



■ Qualitätsbericht 2009

■ Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

<b>1. Zusammenfassung</b>	<b>2</b>		
<b>2. Einführung</b>	<b>4</b>		
2.1 Gesetzliche Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung	4		
2.1.1 Entwicklung der Qualitätssicherungs- Richtlinien und -Vereinbarungen seit 1990	6		
2.2 Qualitätssicherung der KV Nordrhein	7		
<b>3. Genehmigungsbereiche von A-Z</b>	<b>10</b>		
3.1 Aids	10		
3.2 Akupunktur	10		
3.3 Ambulantes Operieren	11		
3.4 Arthroskopische Untersuchungen	11		
3.5 Chirotherapie	12		
3.6 DMP-Brustkrebs	12		
3.7 DMP-Diabetes mellitus Typ 2	13		
3.8 DMP-Diabetes mellitus Typ 1	13		
3.9 DMP-Asthma bronchiale	14		
3.10 DMP-COPD	14		
3.11 DMP-Koronare Herzkrankheit (KHK)	15		
3.12 Diabetischer Fuß	16		
3.13 Dialyse	16		
3.14 Hausarztverträge	17		
3.15 Hautkrebs-Screening	17		
3.16 Herzschrittmacherkontrollen	18		
3.17 Homöopathie	18		
3.18 Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis	19		
3.19 LDL-Apherese	19		
3.20 Invasive Kardiologie	20		
3.21 Kataraktoperationen	21		
3.22 Kernspintomographie	22		
3.23 Koloskopie	23		
3.24 Laboratoriumsuntersuchungen	23		
3.25 Langzeit-EKG-Untersuchungen	24		
3.26 Mammographie	25		
3.26.1 Fallsammlung Mammographie	25		
3.27 Medizinische Rehabilitation	26		
3.28 Methadon-Substitution	26		
3.29 MR-Angiographie	27		
3.30 Netzhaut- und Glaskörperchirurgie (vitreo-retinale Chirurgie)	27		
3.31 Onkologie	28		
3.32 Otoakustische Emissionen	29		
3.33 Palliativmedizin	29		
3.34 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)	30		
3.35 Phototherapeutische Keratektomie	30		
3.36 Prävention Kinder	31		
3.37 Schlafapnoe	31		
3.38 Schmerztherapie	32		
3.39 Sozialpsychiatrie	32		
3.40 Soziotherapie	33		
3.41 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	33		
3.42 Strahlendiagnostik und -therapie	34		
3.43 Ultraschall	36		
3.44 Zytologie	36		
<b>4. Entwicklungen</b>	<b>37</b>		
4.1 Mammographie-Screening	37		
4.1.1 Mammographie-Screening Organisationsstruktur in Nordrhein	37		
4.1.2 Zusammensetzung Team je SE 2008	38		
4.1.3 Musterablauf: Mammographie-Screening	42		
4.1.4 Mammographie-Screening: Gute Zusammenarbeit hilft den Patientinnen	43		
4.2 Bericht einer Qualitätssicherungskommission – Dialyse	45		
4.3 Therapien bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD)	47		
4.4 Qualitätszirkelarbeit in Nordrhein	49		
4.5 Qualität bei der Versorgung von Kindern: Krankheiten erkennen und Gesundheit stärken	51		
4.5.1 Kinder-Richtlinien	51		
4.5.2 Weiterentwicklung der Kinder-Untersuchungen	53		
4.5.3 Erweiterung von qualitätssichernden Maßnahmen	54		
4.5.4 Soziale Aspekte der Kinder-Gesundheit	57		
4.6 Fortbildung bürgt für Qualität	60		
<b>5. Zahlen und Daten der KV Nordrhein</b>	<b>61</b>		
5.1 Aufgaben und Ausrichtung der KV Nordrhein	61		
5.2 Struktur der Mitglieder der KV Nordrhein	62		
<b>6. Glossar</b>	<b>63</b>		



■ Editorial

## Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen den diesjährigen Qualitätsbericht der KV Nordrhein zu präsentieren. Wir hoffen, dass Sie viel Neues erfahren und sind für Anregungen jederzeit dankbar.

Ganz aktuell ist derzeit das ab Januar 2010 gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsmanagement (QM) für alle Arztpraxen. Hier haben sich fast ein Drittel der niedergelassenen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein für qu.no, das QM-System der KV Nordrhein, entschieden. Dies ergab eine Stichprobenprüfung, die die KV Nordrhein bereits im Januar 2009 durchgeführt hat. Ab 2010 gilt die Phase der Selbstüberprüfung. Dabei können Ärzte und Psychotherapeuten testen, ob ihr QM funktioniert, zum Beispiel mittels Patientenbefragungen. Bis Ende des Jahres 2010 sollen die Praxen dieses Kapitel der Selbstprüfung absolviert haben.

Bis 30. Juni 2009 mussten Vertragsärzte, die seit Juli fünf Jahren niedergelassen sind, zudem nachweisen, dass sie sich in dieser Zeit ausreichend fortgebildet haben. Der gesetzlichen Regelung kommen in Nordrhein fast hundert Prozent der Mediziner nach – ein erfreuliches Ergebnis.

In der vorliegenden Ausgabe des Qualitätsberichts finden Sie eine detaillierte Über-

sicht zu vertragsärztlichen Genehmigungsbereichen bezogen auf das Berichtsjahr 2008 sowie eine Beschreibung von neueren Entwicklungen im Bereich Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung.

Die Zweiteilung des Berichtes in eine Druckversion mit den wesentlichen Neuerungen und Hintergrundinformationen zu ausgesuchten Themen und in eine elektronische Form mit den Standarddaten haben wir aus dem vergangenen Jahr fortgeführt. Hierzu finden Sie im Heft eine CD. Sie können den gesamten Bericht auch im Internet ([www.kvno.de](http://www.kvno.de)) einsehen und herunterladen.

Wir möchten uns gleichzeitig als Vorstand der KV Nordrhein von Ihnen verabschieden, denn unser Arbeitsverhältnis endet mit Ende des Jahres 2009.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr KV-Vorstand

Dr. Leonhard Hansen

Dr. Klaus Enderer

## 1. Zusammenfassung

Qualität im ambulanten Versorgungsbereich unterliegt steter Entwicklung. Hierzu gilt es, Qualität nachhaltig zu fördern und zu sichern. Zu den Instrumenten der Qualitätssicherung zählen beispielsweise Rückmeldesysteme, Qualitätsziele, ein Fehler- und Risikomanagement, Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement und auch regelmäßige Qualitätsberichte über dieses Voranschreiten. Die Sicherung der Qualität erfolgt in Richtlinien und Vereinbarungen.

Um ein hohes Maß an Transparenz bei den aktuellen Entwicklungen der qualitätsgesicherten Leistungen der ambulant tätigen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein zu gewährleisten, haben wir die Aufarbeitung unserer Daten standardisiert. Sie finden eine Übersicht der jeweiligen Genehmigungsbereiche der einzelnen Fachdisziplinen in einer Übersicht, die sich auf der beigefügten CD befindet. Den vollständigen Bericht können Sie wie immer auch in Internet einsehen unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de).

Die Auswertung dieser Daten ergibt, dass im Berichtsjahr 2008 insgesamt 70.300 Genehmigungen über alle Bereiche hinweg verzeichnet waren. Gegenüber dem Vorjahr kamen 19.306 neu gewährte Genehmigungen hinzu. 1.241 Anträge wurden abgelehnt und 180 Genehmigungen widerrufen.

Vergleicht man die Jahre 2007 und 2008 miteinander, fällt auf, dass die Anzahl der qualitätsgeprüften Genehmigungen um rund 53 Prozent gestiegen sind. Diese hohe Zahl kommt vorrangig durch Erteilung von Genehmigungen in den folgenden Bereichen zustande: Akupunktur, ambulante Operationen, DMP, Medizinische Rehabilitation, Palliativmedizin, „Prävention Kinder“ und Ultraschall. Die Zahl der Ablehnungen blieb mit 1.241 weitestgehend konstant. Dagegen hat sich die Zahl der Widerrufe mehr als verdoppelt (76 zu 180 Widerrufe). Die meisten Genehmigungen wurden in den Bereichen Ultraschall und Akupunktur widerrufen.

Genehmigungszeitraum	Gesamtzahl Genehmigungen	Neu erteilte Genehmigungen	Ablehnungen	Widerrufe
2004	41.953	9.123	105	19
2005	51.721	9.593	156	62
2006	51.093	11.497	135	65
2007	60.683	10.231	1.034	76
2008	70.300	19.306	1.241	180

In der Druckfassung des Qualitätsberichtes stellen wir zudem ausgewählte aktuelle Themen vor. Es gibt eine erste bundesweite Evaluation zum 2002 eingeführten Mammographie-Screening auch mit Zahlen für NRW. Im Westen sterben 67 von 100.000 Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren an Brustkrebs, im Osten sind es nur 50. Im Jahr 2005 nahmen die ersten Screening-Einheiten in Nordrhein-Westfalen ihre Arbeit auf. Bis zum Jahresbeginn 2009 sind inzwischen alle 94 Screening-Einheiten aktiv, davon zehn in Nordrhein. Sie finden im vorliegenden Bericht auch eine Übersicht zu den Screeningeinheiten in der Region.

Es folgt der Bericht einer Qualitätssicherungskommission (QS-Kommission) zur Dialyse. Vorgaben zu einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Durchführung von Stichprobenprüfungen durch Qualitätssicherungskommissionen.

missionen sind 2006 vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassen worden. Die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren umfasst unter anderem Stichprobenprüfungen durch Qualitätssicherungskommissionen. So hat die nordrheinische QS-Kommission für Dialyse 2008 positiv festgestellt, dass die Zielerreichungsquote bei Hämodialyse und Peritonealdialyse in den Quartalen 3 und 4/2008 in fast allen Richtlinienparametern erheblich besser als der deutschlandweite Durchschnitt ausgefallen ist.

Seit dem 1. August 2001 zählt die Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration mittels Photodynamischer Therapie (PDT) mit Verteporfin zu den ärztlichen Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können. Im Berichtszeitraum 2008 besaßen 46 Ärzte der KV Nordrhein die Genehmigung zur Abrechnung der PDT, 15 Ärzte führten PDT-Behandlungen insgesamt 57 mal durch. Die Qualitätssicherungskommission traf sich drei mal. Dabei wurden die von elf Ärzten erbrachten PDTs einer Qualitätsprüfung unterzogen.

