / 58 22 431)

Unterstützung zur Kooperation durch:

- telefonische oder persönliche Beratungsgespräche mit Ärzten/Psychotherapeuten über Angebote der Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige
- telefonische oder persönliche Beratungsgespräche mit Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen über die Kooperationswünsche der Ärzte und Psychotherapeuten
- Unterstützung bei der Öffentlichkeitsarbeit für die Selbsthilfe als sinnvolle Ergänzung zu therapeutischen Maßnahmen
- Teilnahme an regionalen und kommunalen Arbeitsgruppen im Bereich der Gesundheitsförderung, um über die Möglichkeiten des ärztlichen Handelns zu informieren
- Kooperation mit den Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KIS), die den Aufbau von Selbsthilfegruppen aktiv unterstützen
- Vermittlung von ärztlichen Referenten für Veranstaltungen der Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Kontakten zwischen Selbsthilfegruppen und ärztlichen Qualitätszirkeln/Stammtischen
- Recherche und Dokumentation über Selbsthilfeaktivitäten im Land Brandenburg
- Recherche und Dokumentation über kooperationsbereite Ärzte / Psychotherapeuten im Land Brandenburg

Ergänzend zum telefonischen Service ist das Ärzteverzeichnis Land Brandenburg im Internet unter der Adresse www.kvbb.de eingestellt.

Gegenüber dem Jahr 2006 hat sich die Zahl der Besucher etwas verringert, dafür wurde aber auf mehr Seiten zugegriffen mit einer längeren Nutzungszeit.

7.3 Bereitschaftsdienst

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.

Die Umsetzung dieser Verpflichtung in der KVBB wird durch die gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der KVBB mit der Landesärztekammer Brandenburg und durch die ABSF (*) geregelt. Durch die Nutzung landesweit einheitlicher Rufnummern für den ärztlichen Bereitschaftsdienst ist eine effiziente und patientenfreundliche Dienstorganisation und Durchführung gewährleistet. Das Bereitschaftsdienstmanagement der KVBB wirkt unterstützend bei der Dienstorganisation und stellt die Erreichbarkeit der jeweils diensthabenden Ärzte unter den landesweit einheitlichen Bereitschaftsdienstrufnummern 01805582223XXX sicher. Die Erfolgsquote bei der Erreichbarkeit der diensthabenden Ärzte über das System der landesweit einheitlichen Rufnummern lag im Jahr 2007 bei 99,0 %.

Über die landesweit einheitlichen Rufnummern wurde der allgemeinärztliche Bereitschaftsdienst im Jahr 2007 mit 218.900 Anrufen kontaktiert. Zusätzlich zum allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst wurden 25 fachspezifische Bereitschaftsdienste in den Fachrichtungen Augenheilkunde, Chirurgie, HNO und Kinderheilkunde sichergestellt. Diese fachspezifischen Bereitschaftsdienste wurden über die landesweit einheitlichen Rufnummern von 33.954 Patienten in Anspruch genommen.

(*) Ausführungsbestimmungen zur Verwendung der Mittel aus dem Sicherstellungsfond (gemäß § 2 Abs. 5 des Honorarverteilungsmaßstabes)

7.4 Weiterbildungsbörse / Weiterbildungsnetzwerke

Weiterbildungsbörse

Seit etwa 2 Jahren betreibt die KVBB erfolgreich eine Weiterbildungsbörse im Internet. Diese Plattform ermöglicht das schnelle Auffinden von freien Weiterbildungsstellen in allen Fachgebieten und berücksichtigt auch regionale Wünsche. Außerdem ist eine direkte Kontaktaufnahme zum anbietenden Vertragsarzt möglich. Derzeit umfasst die WB-Börse einen Datenbestand von etwa 170 Ärzten, die im ambulanten Bereich WB-Stellen anbieten, zu jeweils gleichen teilen aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Bereich.

Weiterbildungsnetzwerke

Landesärztekammer, KVBB und Landeskrankenhausgesellschaft haben gemeinsam im Land Brandenburg die Bildung von sechs „Weiterbildungsnetzwerken hausärztliche Versorgung“ auf den Weg gebracht. Sie sollen angehende Hausärzte bei der Weiterbildung unterstützen und begleiten. Das Ziel ist, die in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Weiterbildungsabschnitte in zeitlicher Kontinuität abzusichern und sowohl die ambulanten als auch die stationären Abschnitte im Komplex in einer umschriebenen Region zu ermöglichen.

8.1 Gesetzlicher Rahmen, Auftrag und Grundlagen der Qualitätssicherung



8.1.1 Zuständigkeiten und Organisationen

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 und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
- > 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 Bundesausschusses)
- > staatliche Normen (zum Beispiel Röntgenverordnung, Gerätesicherheitsverordnung, Infektionsschutzgesetz)
- > das Berufsrecht (zum Beispiel Berufsordnung, Weiterbildungsordnung).

8.1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen des § 91 ff. des SGB V seit dem 1. Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er ist das entscheidende, wichtigste Gremium für die Ausgestaltung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er besteht aus neun Vertretern der Leistungserbringer, neun Vertretern der Kassenseite sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patienten geschaffen. § 140f Abs. 2 des SGB V regelt, dass den Interessenvertretungen der Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Der Gesetzgeber möchte die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig intensiver in diejenigen Entscheidungsprozesse der GKV, die die Versorgung betreffen, eingebunden werden.

8.1.3 Normen der Qualitätssicherung

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. Hier die wichtigsten Paragraphen:

§ 70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Dieser Paragraph gibt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung neben Wirtschaftlichkeit und Humanität auch die Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung vor.