Außerdem erhalten Sie einen kurzen Einblick in die Qualitätszirkelarbeit in Nordrhein. Qualitätszirkel sind für die Haus-, Fachärzte und Psychotherapeuten mittlerweile erster Bestandteil der fachlichen Fortbildung. Mit inzwischen mehr als 1.500 Qualitätszirkeln im Jahr 2008 (ca. 1.200 QZ im Jahr 2005) werden mehr denn je Fachgruppentreffen von etwa 1.500 ausgebildeten Moderatoren geleitet.

Unter dem Kapitel „Qualität bei der Versorgung von Kindern: Krankheiten erkennen und Gesundheit stärken“ werden die derzeitigen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten und neue Ansätze zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie bei Kinder und Jugendliche dargestellt. Hierzu gehören die Früherkennungsuntersuchungen, um mögliche Krankheiten oder Entwicklungsstörungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln sowie die Weiterentwicklung der Kinder-Untersuchungen wie Neugeborenen-Hörtest und sonographisches Screening der Säuglingshüfte.

Aber auch neue Vertragskonzepte zur Versorgung chronisch nierenkranker Kinder und Hilfe für junge ADHS-Betroffene sollen zukünftig spezifische Versorgungsprobleme junger Menschen lösen helfen.

Fälle vernachlässigter, misshandelter und selbst getöteter Kinder in Deutschland hatten Anfang 2007 die NRW-Landesregierung veranlasst, ein „Handlungskonzept für einen besseren und wirksamen Kinderschutz“ zu verabschieden. Bestandteil dieses Konzeptes ist unter anderem die verbindlichere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Diese sozialen Aspekte der Kinder-Gesundheit und die damit verbundenen Handlungserwartungen, Maßnahmen, Resultate und Anregungen werden im Bericht ebenfalls aufgegriffen.

Als ein Instrument, um Qualität in der ärztlichen Berufsausübung zu sichern, kann die regelmäßige Fortbildung genannt werden. Fortbildungen sind seit langem obligatorisch für Ärzte und Psychotherapeuten, die sich in ihrem Fachgebiet sowie allgemeinen medizinischen und technischen Entwicklungen auf dem neuesten Stand bewegen möchten.

Der Gesetzgeber hat zudem im Jahr 2004 eine Nachweispflicht über Fortbildungsmaßnahmen festgeschrieben. In den vergangenen fünf Jahren galt es, 250 vorgeschriebene Fortbildungspunkte zu sammeln. Dass die nordrheinischen Ärzte und Psychotherapeuten ihre Fortbildungs-Hausaufgaben gemacht haben, zeigen die Zahlen.

## 2. Einführung

### 2.1 Gesetzliche Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung

Berufsrecht	Staatliche Normen	KV-Normen
Weiterbildungsordnung Leitlinien der BÄK u.a.	Röntgenverordnung Infektionsschutz-Gesetz Medizinprodukte-Gesetz Medizinprodukte-Betriebsverordnung u.a.	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Vertragliche Normen Richtlinien der KBV Richtlinien der KVen u.a.

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).

## Die wichtigsten Paragraphen des SGB V in diesem Kontext sind:

### § 25 Gesundheitsuntersuchungen

Früherkennungsleistungen, Festlegung unter Qualitäts Gesichtspunkten von Mindestfrequenzen, bedarfsgerechte Festlegung von Planungsräumen (Qualifikation und räumliche Zuordnung)

*Partner der Bundesmantelverträge (KBV, Spitzenverbände KK)*

### § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung, Verpflichtung zur Qualitätssicherung

### § 73 a Strukturverträge

Vereinbarung von besonderen Vergütungs- und Versorgungsstrukturen

*KVen und Krankenkassen*

### § 73 c Besondere ambulante ärztliche Versorgung

Selektivverträge

*KVen, Krankenkassen, Vertragsärzte, Berufsverbände und andere Standesorganisationen. Außerdem Einrichtungen, die besondere ambulante Versorgung anbieten.*

### § 75 Abs. 7 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

### § 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung

Verpflichtung der Ärzte und Psychotherapeuten zur regelmäßigen Fortbildung

*KBV, KVen*

### § 115b Ambulantes Operieren

Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität

*Dreiseitige Verträge KBV/DKG/Spitzenverbände KK*

### § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Definition von Strukturanforderungen (Abs. 2); Definition von sogenannten Kernleistungen (Abs. 1)

*Gemeinsamer Bundesausschuss  
Partner der Bundesmantelverträge (KBV, Spitzenverbände KK)*

### § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung; Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung

### § 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung

Qualitätsprüfungsrichtlinien

*Qualitätsberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen*

### § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

Anforderung an einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsysteme sektorenübergreifende Kriterien für diagnostische und therapeutische Leistungen

*Gemeinsamer Bundesausschuss*

### § 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

Institutsbildung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

*Gemeinsamer Bundesausschuss*

### § 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung  
Regelmäßige Berichte

*Gemeinsamer Bundesausschuss*

### § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

DMP, Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung

*Gemeinsamer Bundesausschuss*

### § 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

HTA (Health Technology Assessment);  
Bewertung evidenzbasierter Leitlinien;  
Empfehlung zu DMP;  
Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln;  
Bürgerinformation

## 2.1.1 Entwicklung der Qualitäts-sicherungs-Richtlinien und -Vereinbarungen seit 1990

1990-2001	2002-2007
1990/1991 Kernspintomographie Spezielle Laborleistungen Psychotherapie Röntgen Ultraschall Zytologie	2002-2003 DMP Brustkrebs DMP Diabetes Typ 2 Katarakt-Vertrag AOK Koloskopie PDT Soziotherapie
1992-1994 Amb. OP Arthroskopie Dialyse Herzschrittmacherkontrollen Langzeit-EKG LDL-Apherese Onkologie Schlafapnoe Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Substitution	2004 DMP KHK Immunapherese Rehabilitation
1995-1998 Amb. OP – Strukturverträge BKK/ IKK Lithotripsie Netzhaut- und Glaskörperchirurgie Otoakustische Emissionen Stressecho-kardiographie	2005 Hausarztverträge PKK/ EKK Mammographie-Screening Sonographie der Säuglingshüfte
1999-2001 Aids-Vereinbarung Amb. OP – Strukturvertrag EKK Invasive Kardiologie Katarakt-Vertrag EKK Kernspin-Mamma Mammographie Umweltmedizin	2006 DMP Asthma/ COPD DMP Diabetes Typ 1 Hautkrebscreening Interventionelle Radiologie Palliativvertrag PKK Qualitätsprüfungsrichtlinie Stichproben
	2007 Akupunktur Amb. OP Zentrumsvertrag Hausarztvertrag BKK Homöopathie-Vertrag Katarakt-Verträge BKK/ IKK Palliativvertrag EKK Prävention U7a/U10 BKK

2008	
U10/U11 AOK Macula-degeneration AOK,BKN, Katarakt Fallpauschale EK,AOK,IKK und BKK Hausarztvertrag IKK BIG Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin IKK BIG Apherese bei isolierter LP(a)-Erhöhung Phototherapeutische Keratektomie	
Akupunktur	Lithotripsie
Amb. OP	Mammographie
Arthroskopie	Mammographie-Screening
Dialyse	MR-Angiographie
DMP Asthma / COPD	Netzhaut- und Glaskörperchirurgie
DMP Brustkrebs	Onkologie
DMP Diabetes Typ 1	Otoakustische Emissionen
DMP Diabetes Typ 2	Palliativvertrag
DMP KHK	PDT
Hausarztverträge	Prävention U7a/ U10 BKK entfällt ab 30.06.08
Hautkrebscreening	Psychotherapie
Herzschrittmacherkontrollen	Qualitätsprüfungsrichtlinie Stichproben
Homöopathie-Vertrag	Rehabilitation
Immunapherese	Röntgen
Interventionelle Radiologie	Schlafapnoe
Invasive Kardiologie	Schmerztherapie
Katarakt-Verträge	Sonographie der Säuglingshüfte
Kernspin-Mamma	Sozialpsychiatrie
Kernspintomographie	Soziotherapie
Koloskopie	Substitution
Laborleistungen	Ultraschall
Langzeit-EKG	Umweltmedizin
LDL-Apherese	Zytologie

2009	
Ultraschallvereinbarung, aktualisiert zum 1.4.2009 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) Makuladegeneration LKK, BKK	
Akupunktur	Lithotripsie
Amb. OP	Makuladegeneration
Apherese bei isolierter LP(a)-Erhöhung	Mammographie
Arthroskopie	Mammographie-Screening
Dialyse	MR-Angiographie
DMP Asthma / COPD	Netzhaut- und Glaskörperchirurgie
DMP Brustkrebs	Onkologie
DMP Diabetes Typ 1	Otoakustische Emissionen
DMP Diabetes Typ 2	Palliativverträge
DMP KHK	PDT
Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin	Phototherapeutische Keratektomie
Hausarztverträge	Präventionsuntersuchungen für Kinder U10/U11 AOK
Hautkrebscreening	Psychotherapie
Herzschrittmacherkontrollen	Qualitätsprüfungsrichtlinie Stichproben
Homöopathie-Vertrag	Rehabilitation
Immunapherese	Röntgen
Interventionelle Radiologie	Schlafapnoe
Invasive Kardiologie	Schmerztherapie
Katarakt Fallpauschale EK,AOK,IKK und BKK	Sonographie der Säuglingshüfte
Katarakt-Verträge	Sozialpsychiatrie
Kernspin-Mamma	Soziotherapie
Kernspintomographie	Substitution
Koloskopie	Ultraschall
Laborleistungen	Umweltmedizin
Langzeit-EKG	Zytologie
LDL-Apherese	



## 2.2 Qualitätssicherung der KV Nordrhein

### Aufgaben der Geschäftsstellen

Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags in der Qualitätssicherung (QS) der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Geschäftsstellen zur Qualitätssicherung eingerichtet.