§ 73c: Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

(Partner der Bundesmantelverträge, auf Landesebene Verträge zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen)

Mit diesem Paragraphen ist die Möglichkeit geschaffen worden, besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung zu tragen, die sich von der Regelversorgung durch spezielle Anforderungen an die Strukturqualität oder die Art und Weise der Leistungserbringung unterscheiden und diese in den Gesamtverträgen zu vereinbaren.

§ 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(dreiseitige Verträge der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen)

Nach dieser Vorschrift sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit für ambulante Operationen festzulegen. In einem dreiseitigen Vertrag sind die Bedingungen für gemeinsame Qualitätsüberprüfungen beim ambulanten Operieren sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung definiert. Insbesondere sieht § 115b vor, dass von den Beteiligten Folgendes vereinbart wird:

- > ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe
- > einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie
- > Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

§ 135: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Gemeinsamer Bundesausschuss, Partner der Bundesmantelverträge)

Dieser Paragraph ist für die Qualitätssicherung die zentrale Bestimmung im SGB V. Nach Abs. 1 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 und
- > zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Sollte die Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens einer Methode ergeben, dass diese nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Nach Abs. 2 sind die Vertragspartner der Bundesmantelverträge verpflichtet, für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- > besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes
- > besondere Praxisausstattung und
- > weitere Anforderungen an die Strukturqualität

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

§ 135a: Verpflichtung zur Qualitätssicherung

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

§ 136: Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Kassenärztlichen Vereinigungen, Gemeinsamer Bundesausschuss)

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. Insbesondere für Versicherte soll dadurch die Tätigkeit der Organisationen in diesem Bereich transparent gemacht werden. Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung entwickelt.

§ 136a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung (Gemeinsamer Bundesausschuss)

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92 SGB V

- > Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2
- > die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- > Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität
(Gemeinsamer Bundesausschuss)

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln. Diese sind möglichst sektorenübergreifend anzulegen. Die Institution soll sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen. Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,

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

§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
(Gemeinsamer 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.

§ 137c Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten
(Gemeinsamer Bundesausschuss)

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

- > Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten
- > Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung
- > Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien
- > sektorübergreifender Behandlungsbedarf
- > Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
- > 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 GKV 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 GKV 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.

8.2 Exkurs Stichprobenprüfungen

Methodische Überlegungen zu Stichprobenprüfungen am Beispiel der Koloskopie

Stichproben sind ein vom Gesetzgeber vorgesehenes und etabliertes Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität ärztlicher Leistungen. Dabei werden ärztliche Dokumentationen erbrachter Leistungen zufällig ausgewählt und nach definierten Qualitätskriterien gutachterlich bewertet. Solche Stichproben wurden mit der Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie eingeführt. Sie sollen der Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung und Fertigkeiten von koloskopierenden Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung dienen.

Die Gestaltung eines Stichprobenverfahrens ist abhängig von dem konkreten medizinischen Versorgungsaspekt. So waren bei Erarbeitung des Stichprobenverfahrens folgende Rahmenbedingungen zu beachten:

- > Die Anzahl der Koloskopieleistungen (2006: über 1,2 Millionen) ist hoch. Sie werden von knapp 3.000 niedergelassenen Ärzten erbracht.
- > 17 Qualitätssicherungskommissionen können die Überprüfungen im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen anhand von Bild- oder Videodokumentationen durchführen.
- > Bei (wiederholt) festgestellten Mängeln besteht die Möglichkeit zur Wiederholung der Überprüfung oder sogar zum Widerruf der Genehmigung zur Durchführung von Koloskopien.

Ferner mussten zur Beurteilung einer Stichprobe angemessene Qualitätskriterien für eine fachgerechte Koloskopie festgelegt werden. Danach ist eine Koloskopie ordnungsgemäß erbracht, wenn die Koloskopie

- > ohne Mängel war, das heißt, die Sicht nicht durch Verschmutzung des Dickdarms oder mangelhafte Optik behindert war, und
- > vollständig unter Darstellung des gesamten Dickdarms einschließlich des Blinddarms durchgeführt wurde.

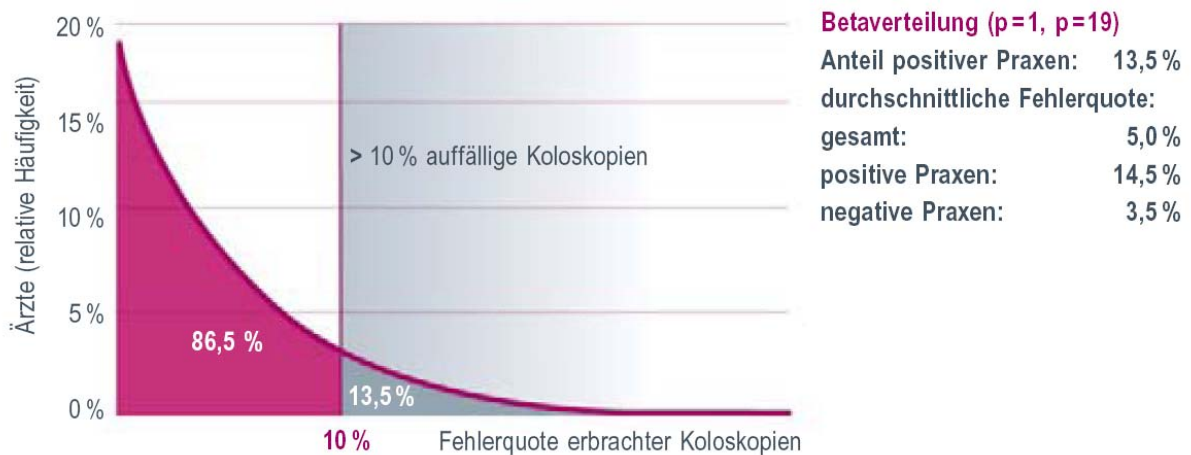
Kontrollierte Studien zeigen, dass eine unangemessene Reinigung des Dickdarms nicht nur einen negativen Einfluss auf Schwierigkeit und Dauer der Untersuchung hat, sondern vor allem die Entdeckungswahrscheinlichkeit von Polypen deutlich reduziert. Die Qualität der Koloskopie hinsichtlich ihrer Mängelfreiheit und Totalität kann dokumentiert werden, indem charakteristische anatomische Strukturen (Bauhin'sche Klappe, Zoekumtriangel, Appendixorifizium) bei Erreichen des Blinddarms fotografiert werden. Allerdings sind solche Fotografien für einen Gutachter in etwa zehn Prozent der Fälle nicht eindeutig zu bewerten (Rex 2000), selbst wenn der koloskopierende Arzt bei der Untersuchung den Blinddarm mit Sicherheit identifiziert hat, das heißt, die Koloskopie vollständig und korrekt durchgeführt wurde. Diese Unsicherheit bei der gutachterlichen Bewertung wird zurückgeführt auf anatomische Variationen zwischen Patienten mit der Folge, dass charakteristische Strukturen des Blinddarms bei einigen Patienten nicht klar dargestellt werden können.

Daraus ergibt sich folgende Definition von guter Qualität koloskopischer Leistungen:

Gute Qualität von einem Arzt durchgeführter Koloskopien liegt vor, wenn bei mindestens 90 Prozent der eingereichten Dokumentationen die vorgegebenen charakteristischen Strukturen des Blinddarms identifiziert werden können.

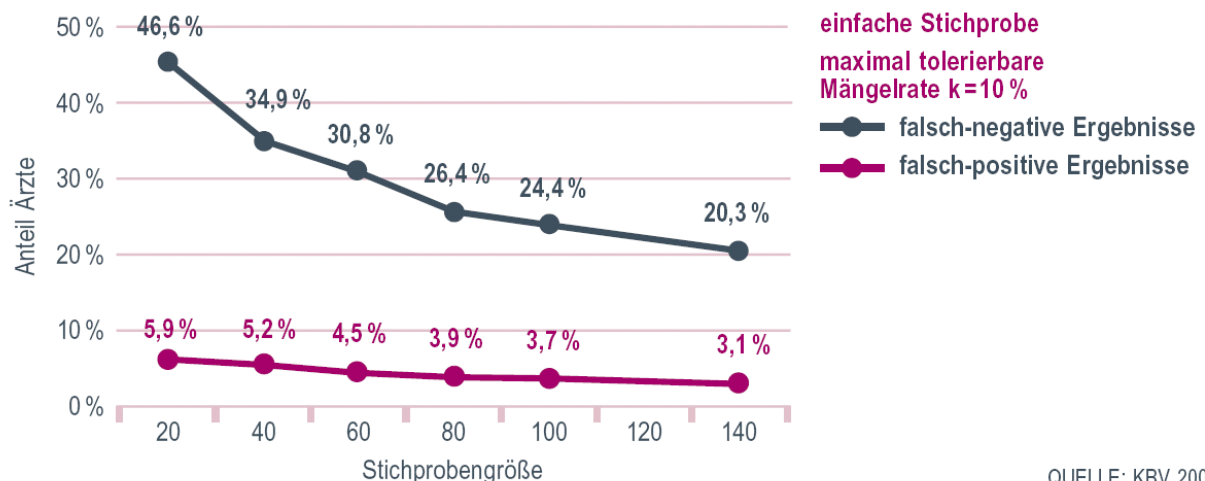
Aufgrund der Aufwändigkeit der Überprüfung und der hohen Anzahl von Leistungen wurde festgelegt, dass eine Stichprobe der erbrachten Leistungen bei allen koloskopierenden Ärzten gerechtfertigt ist. Allerdings muss das Stichprobenergebnis hinreichend genau sein, da übersehene Ärzte mit mangelhaften Koloskopien (= falsch-negative Ergebnisse) zur schlechteren Erkennung von Frühformen des Darmkrebses führen. Auch muss die mögliche Sanktionierung zu Unrecht einer schlechten Qualität bezichtigter Ärzte (falsch-positive Ergebnisse) im Rahmen eines rechtssicheren Verfahrens verhindert werden.