#### Die Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung sind:

- Prüfung der Einhaltung gesetzlicher und vertraglicher Regelungen, hierzu gehören u. a.:
  - Genehmigung erteilen
  - neue Richtlinien und Vereinbarungen umsetzen
  - Qualität der erbrachten Leistungen durch Stichproben überprüfen
  - Fortbildungsnachweise überprüfen
  - Einführung eines Qualitätsmanagement unterstützen

- Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommission
- Betreuung von Qualitätszirkeln (inklusive Fortbildung der Tutoren und Moderatoren)
- Information und Beratung der Mitglieder in Fragen der Qualitätssicherung
- Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (z. B. KVen, KBV, Ärztekammer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin der KBV und BÄK)

#### Fachabteilung Qualitätssicherung

Bei der KV Nordrhein sind sämtliche Aufgaben rund um die Qualität auf drei Standorte verteilt. Es existiert die Abteilung Qualitätssicherung bei der Hauptstelle und je eine Abteilung bei den beiden Bezirksstellen in Düsseldorf und Köln.

In der Hauptstelle und in den Bezirksstellen sind jeweils circa 20 Mitarbeiter für die Sicherung der Qualität zuständig. Dadurch wird eine dezentrale, für die Mitglieder gut erreichbare Versorgung, Beratung und Unterstützung gewährleistet.

## Qualitätssicherungsbereiche von A – Z je Standort Köln/Düsseldorf

KV-Hauptstelle 33 QS-Bereiche	Bezirksstelle Düsseldorf 28 QS-Bereiche	Bezirksstelle Köln 28 QS-Bereiche
■ Aids-Vereinbarung	■ Chirotherapie	■ Chirotherapie
■ Akupunktur	■ DMP Asthma / COPD	■ DMP Asthma / COPD
■ Ambulantes Operieren	■ DMP Diabetes Typ 2	■ DMP Diabetes Typ 2
■ Arthroskopie	■ Diabetischer Fuß (Nr. 02311 EBM)	■ Diabetischer Fuß (Nr. 02311 EBM)
■ Computertomographie	■ DMP KHK (koronare Herzkrankheit)	■ DMP KHK (koronare Herzkrankheit)
■ Dialyse	■ Hausarztverträge	■ Hausarztverträge
■ DMP Brustkrebs	■ Hautkrebscreening	■ Hautkrebscreening
■ DMP Diabetes Typ 1 und DSP	■ Homöopathie-Vertrag	■ Homöopathie-Vertrag
■ Diabetes Fortbildungsanerkennungen	■ Interventionelle Radiologie	■ Interventionelle Radiologie
■ Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V	■ Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)	■ Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
■ Herzschrittmacherkontrollen	■ Koloskopie	■ Koloskopie
■ Intravitreale Injektion (Behandlung der feuchten Makuladegeneration mittels VEGF-Hemmern, IVI-Verträge)	■ Laboruntersuchungen	■ Laboruntersuchungen
■ Invasive Kardiologie	■ Langzeit-EKG-Untersuchungen	■ Langzeit-EKG-Untersuchungen
■ Kataraktverträge	■ Mammographie (kurativ / Stichprobenprüfungen)	■ Mammographie (kurativ / Stichprobenprüfungen)
■ Kernspintomographie	■ Medizinische Rehabilitation	■ Medizinische Rehabilitation
■ Kernspintomographie der Mamma	■ Otoakustische Emissionen	■ Otoakustische Emissionen
■ LDL- und Immun-Apheresen	■ Palliativvertrag	■ Palliativvertrag
■ Mammographie (kurativ / Anträge und Fallsammlungs-prüfungen)	■ Prävention Kinder (BKK/AOK/IKK)	■ Prävention Kinder (BKK/AOK/IKK)
■ Mammographie-Screening	■ Psychosomatische Grundversorgung	■ Psychosomatische Grundversorgung
■ Methadon-Substitution	■ Psychotherapie	■ Psychotherapie
■ Netzhaut- und Glaskörperchirurgie	■ Radiologie (konventionell)	■ Radiologie (konventionell)
■ Nuklearmedizin	■ Soziotherapie	■ Soziotherapie
■ Onkologie	■ Stoßwellenlithotripsie bei Harnstein (ESWL)	■ Stoßwellenlithotripsie bei Harnstein (ESWL)
■ Photodynamische Therapie (PDT)	■ Übende und suggestive Verfahren	■ Übende und suggestive Verfahren
■ Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	■ Ultraschall-Vereinbarung	■ Ultraschall-Vereinbarung
■ Qualitätsmanagement	■ Anästhesisten (Nebenbetriebsstätten)	■ Anästhesisten (Nebenbetriebsstätten)
■ Qualitätszirkel	■ Säuglingshüfte	■ Säuglingshüfte
■ Radiologie Qualitätssicherung	■ IV-Verträge (Integrierte Versorgung)	■ IV-Verträge (Integrierte Versorgung)
■ nach § 17 a RöV in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Stelle		
■ Schlafapnoe		
■ Schmerztherapie		
■ Strahlentherapie		
■ Sozialpsychiatrie		
■ Zytologie		

Vertragsärztliche Leistungen mit Genehmigungsvorbehalt können nur von den Mitgliedern abgerechnet werden, die von der KV eine Genehmigung dazu erhalten haben. Der Rahmen des Genehmigungsverfahrens ist in den einzelnen Qualitätssicherungsbereichen geregelt.

Zusätzlich werden eine Reihe von Stichprobenprüfungen durchgeführt, wie in den

folgenden Bereichen: Akupunktur, Dialyse, Invasive Kardiologie, Kernspintomographie, Methadon, Photodynamische Therapie (PDT), konventionelle Radiologie, Schmerztherapie.

Unterstützt wird die Abteilung Qualitätssicherung von einer Vielzahl von Qualitätssicherungskommissionen. Deren Aufgabe ist es, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KV in Form von Empfehlungen vorzubereiten.

### Ansprechpartnerinnen

#### Hauptstelle

Abteilungsleiterin

**Miriam Mauss**

Telefon 0211 5970 8060

Telefax 0211 5970 8160 oder -8177

E-Mail [miriam.mauss@kvno.de](mailto:miriam.mauss@kvno.de)

#### Bezirksstelle Düsseldorf

Abteilungsleiterin

**Martina Rathay**

Telefon 0211 5970 8560

Telefax 0211 5970 8574

E-Mail [martina.rathay@kvno.de](mailto:martina.rathay@kvno.de)

#### Bezirksstelle Köln

Abteilungsleiterin

**Roswitha Ackermann**

Telefon 0221 7763 6551

Telefax 0221 7763 6550

E-Mail [roswitha.ackermann@kvno.de](mailto:roswitha.ackermann@kvno.de)

### 3. Genehmigungsbereiche von A-Z

#### 3.1 Aids

An der Aids-Vereinbarung können Vertragsärzte teilnehmen, die eine ausreichende praktische Erfahrung in der Behandlung therapiebedürftiger HIV/Aids-Patienten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben. Die Ärzte sind verpflichtet, an einem Qualitätszirkel sowie regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen. Zum Aufgabengebiet des Arztes gehört ebenfalls die Dokumentation der Erkrankung, des Behandlungsverlaufs und der Therapie.

Aids			
Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vertrag auf Landesebene §§ 1 Abs. 2, 2, Abs. 7 BMV-Ä		
Anmerkung	Vereinbarung mit der AOK Rheinland § 3, den Ersatzkassen § 4 und der Bundesknappschaft § 3 (Anlage)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Beendigungen 2008	Widerrufe 2008
40	3	2	keine

#### 3.2 Akupunktur

Akupunkturleistungen bei chronisch schmerzkranken Patienten können bei zwei zugelassenen Indikationen durchgeführt werden: bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und bei chronischen Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose.

Um die Leistungen durchführen und abrechnen zu können, ist die Genehmigung der KV erforderlich. Folgende fachliche Voraussetzungen müssen dafür nachgewiesen werden:

Zusatzbezeichnung „Akupunktur“ gemäß der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein, 80-stündige Fortbildung zur psychosomatischen Grundversorgung gemäß den Vorgaben des Curriculums der Bundesärztekammer und die Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer. Die Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, die in § 5 und § 6 festgelegten Anforderungen an die Durchführung und an die Dokumentation der Akupunktur zu erfüllen.

Akupunktur			
Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein (2 Stellvertreter)		
Rechtsgrundlage	Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V		
Anmerkung	keine		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
1.157	1.157	3	27

### 3.3 Ambulantes Operieren

Nach dem dreiseitigen Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind Operationen und Anästhesien nach dem Facharztstandard zu erbringen. Bauliche, apparativ-technische, hygienische und personelle Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und werden durch Praxisbegehungen überprüft. Alle ambulant durchgeführten Operationen und Anästhesien sind entsprechend zu dokumentieren, um eine statistische Auswertung zu ermöglichen.

#### Ambulantes Operieren

<b>Kommission</b>	Kommission des Vorstandes: 3 Mitglieder Fachkundige Ärzte nach § 5 Abs. 2 Satz 3 der Vereinbarung wurden benannt		
<b>Rechtsgrundlage</b>	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V		
<b>Anzahl der Teilnehmer</b>	<b>Genehmigungen 2008</b>	<b>Ablehnungen 2008</b>	<b>Widerrufe 2008</b>
3.147	275	keine	keine

### 3.4 Arthroskopische Untersuchungen

Die Durchführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen ist erst möglich, wenn der Arzt zusätzlich zu den in der Vereinbarung zum ambulanten Operieren geforderten Voraussetzungen die fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ erworben hat oder für die arthroskopische Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung berechtigt ist, die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ zu führen. Weitere Behandlungen sind nur unter Nachweis bestimmter Untersuchungszahlen möglich.

#### Arthroskopie

<b>Kommission</b>	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
<b>Rechtsgrundlage</b>	Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)		
<b>Anzahl der Teilnehmer</b>	<b>Genehmigungen 2008</b>	<b>Ablehnungen 2008</b>	<b>Widerrufe 2008</b>
318	40	keine	keine

### 3.5 Chirotherapie

Gezielte chirotherapeutische Eingriffe können an der Wirbelsäule und/oder an den Extremitätengelenken ( 3210, 3211 EBM) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung vom Arzt durchgeführt und abgerechnet werden. Voraussetzung ist der Nachweis einer besonderen fachlichen Qualifikation. Der Vertragsarzt muss die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ haben.

#### Chirotherapie

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Bestimmung des EBM		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
1.191	74	1	keine

### 3.6 DMP-Brustkrebs

Das Disease-Management-Programm (DMP)-Brustkrebs ist am 11.10.2002 in Kraft getreten und hat eine patientinnen- und qualitätsorientierte Begleitung der Frauen durch die an der Behandlung beteiligten Vertragsärzte/ stationären Einrichtungen zum Ziel.

Teilnahmeberechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, welche ein Fortbildungscurriculum „Brustkrebs“ absolviert haben. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich an einem Qualitätszirkel teilzunehmen.

#### DMP-Brustkrebs

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen nach § 137f SGB V		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Beendigungen 2008	Widerrufe/Ablehnungen 2008
942	30	27	keine

### 3.7 DMP–Diabetes mellitus Typ 2

Das Disease-Management-Programm (DMP)-Diabetes mellitus Typ 2 ist zum 01.06.2003 in Kraft getreten und hat die indikationsgesteuerte, systematische Koordinierung der Behandlung von Typ 2 Diabetikern und dadurch die Erhöhung der Lebensqualität dieser Patienten zum Ziel.

Teilnahmeberechtigt für die hausärztliche Versorgungsebene sind Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Teilnahme an einer Fortbildung beim Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung für Diabetes mit und ohne Insulin nachweisen können. Das nichtärztliche Personal muss gleichermaßen geschult sein. Für die Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis ist die Qualifikation des Arztes als Diabetologe DDG sowie die Beschäftigung einer Diabetesberaterin/-assistentin DDG erforderlich. Darüber hinaus besteht eine Bedarfsplanung für die Diabetologischen Schwerpunktpraxen.

#### DMP–Diabetes Typ 2

Kommission	1 Vertreter der KV Nordrhein, 2 Mitglieder aus Schwerpunktpraxen, 2 Mitglieder der koordinierenden Vertragsärzte, 5 Kassenvertreter		
Rechtsgrundlage	Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern gemäß § 137 f SGB V;		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Beendigungen 2008	Widerrufe 2008
Hausärzte: 4600	348	66	28
Schwerpunktpraxen: 153	4	2	keine

### 3.8 DMP–Diabetes mellitus Typ 1

Das Disease-Management-Programm (DMP)-Diabetes mellitus Typ 1 ist zum 01.07.2006 in Kraft getreten und hat die indikationsgesteuerte, systematische Koordinierung der Behandlung von Typ 1 Diabetikern und dadurch die Erhöhung der Lebensqualität dieser Patienten zum Ziel. Teilnahmeberechtigt sind in der Diabetologie besonders qualifizierte Vertragsärzte. Für die Teilnahme als diabetologische Schwerpunktpraxis ist u.a. die Qualifikation des Arztes als Diabetologe DDG sowie die Beschäftigung einer Diabetesberaterin DDG erforderlich. Wie auch für das DMP-Diabetes mellitus Typ 2 besteht für die Diabetologischen Schwerpunktpraxen eine Bedarfsplanung. Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt sind, erfolgt im Rahmen des DMP von diabetologisch qualifizierten Kinderärzten.

#### DMP–Diabetes Typ 1

Kommission	1 Vertreter der KV Nordrhein, 2 Mitglieder aus Schwerpunktpraxen, 2 Mitglieder der koordinierenden Vertragsärzte, 5 Kassenvertreter		
Rechtsgrundlage	Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 1 Diabetikern gemäß § 137 f SGB V		
Anzahl der Teilnehmer 814	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
Hausärzte: 756	79	keine	keine
Schwerpunktpraxen: 163	3	1	keine

### 3.9 DMP–Asthma bronchiale

Das Disease-Management-Programm (DMP)–Asthma bronchiale ist zum 01.06.2006 in Kraft getreten. Es handelt sich um ein strukturiertes Behandlungsprogramm zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma bronchiale. Ziel dieses DMP ist eine indikationsgesteuerte, systematische Koordinierung der Behandlung dieser Patientengruppe. Diese Aufgabe wird von besonders qualifizierten Haus- und Fachärzten wahrgenommen. Die Fachärzte müssen beispielsweise nachweisen, dass sie über eine Zusatzweiterbildung in der Pneumologie verfügen.

#### DMP–Asthma bronchiale

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Asthma bronchiale gemäß § 137 f SGB V		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
4.053	758	keine	keine

### 3.10 DMP–COPD

Das Disease-Management-Programm (DMP)–COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist zum 01.06.2006 in Kraft getreten. Auch hier handelt sich um ein strukturiertes Behandlungsprogramm zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit COPD. Zielsetzung ist gleichfalls die indikationsgesteuerte, systematische Koordinierung der Behandlung dieser Patientengruppe. An dem DMP können besonders qualifizierten Haus- und Fachärzte teilnehmen. Die Fachärzte müssen u.a. nachweisen, dass sie über die Zusatzweiterbildung in der Pneumologie verfügen.

#### DMP–COPD

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit COPD gemäß § 137 f SGB V		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
3.635	678	keine	keine



### 3.11 DMP-Koronare Herzkrankheit (KHK)

Das Disease-Management-Programm (DMP)-Koronare Herzkrankheit ist am 15.08.2008 in Kraft getreten und hat die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Langzeitversorgung der Patienten mit KHK und dadurch die Erhöhung der Lebensqualität dieser Patienten zum Ziel.

Teilnahmeberechtigt für die hausärztliche Versorgungsebene sind Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Praktische Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und sich regelmäßig durch den Besuch von KHK-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen oder die Mitarbeit in einem KHK-spezifischen Qualitätszirkel fortbilden. Für die fachärztliche Versorgungsebene sind Fachärzte für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt „Kardiologie“, die fachärztlich tätig sind, teilnahmeberechtigt.

#### DMP KHK

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten gemäß § 137 f SGB V		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
Hausärzte: 4.822	397	keine	22
Konventionell-kardiologisch tätige Ärzte: 120	6	keine	1
Invasiv-kardiologisch tätige Ärzte: 49	keine	keine	keine

### 3.12 Diabetischer Fuß

Die Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß kann nur durch Vertragsärzte durchgeführt und abgerechnet werden, die im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung je Quartal mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus behandelt haben und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen können. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung (Nr. 02311) auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

#### Diabetischer Fuß

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Bestimmung des EBM		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
985	116	5	keine

### 3.13 Dialyse

Die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten unterliegt zur Sicherung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung besonderen Versorgungsaufträgen, die nach Art und Schwere der Nierenerkrankung gestaffelt, unterschiedliche Anforderungen voraussetzen. Zur Durchführung und Abrechnung von Dialyseleistungen sind Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ berechtigt. Für den Bereich der Kinderdialyse wird die Gebietsbezeichnung Kinderheilkunde sowie eine kindernephrologische Qualifikation gefordert, die anhand von Zeugnissen und im Rahmen eines Kolloquiums nachzuweisen ist. Der Versorgungsauftrag kann jedoch nur erteilt werden, wenn die kontinuierliche wirtschaftliche Versorgungsstruktur für die projektierte Dialysepraxis gewährleistet ist und/oder der Arzt nach dem sog. Arzt-Patienten-Schlüssel erforderlich ist.

#### Dialyse

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein, 1 KfH-Vertreter und 2 MDK-Vertreter		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
201	21	2	keine

### 3.14 Hausarztverträge

Die KV Nordrhein hat mit den Ersatzkassen und den Primärkassen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen. Eine intensivere Betreuung durch den Hausarzt sichert die Behandlungsqualität. Denn der Hausarzt kümmert sich vor allem darum, diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen zu koordinieren sowie präventive Leistungen einzuleiten oder durchzuführen und wenn nötig, Versicherte auf die Teilnahme an Disease-Management-Programmen hinzuweisen. Die Versicherten verpflichten sich, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen (Augen- und Frauenärzte sind ausgenommen). Dafür können die Betriebskrankenkassen den Teilnehmern dieses Vertrages die Praxisgebühr erlassen.

#### Hausarztverträge

Kommission	keine	
Rechtsgrundlage	§ 73 B SGB V i.V.m. §§ 140 a ff. SGB V	
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen EKK 2008:	Genehmigungen PKK 2008:
4.224	721	4.111

### 3.15 Hautkrebs-Screening

Zum 01.07.2008 wurde das Hautkrebs-Screening als Früherkennungsuntersuchung in den EBM aufgenommen. Alle GKV-Versicherten haben ab dem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf diese Untersuchung. Das Screening kann von qualifizierten Haus- und Hautärzten (gemäß der GBA-Richtlinie) durchgeführt werden.

Für die Teilnahme an der Richtlinie müssen die Vertragsärzte u.a. den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem von der KV zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm vorlegen.

#### Hautkrebs-Screening

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
3.943	3.670	keine	keine

### 3.16 Herzschrittmacherkontrollen

Untersuchungen zur Herzschrittmacherkontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die die geforderte persönliche Qualifikation erfüllen sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen besitzen. Qualifiziert ist ein Arzt, der entweder berechtigt ist, die Teilgebetsbezeichnung „Kardiologie“ zu führen oder eine bestimmte Anzahl von Untersuchungen zur Herzschrittmacherkontrolle nachgewiesen hat.

#### Herzschrittmacherkontrollen

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
308	21	keine	keine

### 3.17 Homöopathie

Die Verträge mit den Krankenkassen beinhalten die Behandlung mit klassischer Homöopathie bestehend aus spezifisch-ärztlich homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Teilnahmeberechtigt sind niedergelassene Vertragsärzte mit der Berechtigung zur Führung der Zusatz-Bezeichnung und/oder Zusatzweiterbildung „Homöopathie“. Die Vertragsärzte sind u.a. zur regelmäßigen Teilnahme (mind. 4x im Jahr) an anerkannten homöopathischen Fortbildungen oder Qualitätszirkeln verpflichtet.