ABB. 1 ANNAHME: RELATIVE VERTEILUNG AUFFÄLLIGER KOLOSKOPIEN



QUELLE: KBV 2007

**ABB. 2 TESTGÜTE IN ABHÄNGIGKEIT VON DER STICHPROBENGROSSE
 FALSCH-POSITIV UND FALSCH-NEGATIV**

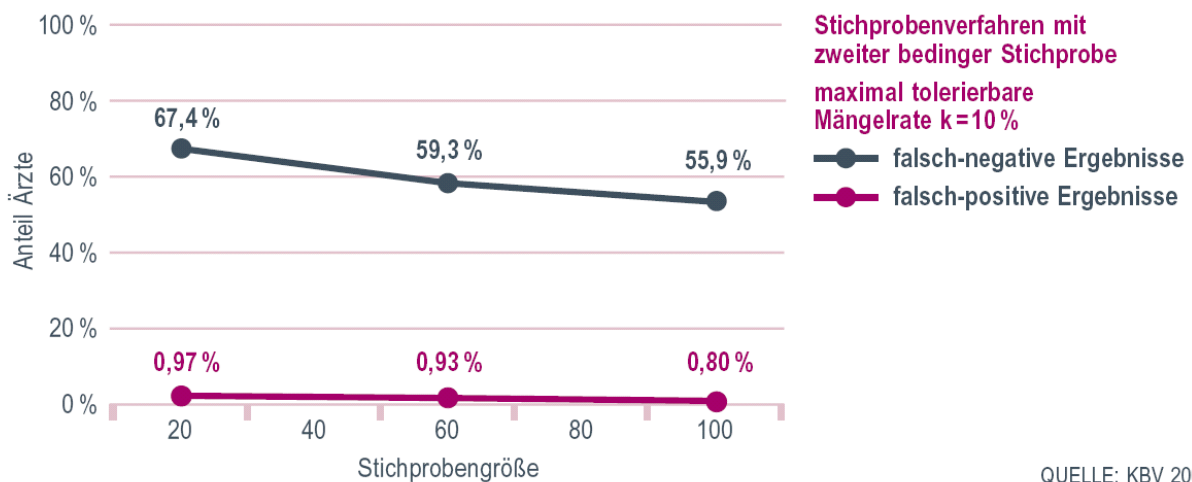


QUELLE: KBV 2007

ABB. 3 STICHPROBENVERFAHREN MIT ZWEITER BEDINGTER STICHPROBE



ABB. 4 TESTGÜTE IN ABHÄNGIGKEIT VON DER STICHPROBENGROSSE DER ZWEITEN BEDINGTEN STICHPROBE FALSCH-POSITIV UND FALSCH-NEGATIV



QUELLE: KBV 2007

Mit statistischer Unterstützung des Institutes für Statistik und Ökonometrie der Universität Hamburg (Prof. Karl Wegscheider) sind PD Dr. Rupert Pfandzelter und Andreas Walter aus der Abteilung Qualitätssicherung der KBV der Frage nachgegangen, wie Umfang und Verfahren der Stichprobenziehung zu wählen sind, um eine ausreichende Testgüte bei vertretbarem Aufwand zu gewährleisten. Hierzu wurden analog zu einem diagnostischen Test wesentliche Kenngrößen von unterschiedlichen Stichprobenverfahren berechnet, wie die falsch-positive und falsch-negative Rate. Die Berechnungen erfolgten analytisch beziehungsweise bei komplexen Stichprobenszenarien numerisch mittels Computersimulationen. Zur Berechnung der Testgüte vergleicht man die Testergebnisse mit der tatsächlichen Situation beziehungsweise dem sogenannten Goldstandard. Je höher die Übereinstimmung desto besser ist die Testgüte. Da im vorliegenden Fall die Verteilung tatsächlicher Mängelraten der koloskopierenden Ärzte nicht bekannt ist, ist eine Annahme darüber notwendig, wie sich die Mängelraten unter allen koloskopierenden Ärzten verteilen könnten. Als den Berechnungen zu Grunde liegende Verteilung wurde eine sogenannte Betaverteilung gewählt (Abb. 1). Danach würden 13,5 Prozent aller Ärzte mehr als zehn

Prozent mangelhafte Koloskopien erbringen bei einer durchschnittlichen Mängelrate aller Ärzte von fünf Prozent.

Die Berechnungen zeigen, dass eine einfache einstufige Stichprobenziehung zu kaum akzeptablen Werten für die falsch-positiven und falsch-negativen Raten führt, wenn der Aufwand für Gutachter und Arzt begrenzt bleiben soll. Bei einer Stichprobe von 20 Koloskopien je Arzt und einer noch akzeptablen Mängelrate von zehn Prozent liegt die falsch-positive und falsch-negative Rate bei 5,9 beziehungsweise 46,6 Prozent (Abb. 2). Selbst bei Verdoppelung der Stichprobe auf 40 ergeben sich noch inakzeptable Werte (5,2 beziehungsweise 34,9 Prozent). Um die aus Ärztesicht besonders bedeutsame falsch-positive Rate weiter zu reduzieren, wurde ein Stichprobenverfahren mit einer zweiten bedingten Stichprobe analysiert. Diejenigen Ärzte, die in der ersten Stichprobe eine höhere Mängelrate als zehn Prozent hatten, werden einer zweiten Stichprobe unterzogen (Abb. 3). Hier liegt die falsch-positive Rate lediglich bei 0,97 Prozent (Größe beider Stichproben: 20; Mängelrate: zehn Prozent; Abb. 4) bei einem zusätzlichen Prüfaufwand von 12,3 Prozent bezogen auf eine solitäre Prüfung. Eine weitere Vergrößerung der zweiten Stichprobe zeigt keine nennenswerte Verbesserung der Werte. Durch dieses konsekutive Stichprobenverfahren steigt jedoch die Rate der falsch-negativen Ergebnisse auf 67,4 Prozent an. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese Stichprobenziehung jedes Jahr wiederholt wird. So beträgt nach fünf Jahren die gehäufte (kumulierte) Rate an falsch-negativen Ergebnissen noch 13,9 Prozent. Das bedeutet, dass nach fünf Jahren ungefähr jeder siebte Arzt, der jedes Jahr mehr als zehn Prozent mangelhafte Koloskopien erbracht hat, im Rahmen der Stichprobenprüfung nicht auffällig geworden wäre. Außerdem sinkt die Wahrscheinlichkeit, ungerechtfertigt nicht aufzufallen, mit zunehmender Mängelrate. Während die falsch-negative Rate bei allen Ärzten mit einer Mängelrate von über zehn Prozent bei 67,4 Prozent liegt, beträgt sie bei Ärzten, die über 20 Prozent mangelhafte Koloskopien erbringen, nur noch 23,9 Prozent (Abb. 5). Nach fünf Jahren würden von diesen Ärzten lediglich 0,07 Prozent unentdeckt bleiben.

Aufgrund dieser Ergebnisse haben sich die Partner der Bundesmantelverträge darauf geeinigt, die Überprüfung der erbrachten Koloskopien durch Anwendung des Stichprobenverfahrens mit zwei aufeinander folgenden bedingten Stichproben mit jeweils 20 zufällig ausgewählten Koloskopien durchzuführen. Angesichts der bei einem Stichprobenverfahren immer zu erwartenden – wenn auch in diesem Fall niedrigen – Rate falsch-positiver Ergebnisse ist im Falle des Nichtbestehens der beiden Stichprobenprüfungen eine Vollerhebung im folgenden Jahr vorgesehen (Abb. 6).

Allgemein lässt sich zu Stichproben in der Qualitätssicherung sagen, dass im Gegensatz zu Vollerhebungen Stichproben lediglich Wahrscheinlichkeitsaussagen erlauben. Neben der falsch-negativen Rate ist die falsch-positive Rate dann von besonderer Bedeutung, wenn eine bestimmte in der Stichprobe entdeckte Mängelrate grundsätzlich zu akzeptieren ist und wenn auf der Basis einer positiven Stichprobe Konsequenzen zu ergreifen sind. Auf die jeweilige Problemstellung angewandte Wahrscheinlichkeitsrechnungen gestatten es, einen für die erwarteten Ziele einer Stichprobenprüfung günstigen Arbeitspunkt hinsichtlich Umfang und Verfahren der Stichprobenziehung zu finden.

**ABB. 5 TESTGÜTE IN ABHÄNGIGKEIT VOM ANTEIL AUFFÄLLIGER KOLOSKOPIEN
FALSCH-NEGATIV**

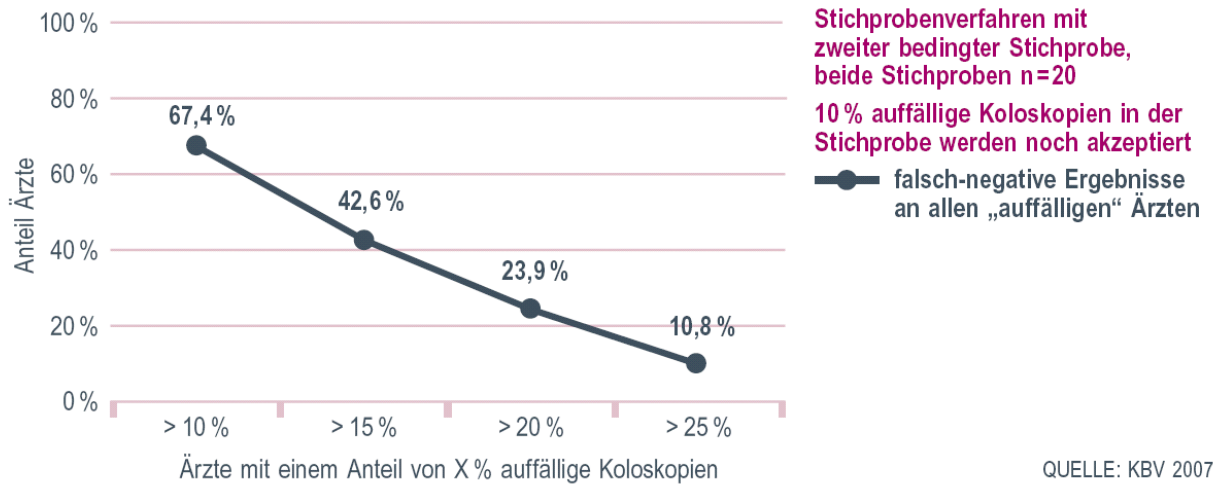
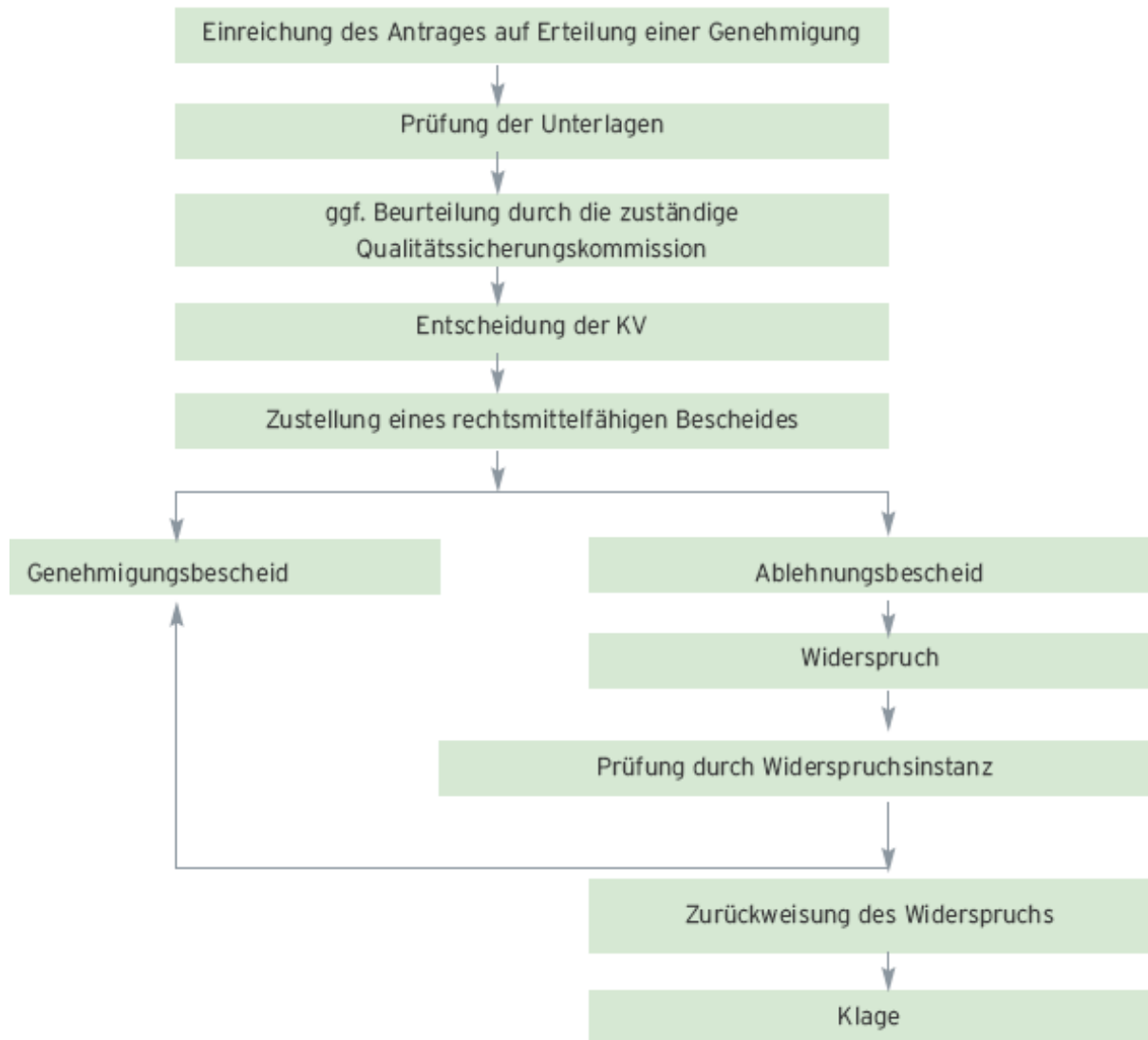