#### Vereinbarung mit klassischer Homöopathie

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag zu Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag nach § 73 c SGB V		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
132	11	keine	keine

### 3.18 Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

Neben der Überprüfung der fachlichen Qualifikation des Arztes ist nach der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung zu den Apheresen“ in jedem Einzelfall auch eine Beratung hinsichtlich der Indikationsstellung bei dem jeweiligen Patienten durch die zuständige Beratungskommission vorgeschrieben. Der Indikationsstellung hat eine ergänzende ärztliche Beurteilung des Patienten durch einen Internisten oder Orthopäden voranzugehen, der den Schwerpunkt „Rheumatologie“ führt. Erst nachdem die Kommission ein positives Votum abgegeben hat und die leistungspflichtige Krankenkasse dem Versicherten einen Leistungsbescheid erteilt hat, kann die Apherese auf Kosten der GKV durchgeführt werden. Diese Genehmigung umfasst 12 Immunapheresen. Bei Fortbestehen der Behandlungsindikation ist jede Wiederholung des Behandlungszyklus von einer erneuten Befürwortung der Beratungskommission und einer erneuten Genehmigung durch die leistungspflichtige Krankenkasse abhängig.

#### Immunapherese

Kommission	4 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V; Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zu den Apheresen		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
Ärzte: 67	4	1	keine
Patienten: 29	keine	keine	keine

### 3.19 LDL-Apherese

Neben der Überprüfung der fachlichen Qualifikation des Arztes ist nach der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung zu den Apheresen“ in jedem Einzelfall auch eine Beratung hinsichtlich der Indikationsstellung bei dem jeweiligen Patienten durch die zuständige Beratungskommission vorgeschrieben. Dabei ist das Gesamt-Risikoprofil einschließlich familiärer Anamnese und eventuell vorliegender Begleiterkrankungen des Patienten zu berücksichtigen. Erst nachdem die Kommission ein positives Votum abgegeben hat und die leistungspflichtige Krankenkasse dem Versicherten einen Leistungsbescheid erteilt hat, kann die Apherese auf Kosten der GKV durchgeführt werden. Diese patientenbezogenen Genehmigungen müssen jährlich überprüft und erneuert werden.

#### LDL-Apherese

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V; Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zu den Apheresen		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
Ärzte: 106	4	1	keine
Patienten: 378	155	12	keine

### 3.20 Invasive Kardiologie

Die Vereinbarung zur Invasiven Kardiologie regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Katheterisierungen (Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen). Die Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen ist an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gekoppelt.

#### Invasive Kardiologie

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
74	5	keine	keine

1. Diagnostische Katheterisierung	mind 150 diag. Katheterisierungen						
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen durchgeführter diagnostischer Katheterisierungen	kein Nw.	< 100	100-129	130-149	150-169	170-199	> 199
	0	19	2	2	4	0	0
Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte)	23						
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	wegen Nichterreichen der Mindestzahl			aus sonstigen Gründen			
	2			0			
davon Ärzte mit Kathetermessplatz in eigener Praxis und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0						
2. Therapeutische Katheterisierung	mind 150 diag, davon 50 therapeutische Katheterisierungen						
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen insgesamt durchgeführter Katheterisierungen	kein Nw.	< 100	100-129	130-149	150-169	170-199	> 199
	0	28	1	0	5	4	9
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen durchgeführter therapeutischer Katheterisierungen	kein Nw.	< 33	33-42	43-49	50-56	57-66	> 66
	0	30	2	2	3	5	5
Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte)	34						
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	wg. Nichterreichen Mindestzahl			sonst. Gründe			
	gesamt	gesamt + Therap.		therap.			
	0	0		0	0		
davon Ärzte mit Kathetermessplatz in eigener Praxis und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0						

### 3.21 Kataraktoperationen

An den Verträgen zur Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein können Augenärzte teilnehmen, die innerhalb von vier Quartalen vor Antragstellung mindestens 100 Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben. Darüber hinaus müssen diese Ärzte über eine Genehmigung zum Ambulanten Operieren und eine entsprechende Ultraschall-Genehmigung verfügen. Die Ärzte müssen ebenfalls eine Hygienezertifizierung für ihre Praxis nachweisen.

#### Kataraktoperationen

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag nach § 73 c SGB V über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung mit der AOK		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
110	2	5	keine

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag nach § 73 c SGB V über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung mit den Betriebskrankenkassen		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
113	keine	5	keine

#### Kataraktoperationen

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag nach § 73 c SGB V über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung mit den nordrheinischen Ersatzkassen		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
108	1	5	keine

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag nach § 73 c SGB V über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung mit den Innungskrankenkassen		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
113	keine	5	keine

## 3.22 Kernspintomographie

In der Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie werden u. a. die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt.

Danach kann ein Arzt allgemeine kernspintomographische Leistungen ausführen und abrechnen, wenn er zum Führen der Gebietsbezeichnung Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin, Kinderradiologie oder Neuroradiologie berechtigt ist oder u. a. den Nachweis einer 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik mit einer bestimmten Anzahl von Untersuchungen in den einzelnen Gebieten nachweisen kann.

Die fachliche Befähigung zur Durchführung der Magnetresonanz-Mammographie ist zwingend in einem Kolloquium nachzuweisen. Die Genehmigung ist zusätzlich an die Erbringung einer bestimmten Anzahl dieser Leistung pro Jahr gebunden.

### Kernspintomographie (allgemein)

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
318	109	keine	keine

### Kernspintomographie der Mamma

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
27	6	keine	keine



### 3.23 Koloskopie

Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie (einschließlich der ggf. erforderlichen Polypektomien) in der vertragsärztlichen Versorgung.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung ist die Erbringung einer Mindestfallzahl innerhalb eines Jahres erforderlich. Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden halbjährlich geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskopie durchgeführt.

Sind die in der Koloskopievereinbarung geforderten Qualitätsstandards erfüllt, stellt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein der Praxis ein Zertifikat aus. Das Zertifikat ist gültig bis zur nächsten turnusmäßigen Hygieneüberprüfung der Praxis. Die qualitätsgesicherte Koloskopie kann somit gegenüber Dritten sichtbar gemacht werden.

#### Koloskopie

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein			
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie)			
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008 kurativ	Genehmigungen 2008 präventiv und kurativ	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
256	1	12	3	1

### 3.24 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung spezieller laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Erstantrag außer für die explizit im Anhang zu Abschnitt E genannten Ärzte obligatorisch. Dem Antrag sind erforderliche Zeugnisse und Bescheinigungen sowie ggf. ein Fachkundenachweis für Laboruntersuchungen beizulegen.

#### Labor

Kommission	5 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V ; § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der KBV für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
1.940	78	47	1

### 3.25 Langzeit-EKG-Untersuchungen

Die Durchführung der Langzeit-EKG-Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit, auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Diese Befähigung gilt durch die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ oder durch den Nachweis über die selbständige Durchführung und Auswertung von mind. 100 Langzeit-EKG Untersuchungen als nachgewiesen. Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen wird die Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers bzgl. der geforderten Parameter verlangt.

#### Langzeit-EKG-Untersuchungen

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiologischen Untersuchungen		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
3.784	277	keine	keine

## 3.26 Mammographie

Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung beantragen, müssen erfolgreich an der Beurteilung einer Prüfsammlung teilgenommen haben. Nach erfolgreicher Beurteilung dieser Überprüfung erfolgt eine jährliche Selbstüberprüfung. Des Weiteren findet eine regelmäßige Überprüfung der Dokumentationen statt.

### Mammographie

Kommission	4 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
312	86	keine	keine

### 3.26.1 Fallsammlung Mammographie

	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Abschnitt C § 6 (Fallsammlung)	23	keine
- davon bestanden	19	keine
- davon nicht bestanden	4	keine
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Abschnitt D § 10 (Fallsammlung) teilgenommen haben	10	
Anzahl Ärzte, die die Fallsammlung nach Abschnitt C bestanden haben, sich aber nicht innerhalb von 24 Monaten zur Selbstüberprüfung nach Abschnitt D angemeldet haben	keine	

### 3.27 Medizinische Rehabilitation

Diese Vereinbarung dient der Sicherung der Strukturqualität nach § 135 Abs. 2 SGB V bei der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie regelt die fachlichen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Insbesondere werden die Anforderungen an die Qualifikation des Leiters und der Referenten sowie an Inhalte und Umfang (Curriculum) der Fortbildung gemäß § 11 Abs. 2 5. Spiegelstrich der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V festgelegt.

#### Medizinische Rehabilitation

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
2.277	944	keine	keine

### 3.28 Methadon-Substitution

Die Methadon-Genehmigung beinhaltet in der Regel die Substitution von bis zu 50 Patienten. Ferner besteht die Möglichkeit, bis zu 3 Patienten im Rahmen der Konsiliarregelung ohne Fachkundenachweis zu substituieren. Pro Quartal werden von 2 % der abgerechneten Behandlungsfälle die patientenbezogenen Dokumentationen mit den entsprechenden Therapiekonzepten überprüft. Insgesamt wurden im Jahr 2008 493 Patientendokumentationen überprüft. Davon erhielten 434 eine gute Bewertung und 59 eine schlechte. Die Qualität der Stichproben ist damit als äußerst zufrieden stellend zu beurteilen.

#### Methadon

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein, davon 2 praktische Ärzte und 1 Psychiater und 3 Vertreter der Krankenkassenverbände		
Rechtsgrundlage	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), Anlage A Nummer 2		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
Ärzte insgesamt: Patienten insgesamt: 9192	431	keine	1

### 3.29 MR-Angiographie

In der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie werden u. a. die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die MR-Angiographie geregelt. Danach kann ein Arzt MR-Angiographien ausführen und abrechnen, wenn er zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie berechtigt ist und den Nachweis einer 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik sowie die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 MR-Angiographien unter Anleitung eines zur Weiterbildung in der Radiologie ermächtigten Arztes innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung nachweisen kann. Von den nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mindestens jeweils 20 Prozent mit der TOF-, der PC- und der CE-Technik erstellt worden sein.

#### MR-Angiographie

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
236	215	1	keine

### 3.30 Netzhaut- und Glaskörperchirurgie (vitreoretinale Chirurgie)

Ziel der „Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung ambulant durchgeführter netzhaut- und glaskörperchirurgischer Eingriffe“ ist die Etablierung einer qualifizierten und qualitätsgesicherten ambulanten vitreoretinalen Chirurgie. Die Durchführung und Abrechnung der Operationen nach dieser Vereinbarung setzt zusätzlich zu den in der Vereinbarung zum Ambulanten Operieren beschriebenen Anforderungen voraus, dass der Arzt eine mindestens zweijährige Erfahrung in der selbständigen Durchführung von netzhaut- und glaskörperchirurgischen Operationen nachweisen kann. Darüber hinaus wird eine bestimmte räumliche und apparative Ausstattung gefordert.

#### Vitreoretinale Chirurgie

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag auf Landesebene als Anlage zum Honorarvertrag		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
34	7	keine	keine

### 3.31 Onkologie

Die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung setzt voraus, dass der Arzt die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführt und zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von den notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten kooperiert.

Der Arzt muss nachweisen, dass er im Rahmen einer mindestens 2-jährigen praktischen Tätigkeit während der Weiterbildung oder berufsbegleitend umfangreiche Kenntnisse in der Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen erworben hat. 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, wie die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen von mehreren hundert Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen sowie die Beschäftigung qualifizierten nichtärztlichen Personals. Darüber hinaus besteht eine jährliche Fortbildungspflicht für den Arzt und das nichtärztliche Personal.

Onkologie			
Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkasse; Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung zwischen der KBV und dem VdAK/AEV		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
768	43	1	keine

### 3.32 Otoakustische Emissionen

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. Darüber hinaus muss der Arzt eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorlegen, welche die in der Richtlinie beschriebenen Bedingungen umfasst.

#### Otoakustische Emissionen

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen – Anlage A, Ziffer 5 – vom 10.12.1999, gültig ab 22.03.2000		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
455	23	keine	keine

### 3.33 Palliativmedizin

Bereits zum 1.1.2006 hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein einen Vertrag mit den Primärkassen (AOK-Rheinland/Hamburg, IKK-Nordrhein, LKK-NRW und Knappschaft) zur ambulanten Versorgung von schwerstkranken Menschen in der letzten Lebensphase geschlossen. Das Versorgungskonzept sieht vor, dass Patienten mit einer unheilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung von ihrem Haus- oder behandelnden Facharzt betreut werden. Um an den Vereinbarungen teilnehmen zu können, müssen sich Ärzte zu so genannten multiprofessionellen palliativmedizinischen und -pflegerischen Netzwerken zusammenschließen. Sie können so den Wunsch vieler Patienten verwirklichen, die letzte Lebensphase zu Hause zu verbringen.

#### Palliativmedizin

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung gemäß § 73 c SGB V in Verzahnung zur Vereinbarung über die Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V i.V.m. §§ 140 a ff. SGB V		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Beendigungen 2008	Widerrufe/Ablehnungen 2008
912	1060	14	keine

### 3.34 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)

Ärzte, die über die Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“ verfügen und nachweisen können, dass sie selbständig 200 Fluoreszenzangiographien bereits durchgeführt haben, sind zur Teilnahme an dieser Vereinbarung berechtigt. Zusätzlich müssen die Ärzte aktuell an einem speziellen Kurs teilgenommen haben.

Die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der photodynamischen Therapie ist an die Überprüfung der umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden. Die Erfüllung der apparativen Anforderungen an das für diese Therapie benötigte Lasergerät ist durch entsprechende Unterlagen des Herstellers ebenfalls nachzuweisen.

#### PDT

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Beendigungen 2008	Widerrufe/Ablehnungen 2008
44	keine	keine	keine

### 3.35 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 selbständig 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. Die ärztlichen Dokumentationen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig überprüft.

#### PTK

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur phototherapeutischen Keratektomie (PTK-Vereinbarung)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
23	10	keine	keine



### 3.36 Prävention Kinder

Mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NRW, der BIG Gesundheit – Die Direktkasse, der IKK Nordrhein und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wurden Verträge über die vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte entwickelten Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 vereinbart. An diesen Verträgen können Kinder- und Jugendmediziner, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten teilnehmen.

Teilnahmevoraussetzungen sind u.a. jährlich 25 Zertifizierungspunkte im Fach Pädiatrie, kontinuierliche Teilnahme an einem von KV oder Kammer anerkannten Qualitätszirkel mit pädiatrischer Ausrichtung (vier- bis sechsmal pro Jahr).

#### Prävention Kinder

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung über ein erweitertes Präventionsangebot als Ergänzung zu den Kinderrichtlinien gem. des Gemeinsamen Bundesausschusses		
Anzahl der Teilnehmer gesamt	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
878	758	10	keine

### 3.37 Schlafapnoe

Für die Durchführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe haben die Leistungserbringer eine entsprechende Qualifikation nachzuweisen. Die Qualifikation wird bei Lungenfachärzten und bei Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde (Pneumologie) unterstellt. Eine vergleichbare Qualifikation kann durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nachgewiesen werden. Zusätzlich ist die Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten speziellen Kurs erforderlich.

#### Schlafapnoe

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien), Anlage A Ziffer 3		
Anzahl der Teilnehmer kardiorespiratorische Polygraphie	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
281	33	keine	keine
Anzahl der Teilnehmer kardiorespiratorische Polysomnographie	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
35	6	keine	keine

### 3.38 Schmerztherapie

Zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung muss der Arzt eine 12-monatige Weiterbildung in einer qualifizierten interdisziplinären Fortbildungsstätte durch Zeugnisse oder Bescheinigungen nachweisen. Des Weiteren ist die Genehmigung zur Durchführung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sowie die Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission erforderlich. Der schmerztherapeutisch tätige Arzt hat jährlich an mindestens acht interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilzunehmen und der Kasenärztlichen Vereinigung gegenüber nachzuweisen.

#### Schmerztherapie

Kommission	3 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
133	5	3	1

### 3.39 Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie von Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mind. 2-jähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt werden. Der Arzt muss ein sog. Praxisteam im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) beschäftigen und mit bestimmten komplementären Berufen kooperieren.

#### Sozialpsychiatrie

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Vertrag auf Bundesebene, §§1 Abs. 2, 2 Abs. 7 BMV-Ä; Anlage 11 EKV bzw. vertragliche Regelung auf Landesebene		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
	110	1	keine

### 3.40 Soziotherapie

Die Soziotherapie nach § 37a SGB V soll psychisch Kranken die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen.

Die Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie wird erteilt, wenn der Arzt berechtigt ist, die Gebietsbezeichnung „Psychiatrie“ oder „Nervenheilkunde“ zu führen und belegt, dass er mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur kooperiert.

#### Soziotherapie

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	§ 37a SGB V i. V. m. § 92 Abs.1 S. 2 Nr. 6 SGB V Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Ersatzkassenbereich		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
115	5	1	keine

### 3.41 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt u. a. nachweisen, dass er bereits eine bestimmte Anzahl von Stoßwellenlithotripsien selbstständig durchgeführt hat und eine Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzt. Bei Zweifeln an der fachlichen Qualifikation kann ein Kolloquium durchgeführt werden.

#### Stoßwellenlithotripsie

Kommission	keine		
Rechtsgrundlage	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien), Anlage A, Ziffer 4		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
88	9	keine	keine

### 3.42 Strahlendiagnostik und -therapie

Hinsichtlich der fachlichen Qualifikation wird geprüft, ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden. Wurden die fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, müssen diese in einem Kolloquium nachgewiesen werden.

Darüber hinaus sind die Vorgaben der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung zu erfüllen. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung bzw. Umgangsgenehmigung müssen von allen Antragstellern die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachgewiesen werden.

#### Diagnostische Radiologie

Kommission	7 Mitglieder, 6 Stellvertreter		
Rechtsgrundlage	Qualitätssicherungsvereinbarung zur Genehmigung von Röntgenuntersuchungen nach § 135 Abs. 2 SGB V		
Anmerkungen	Keine		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
3.500	176	3	2

#### Computertomografie

Kommission	4 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
453	142	keine	keine

#### Knochendichtemessung

Kommission	5 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
178	13	keine	keine

... Fortsetzung: 3.42 Strahlendiagnostik und -therapie

## Nuklearmedizin

Kommission	4 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
241	66	keine	keine

## Strahlentherapie (Hochvolt- und Brachytherapie)

Kommission	4 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
84	36	keine	keine

### 3.43 Ultraschall

Die Genehmigung kann für insgesamt 31 Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei 3 Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch die fachliche Qualifikation zwischen Erwachsenen und Kindern. Fachlich qualifiziert sind Ärzte, soweit die Ultraschalldiagnostik Bestandteil der Weiterbildung in dem jeweiligen Fachgebiet gewesen ist oder wenn der Arzt eine ständige oder begleitende Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik oder die Teilnahme an entsprechenden Ultraschallkursen nachweisen kann. Darüber hinaus ist die apparative Ausstattung durch eine Gerätebestätigung der Hersteller-/Lieferfirma nachzuweisen.

#### Ultraschall

Kommission	5 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
10.436	1977	1017	98

### 3.44 Zytologie

Voraussetzung für die Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale ist die Vorlage von Zeugnissen bzw. Fachkundenachweisen in der zytologischen Diagnostik, die im Rahmen der Weiterbildung erworben wurden und die diagnostische Erfahrung in diesem Gebiet belegen. Diese Nachweise müssen Angaben darüber enthalten, worauf sich die Prüfung in der zytologischen Diagnostik nach Art und Umfang erstreckt hat. Kann dies nicht nachgewiesen werden, ist eine Präparateprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (Begutachtung von 20 Präparaten) abzulegen. Dem Arzt stehen dafür 4 Stunden zur Verfügung.

#### Zytologie

Kommission	5 Mitglieder der KV Nordrhein		
Rechtsgrundlage	Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome der weiblichen Genitale		
Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2008	Ablehnungen 2008	Widerrufe 2008
150	150	keine	keine

## 4. Entwicklungen

### 4.1 Mammographie-Screening

Jährlich erkranken über 57.000 Frauen in Deutschland neu an Brustkrebs (RKI 2008); rund 17.500 Frauen sterben jedes Jahr daran. Damit ist das Mammakarzinom der häufigste bösartige Tumor bei Frauen. Internationale Studien haben gezeigt, dass ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken kann.