ABB. 6 PRÜFVERFAHREN IN DER KOLOSKOPIE-VEREINBARUNG



8.3 Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens

Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens



8.4 Arztstruktur (Stand: 31. Dezember 2007)

| | Vertrags- ärzte | Ermächti- gungen | Summe |
|---|--------------------|---------------------|-------------|
| Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte | 1177 | 7 | 1184 |
| Anästhesisten | 43 | 16 | 56 |
| Augenärzte | 148 | 7 | 155 |
| Chirurgen | 126 | 38 | 164 |
| davon Gefäßchirurgen | 6 | 10 | 16 |
| davon Kinderchirurgen | 6 | 0 | 6 |
| davon Plastische Chirurgen | 1 | 0 | 1 |
| davon Thoraxchirurgen | 0 | 2 | 2 |
| davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen | 0 | 0 | 0 |
| davon Unfallchirurgen | 8 | 7 | 15 |
| davon Visceralchirurgen | 0 | 8 | 8 |
| Dermatologen | 86 | 4 | 90 |
| Gynäkologen | 262 | 29 | 291 |
| HNO-Ärzte | 107 | 9 | 116 |
| davon Phoniater und Pädaudiologen | 0 | 2 | 2 |
| Internisten | 191 | 112 | 303 |
| davon Angiologen | 11 | 3 | 14 |
| davon Endokrinologen | 5 | 1 | 3 |
| davon Gastroenterologen | 21 | 18 | 39 |
| davon Hämatologen | 1 | 1 | 2 |
| davon Hämatologen und Internistische Onkologen | 8 | 8 | 16 |
| davon Kardiologen | 35 | 19 | 54 |
| davon Nephrologen | 35 | 3 | 38 |
| davon Pneumologen | 27 | 6 | 33 |
| davon Rheumatologen | 8 | 11 | 19 |
| Hausärztlich tätige Internisten | 320 | 1 | 321 |
| Kinderärzte | 177 | 31 | 208 |
| davon Kinderkardiologen | 3 | 0 | 3 |
| davon Neonatologen | 0 | 0 | 0 |
| Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten | 22 | 1 | 23 |
| Kinder- und Jugendpsychiater | 14 | 0 | 14 |
| Laborärzte | 12 | 2 | 14 |
| Fachwissenschaftler | 11 | 6 | 17 |
| Lungenärzte | 7 | 0 | 7 |
| Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen | 8 | 6 | 14 |
| Nervenärzte / Neurologen / Psychiater | 103 | 27 | 130 |
| Neurochirurgen | 7 | 6 | 13 |
| Nuklearmediziner | 11 | 4 | 15 |
| Orthopäden | 121 | 18 | 139 |
| davon Rheumatologen | 6 | 7 | 13 |
| Pathologen | 17 | 0 | 17 |
| Psychotherapeuten - ärztlich | 39 | 6 | 45 |
| Psychotherapeuten - psychologisch | 177 | 6 | 183 |
| Radiologen / Diagnostische Radiologie | 69 | 27 | 96 |
| Urologen | 68 | 8 | 76 |
| Übrige Arztgruppen | 18 | 7 | 25 |
| Summe | 3341 | 378 | 3719 |

8.5 Zusatzweiterbildungen (Stand: 31. Dezember 2007)

Die Sicherstellung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung umfasst alle Facharztgebiete und Weiterbildungsbereiche (einschließlich psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Für die KV Brandenburg stellt sich dies wie folgt dar.