Der Bundestag beschloss daher im Jahre 2002, ein flächendeckendes und qualitätsgesichertes Mammographie-Screening nach den Europäischen Leitlinien in Deutschland einzuführen. Die entsprechenden Regelungen (Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge) zur Einführung des Screenings in die vertragsärztliche Versorgung sind im Jahre 2004 in Kraft getreten.

Seitdem besteht für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre der Anspruch auf eine Mammographie-Screening-Untersuchung.

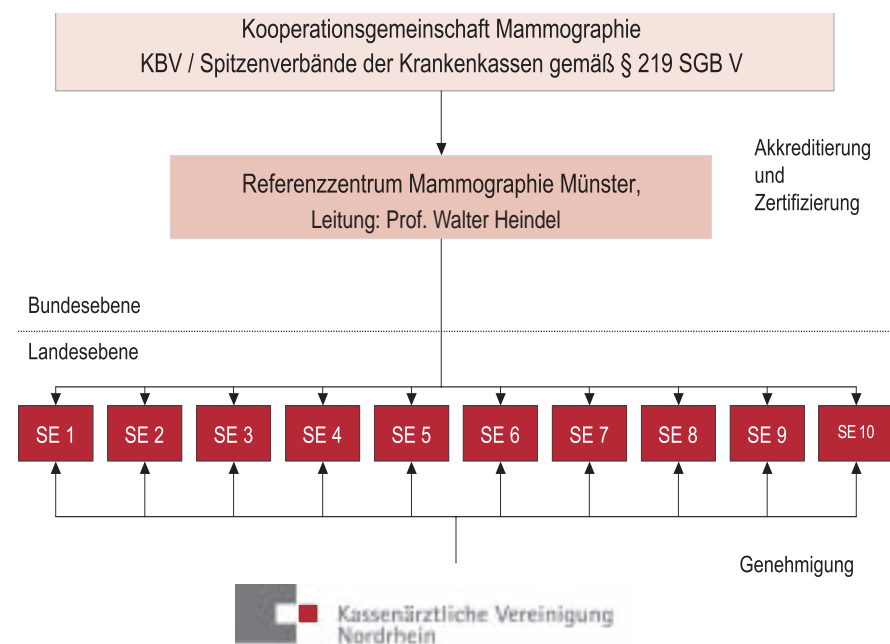
#### Kooperationsgemeinschaft Mammographie

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

#### Referenzzentren

Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie hat fünf Referenzzentren in Berlin, Bremen, Südwest (Marburg), München und Münster errichtet. Als regionale Untergliederungen der Kooperationsgemeinschaft ist es ihre Aufgabe, Ärzte und Ärztinnen sowie radiologische Fachkräfte aus den Screening-Einheiten zu beraten und bei deren Aufgaben zu unterstützen. Darüber hinaus sind die Referenzzentren für die Fortbildung und einen Teil der Qualitätssicherung in den Einheiten verantwortlich. Die Screening-Einheiten sind jeweils einem der fünf Referenzzentren zugeordnet, mit dem sie eng zusammenarbeiten.

#### 4.1.1 Mammographie-Screening Organisationsstruktur in Nordrhein

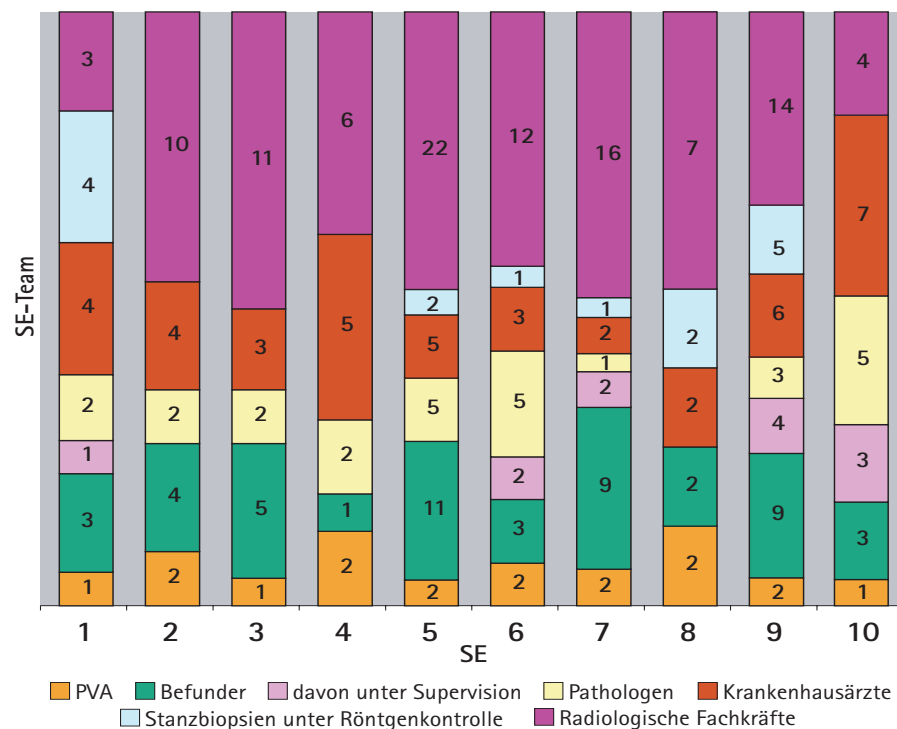


## Screening-Einheiten

Im Gebiet der KV Nordrhein gibt es zehn Screening-Einheiten (SE). Die ersten Screening-Einheiten sind im Jahre 2005 in Betrieb gegangen. Komplettiert wurde die Einführung des Früherkennungsprogramms im August 2008 mit Inbetriebnahme der zehnten Screening-Einheit.

Die Screening-Einheiten werden von Programmverantwortlichen Ärzten und Ärztinnen geleitet, die mit ihrem Team das Screening-Programm vor Ort mit jeweils mehreren Standorten für die Mammographie-Untersuchungen durchführen.

### 4.1.2 Zusammensetzung Team je SE 2008



### 1. Screening-Einheit Duisburg:

Duisburg Stadt

Standort: Duisburg - Neudorfer Straße 45, 47057 Duisburg

■ Programmverantwortlicher Arzt: Dr. Michael Hirning

### 2. Screening-Einheit Oberhausen / Essen / Mülheim an der Ruhr:

Essen Stadt, Oberhausen Stadt, Mülheim an der Ruhr Stadt

1. Standort: Essen - Hindenburgstraße 27, 45127 Essen

2. Standort: Mülheim an der Ruhr - Dieter-aus-dem-Siepen-Platz 1, 45468 Mülheim an der Ruhr

■ Programmverantwortliche Ärzte: Dr. Karlgeorg Krüger und Dr. Frank Stöblen

### 3. Screening-Einheit Krefeld / Viersen / Mönchengladbach:

Krefeld Stadt, Mönchengladbach Stadt, Viersen Stadt, Nettetal, Schwalmtal, Niederkrüchten, Brüggen, Tönisvorst, Grefrath, Willich, Kempen

1. Standort: Mönchengladbach - Ludwig-Weber-Straße 15, 41061 Mönchengladbach

2. Standort: Krefeld - Kurfürstenstraße 69, 47829 Krefeld-Uerdingen

3. Mobile Einheit: Krefeld - Oberdießemer Straße 69, 47805 Krefeld

■ Programmverantwortliche Ärztin: Dr. Andrea Jachtmann



#### **4. Screening-Einheit Düsseldorf / Neuss:**

Düsseldorf Stadt, Rhein-Kreis Neuss

1. Standort: Düsseldorf – Kaiserswerther Straße 89, 40476 Düsseldorf
2. Standort: Neuss – Sebastianusstraße 8, 41464 Neuss
  - Programmverantwortliche Ärzte:  
Dr. Dietmar Seitz und Eckhard Wegjan

#### **5. Screening-Einheit Wuppertal / Mettmann / Solingen / Remscheid:**

Wuppertal Stadt, Solingen Stadt, Remscheid Stadt, Landkreis Mettmann, Oberbergischer Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis

1. Standort: Wuppertal – Höhne 9, 42275 Wuppertal
2. Standort: Wuppertal – Vogelsangstraße 106, 42109 Wuppertal
3. Standort: Ratingen – Mülheimer Straße 12, 40878 Ratingen
4. Standort: Remscheid – Bergstraße 17, 42897 Remscheid
5. Standort: Solingen – Kasernenstraße 15, 42651 Solingen
6. Standort: Solingen – Merscheider Straße 9, 42699 Solingen-Ohligs
7. Mobile Einheit: mit variablen Standorten
  - Programmverantwortliche Ärzte:  
Dr. Markus Stuhmann und Dr. Ursula Ippers

#### **6. Screening-Einheit Aachen:**

Aachen Stadt, Landkreise Aachen, Düren, Heinsberg

1. Standort Aachen – Theaterplatz 6-8, 52062 Aachen
2. Standort Düren – Kreuzstraße 11, 52351 Düren

3. Standort Heinsberg – Auf dem Brand 1 – 52525 Heinsberg
  - Programmverantwortliche Ärzte:  
Dr. Peter Keulers und Dr. Hauw Tjing Go

#### **7. Screening-Einheit Köln linksrheinisch / Erftkreis**

Köln Stadt, Rhein-Erft-Kreis

1. Standort Köln – Turiner Straße 2, 50668 Köln
2. Standort Bergheim – Kölnstraße 6-10, 50126 Bergheim
3. Standort Rodenkirchen – Ringstraße 2c, 50996 Köln
4. Mobile Einheit mit variablen Standorten
  - Programmverantwortliche Ärzte:  
Dr. Thomas Bartz und Dipl.-Med. Barbara Leisering

#### **8. Screening-Einheit Köln rechtsrheinisch / Leverkusen**

Stadt Köln, Oberbergischer Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis, Leverkusen, Langenfeld, Monheim

1. Standort Leverkusen – Ludwig-Erhard-Platz 1, 51373 Leverkusen
2. Standort Köln – Justinianstraße 16, 50679 Köln-Deutz
3. Standort Bergisch Gladbach – Vinzenz-Palotti-Straße 20-24, 51429 Bergisch Gladbach
4. Mobile Einheit mit variablen Standorten
  - Programmverantwortliche Ärztinnen:  
Dr. Juliane Terpe und Dr. Agnes Dietz

### 9. Screening-Einheit Bonn / Rhein-Sieg-Kreis / Euskirchen:

Bonn Stadt, Landkreis Euskirchen, Rhein-Sieg-Kreis

1. Standort Bonn – Maximilianstraße 2, 53111 Bonn
2. Standort Siegburg – Wilhelmstraße 60, 53721 Siegburg
3. Mobile Einheit mit variablen Standorten
  - Programmverantwortliche Ärztinnen:  
Dr. Susanne Löhers und Janine Riemenschneider

### 10. Screening-Einheit Kleve / Wesel:

Landkreise und Stadt Kleve, Wesel

1. Mobile Einheit mit variablen Standorten
2. Standort Moers – geplant
3. Mobile Einheit mit variablen Standorten
  - Programmverantwortlicher Arzt  
Frieder Grötenherdt

### KV Nordrhein

Die Arbeitsgrundlage der KV Nordrhein (Abteilung Qualitätssicherung) bilden die Abschnitte A und E der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge: Hier sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Versorgungsauftrags für den Programmverantwortlichen Arzt und die nachzuweisenden Qualifikationsvoraussetzungen der Mitglieder der Screening-Einheit geregelt.