| Bezeichnung | Vertrags- ärzte | Ermächti- gungen | Summe |
|---|--------------------|---------------------|-------|
| Ärztliches Qualitätsmanagement | 2 | 0 | 2 |
| Akupunktur | 73 | 2 | 75 |
| Allergologie | 86 | 9 | 95 |
| Andrologie | 4 | 0 | 4 |
| Betriebsmedizin | 24 | 0 | 24 |
| Dermatohistologie | 0 | 0 | 0 |
| Diabetologie | 8 | 0 | 8 |
| Flugmedizin | 5 | 0 | 5 |
| Geriatric | 0 | 0 | 0 |
| Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie | 0 | 0 | 0 |
| Hämostaseologie | 1 | 0 | 1 |
| Handchirurgie | 6 | 3 | 9 |
| Homöopathie | 37 | 0 | 37 |
| Infektiologie | 0 | 0 | 0 |
| Intensivmedizin | 0 | 1 | 1 |
| Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie | 2 | 0 | 2 |
| Kinder-Gastroenterologie | 0 | 1 | 1 |
| Kinder-Nephrologie | 0 | 0 | 0 |
| Kinder-Orthopädie | 1 | 2 | 3 |
| Kinder-Pneumologie | 3 | 5 | 8 |
| Kinder-Rheumatologie | 2 | 3 | 5 |
| Labordiagnostik-fachgebunden | 0 | 0 | 0 |
| Magnetresonanztomographie-fachgebunden | 0 | 0 | 0 |
| Manuelle Medizin/Chirotherapie | 238 | 10 | 248 |
| Medikamentöse Tumortherapie | 1 | 0 | 1 |
| Medizinische Informatik | 1 | 1 | 2 |
| Naturheilverfahren | 135 | 0 | 135 |
| Notfallmedizin | 9 | 5 | 14 |
| Orthopädische Rheumatologie | 0 | 0 | 0 |
| Palliativmedizin | 7 | 1 | 8 |
| Phlebologie | 16 | 7 | 23 |
| Physikalische Therapie | 43 | 5 | 48 |
| Plastische Operationen | 4 | 8 | 12 |
| Proktologie | 2 | 1 | 3 |
| Psychoanalyse | 6 | 5 | 11 |
| Psychotherapie | 78 | 6 | 84 |
| Schlafmedizin | 3 | 1 | 4 |
| Sozialmedizin | 7 | 2 | 9 |
| Spezielle Orthopädische Chirurgie | 0 | 0 | 0 |
| Spezielle Schmerztherapie | 22 | 3 | 25 |
| Spezielle Unfallchirurgie | 1 | 0 | 1 |
| Sportmedizin | 57 | 2 | 59 |
| Suchtmedizinische Grundversorgung | 1 | 0 | 1 |
| Tropenmedizin | 2 | 2 | 4 |
| Umweltmedizin | 20 | 1 | 21 |

8.6 Glossar

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 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

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

Benchmarking: Konzept zum Vergleich bestimmter Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse (benchmarks = Höhenmarken) und damit zum Streben nach Exzellenz. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Patientenzufriedenheit etc. sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse.

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

DIN EN ISO 9000:2000 ff: Diese internationale, erstmals Ende der Achtzigerjahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen). DIN EN ISO 9000:2000 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2000 legt Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2000 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen. Die Qualität des Produkts beziehungsweise der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in DIN EN ISO 9001:2000 festgelegten Standards nachgewiesen werden können beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungs- beziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

Disease-Management-Programme: Eine sektorübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientenpopulationen mit speziellen Risiko-Konstellationen richtet und deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien sowie durch die Eigeninitiative von Patienten soll eine Verbesserung des Outcomes (relative Wirksamkeit) 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.

EFQM: European Foundation for Quality Management. 1988 gegründete Stiftung führender europäischer Unternehmen zur Förderung des Qualitätsmanagements, unter anderem durch den European Quality Award. Das EFQM-Modell für Exzellenz ist Grundlage eines strukturierten Assessment-Verfahrens zur (Selbst-)Analyse von Stärken und Verbesserungspotenzialen in einer Organisation und deren Bewertung in einem gewichteten Kriterienmodell.

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

Ergebnisqualität: Beurteilung der Güte der Behandlung konzentriert sich auf die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie Verbesserung des Gesundheitszustandes, Heilung von Erkrankungen, Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Sie wird auch definiert als Veränderung des Gesundheitszustandes eines Patienten beziehungsweise einer Bevölkerungsgruppe aufgrund bestimmbarer therapeutischer oder diagnostischer Maßnahmen beziehungsweise Interventionen in den Versorgungsabläufen. Siehe auch Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität.

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 etc.) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

Evidenzbasierte Medizin (EbM): Methode, bei der Entscheidung in der individuellen Versorgung von Patienten die beste zur Verfügung stehende Evidenz (wissenschaftliche Erkenntnis) gewissenhaft, ausdrücklich und vernünftig zu nutzen. EbM ist die Synthese von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer

Forschung. 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.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der sich paritätisch aus Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV zusammensetzt. Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit.

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. Feedback-Systeme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, der Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme.

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

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 für Leistungen der invasiven Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Koloskopien und für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen, und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Da mit der Festlegung einer Frequenz versucht wird, Erfahrungswissen zu operationalisieren, können die Grenzwerte oft nicht nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin eindeutig festgelegt werden, sondern sind konsensusgestützte Werte. Siehe auch Mindestmengen.

Health Technology Assessment (HTA): Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikationen, sowohl in absoluter Betrachtung als auch im Vergleich zu anderen damit konkurrierenden Verfahren. 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 den Darmspiegelungen erfolgt zweimal im Jahr durch ein von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

Indikation: Grund zur Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme im Kontext des jeweiligen Krankheitsgeschehens. Die korrekte Indikation und deren nachvollziehbare Dokumentation in der Patientenakte sind Ziel und Grundlage jeglicher Qualitätssicherung in der Medizin.

ISO: Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist DIN. Die Länder der Europäischen Union müssen ISO-Normen übernehmen, wenn das Europäische Normierungskomitee (CEN) ebenfalls ISO-Normen übernimmt.

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Gemeinsame Kommission für die Akkreditierung von Organisationen des Gesundheitswesens) in den USA. Eine private Vereinigung ohne Gewinnzweck, die Regeln für den Betrieb von Gesundheitseinrichtungen erlässt, Umfragen durchführt und Akkreditierungen vornimmt.

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.

Kontinuierliche Fortbildung: Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung enthalten auch viele bundeseinheitliche sowie regionale Verträge Vorgaben zur Fortbildung. Nur Vertragsärzte, die diesen Verpflichtungen nachkommen, dürfen an den Verträgen teilnehmen. Eine solche Verpflichtung ist zum Beispiel Bestandteil der Schmerztherapievereinbarung und der Onkologievereinbarung. Siehe auch Qualitätszirkel.

KTQ®: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Ein 1997 zunächst von der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen initiiertes, später unter Mitwirkung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und aller gesetzlichen Krankenkassen entwickeltes Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, Arztpraxen und Reha-Einrichtungen, das sich an das erprobte Verfahren der JCAHO anlehnt.

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, in nationales Recht verbindlich umsetzt. Mit dem MPG sind die EU-Richtlinien für aktive implantierbare Geräte, für Medikalprodukte und In-vitro-Diagnostika in nationales Recht verbindlich überführt.

Mindestmengen: Indikator, der die Anzahl der in einem Zeitraum erbrachten Leistungen beschreibt und in § 137 SGB V für die Zulassung zur Erbringung von Leistungen vorgeschrieben ist. Siehe auch Frequenzregelungen.

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

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

Plausibilitätskontrolle: 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 ebenso von den Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich bei mindestens zwei Prozent aller Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten hinsichtlich ihrer Honorarabrechnungen und Zeitprofile durchgeführt.

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

Prozessqualität: Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, der alle medizinischen Aktivitäten unter Einbeziehung der interpersonellen und interaktionalen Faktoren umfasst. Hierzu gehören Art und Weise der Diagnostik und Therapie, zum Beispiel der Medikamentenverordnung, aber auch der Gesprächsführung, der Anamneseerhebung, Rechtzeitigkeit und Angemessenheit. Beeinflusst wird der Behandlungsprozess unter anderem durch die Persönlichkeit und Einstellung von Arzt und Patient und durch die Wechselwirkung zwischen beiden, aber auch durch gesellschaftliche und ethische Gesichtspunkte. Siehe auch Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität.

Qualität: Nach der DIN EN ISO 8402 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ definiert. Diese abstrakte Definition wurde von Prof. Wilhelm von 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.

Qualitätsindikator: „Quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten.“ (JCAHO) Qualitätsindikatoren bilden die Qualität einer Einheit durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt ab. Man kann sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen beziehungsweise Qualitätskennzahlen bezeichnen. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu verwendet man definierte Ausprägungen des Indikators, den sogenannten Referenzwert oder Referenzbereich. Qualitätsindikatoren sind struktur-, prozess- und/oder ergebnisbezogen. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen.

Qualitätsmanagement: Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die

Qualitätsverbesserung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Gesetzgebung.

Qualitätssicherung: Unter Qualitätssicherung als Synonym für Qualitätszusicherung sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Versicherten und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen dahingehend schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff Qualitätssicherung bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Traditionell wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter externer Qualitätssicherung werden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Dies ist für den ambulanten Bereich in der Hauptsache in den Disease-Management-Programmen umgesetzt. Insgesamt existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung, siehe auch Kapitel 3.

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

Qualitätsmanagement-System (QM-System): Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich ihrer Qualität. Das beinhaltet die zur Verfügungstellung der für die Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel. Bei der Gestaltung ihrer QM-Systeme sind die Organisationen grundsätzlich frei.

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.

QEP®: Das Konzept „Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®“ ist ein von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung von Qualitätsmanagement in Arztpraxen. Es ermöglicht niedergelassenen Ärzten, ein umfassendes Qualitätsmanagement auf der Basis eines Manuals einzuführen und es von einer Zertifizierungsstelle begutachten zu lassen.

Reliabilität: 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 ziehen.

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

Standard: Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. Allgemein werden Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau hierunter 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: Strukturqualität definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter sowie über die Praxisorganisation. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in den geltenden Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen. Siehe auch Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität.

Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität: 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. Er unterscheidet Struktur, Prozess und Ergebnis wie folgt: „Structure describes the physical, organizational, and other characteristics of the system that provides care and of its environment. Process is what is done in caring for patients. Outcome is what is achieved, an improvement usually in health but also in attitudes, knowledge, and behaviour conducive to future health.“ Damit umfasst

> Strukturqualität die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschließlich der Zugangsmöglichkeiten für die Patienten

> Prozessqualität alle medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen

> Ergebnisqualität die dem medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen.

Siehe auch Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Validität: Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium zur Bestimmung der Qualität einer empirischen Untersuchung.

Zusammen mit den Kriterien der Reliabilität beziehungsweise der Objektivität können Aussagen zur Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

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

Wirksamkeit: Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden

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

Ergänzter und modifizierter Auszug aus dem Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2007, weitere Quellenangaben siehe dort.

8.7 Quellen

- > Internetauftritte und Qualitätsberichte der KVen
- > Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Tätigkeitsbericht 2006
- > Brenner H, Hoffmeister M et al. Risk of progression of advanced adenomas to colorectal cancer by age and sex: estimates based on 840,149 screening colonoscopies. Gut published online 25 Jun 2007; doi:10.1136/gut.2007.122739
- > Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 4. Auflage 2007
- > Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV. 10/2004
- > Marshall MN, Roland MO et al. Measuring General Practice: a demonstration project to develop and test a set of primary care clinical indicators. RAND The Nuffield Trust 2003
- > Rex DK. Still photography versus videotaping for documentation of cecal intubation: a prospective study. Gastrointest Endosc 2000;51:451–9