### Genehmigungserteilung: Versorgungsauftrag und Abrechnungsgenehmigung

Die KV Nordrhein erteilt dem Programmverantwortlichen Arzt die Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrags im Rahmen des Früherkennungsprogramms.

Um die Mammographiescreening-Leistungen durchführen und abrechnen zu können, erteilte die KV Nordrhein in den Jahren 2005 bis 2008 mehr als 150 Genehmigungen für die am Screening beteiligten Ärzte.

Dazu gehören neben den Programmverantwortlichen Ärzten die Befunder, die für die histopathologische Begutachtung zuständigen Pathologen, chirurgisch, radiologisch und pathologisch tätige Krankenhausärzte und Ärzte, die die Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle durchführen.

Außerdem werden die Eingangsqualifikationen der radiologischen Fachkräfte geprüft: Bis zum Ende des Jahres 2008 nahmen 105 MTRA's und Arzthelferinnen mit radiologischer Zusatzausbildung ihre Arbeit auf.

### Jährliche Überprüfungen

Nach Erteilung der Genehmigungen hält die KV die Einhaltung der für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Qualifikationen geforderten Voraussetzungen bei jedem Mitglied der Screening-Einheiten nach.

Die wichtigsten Aspekte der Qualitätssicherung sind im Kasten auf der nächsten Seite aufgeführt.

## Überprüfung der diagnostischen Bildqualität und Zertifizierung der Screeningeinheiten

Die KV wird hier koordinierend und organisatorisch tätig.

Einmal im Jahr wird eine Überprüfung der diagnostischen Bildqualität je Screening-Einheit durchgeführt. Dafür fordert die KV Nordrhein vom Programmverantwortlichen Arzt alle erstellten Screening-Mammographieaufnahmen von 20 Frauen an, die per Zufallssystem auf Grundlage der Abrechnungsunterlagen ausgewählt werden. Die Überprüfung übernimmt dann das Referenzzentrum. Im Jahre 2008 waren alle Überprüfungen regelgerecht. Die nächste Überprüfung je SE erfolgt dann wieder nach einem Jahr.

Die Kooperationsgemeinschaft überprüft im Auftrag der KV die Screening-Einheiten einschließlich der beteiligten Personen und organisatorischen Strukturen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Zertifizierung der Screeningeinheit erfolgt vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrags. In regelmäßigen Abständen wird die Screening-Einheit rezertifiziert. Die erstmalige Rezertifizierung erfolgt sechs Monate nach Start der Screeningeinheit und wird dann in regelmäßigen Abständen von 30 Monaten nach Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrags wiederholt.

Im Jahre 2008 wurden acht der zehn Screening-Einheiten erfolgreich rezertifiziert. Bei drei Screeningeinheiten wurden kleinere Mängel festgestellt. Beispielsweise lagen Kursbescheinigungen noch nicht vor, oder die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss fehlte bei einem Krankenhausarzt. Außerdem wurden organisatorische Empfehlungen ausgesprochen, die das Ruhen des Betriebs während Urlaub oder Krankheit des Programmverantwortlichen Arztes oder die zeitliche Abfolge der Konsensuskonferenz und der Abklärungsdiagnostik betrafen. Die Auflagen konnten alle innerhalb der gesetzten Frist von den SE beseitigt werden.

### Die wichtigsten Aspekte der Qualitätssicherung im Mammographie-Screening:

- tägliche Überprüfung aller eingesetzten Geräte
- spezielle Kurse und intensive Trainingsprogramme für alle radiologischen Fachkräfte und alle beteiligten Fachärzte
- Kurse zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Qualifikation sind alle zwei Jahre gefordert.
- vorgeschriebene Mindestfallzahlen; beispielsweise müssen befundende Ärzte 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 Geräte ab. Entscheidend ist auch eine gut organisierte Zusammenarbeit der Ärzte untereinander.
- standardisierte praxisinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen
- externe medizinische und technische Qualitätskontrollen durch Referenzzentrum und Kassenärztliche Vereinigung
- ein strukturiertes Zusammenwirken aller beteiligten Institutionen (Screening-Einheit, einladende Stelle, Referenzzentren, Kassenärztliche Vereinigung, Krebsregister)

### Zahlen zum Mammographie-Screening 2008

Die Zentrale Stelle Mammographie-Screening hat 491.608 Frauen im Jahr 2008 zum Mammographie-Screening eingeladen. Es nahmen 253.735 Frauen teil. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 52 %.

In Nordrhein wurden in 2008 im Rahmen des Mammographie-Screenings 238.526 Frauen untersucht. Bei 13.468 (5,6 %) der Teilnehmerinnen wurde eine abklärungsbedürftige Auffälligkeit entdeckt, so dass sie zu einer Abklärungsuntersuchung eingeladen wurden. Bei 2.105 (0,9 %) der Teilnehmerinnen am Mammographie-Screening wurde ein Karzinom festgestellt.

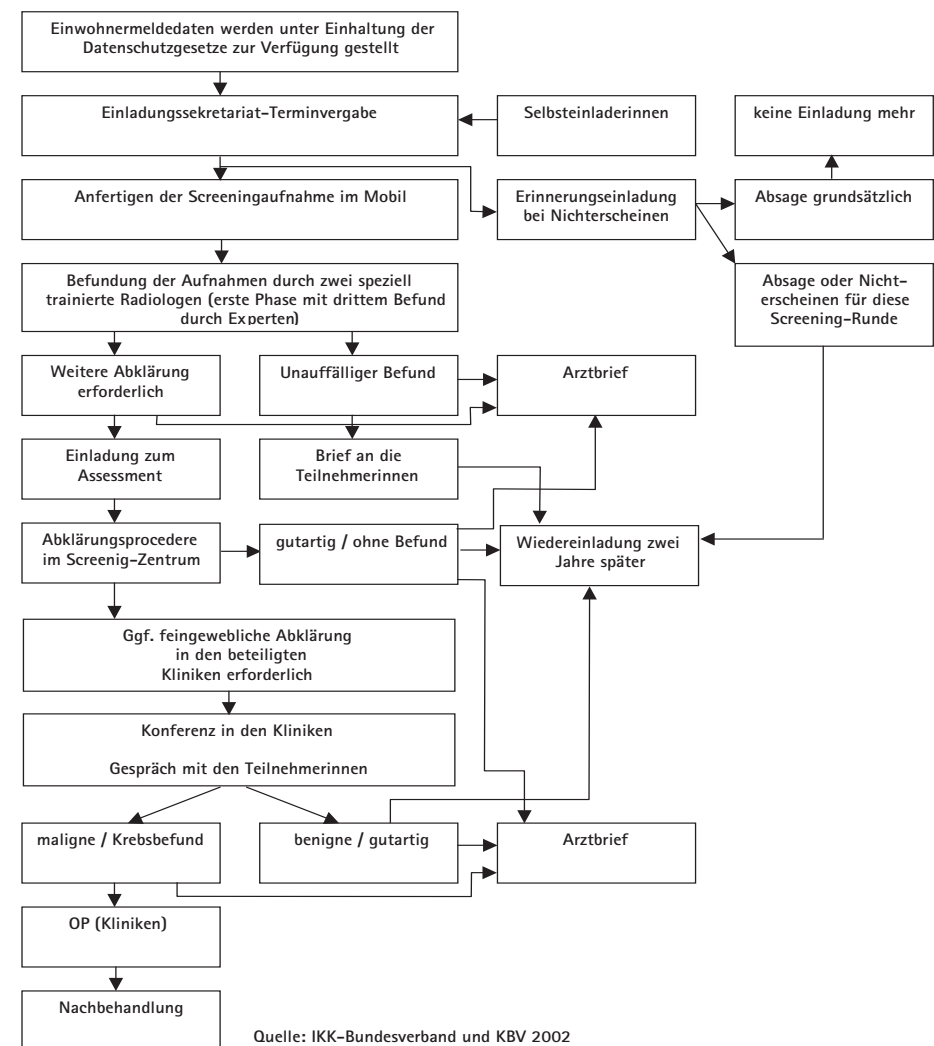
### Zertifizierung der Zentralen Stelle Mammographie-Screening Nordrhein

Als bisher einzige Zentrale Stelle in Deutschland hat sich die Zentrale Stelle Mammographie-Screening Nordrhein nach ISO 9001:2008 zertifizieren lassen. Von der Deutschen Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) wurden insbesondere die Prozesse Einladungs- und Terminmanagement, das Beschwerdemanagement, der Service und die interne Organisation erfolgreich geprüft.

Dazu stellt die DQS in ihrem Zertifizierungsbericht fest, dass „die Abläufe in der Organisation Mammographie-Screening mit Unterstützung des hilfreichen EDV-Systems reibungslos ablaufen“.

17 Mitarbeiterinnen kümmern sich um das Terminmanagement in der Zentralen Stelle. Sie nehmen Terminwünsche der Frauen entgegen und bearbeiten inhaltliche Anfragen zum Programm. Sie stehen am Bürgerinnen-Telefon unter der Rufnummer (02 11) 59 70-70 00 für Anfragen zur Verfügung.

### 4.1.3 Musterablauf: Mammographie-Screening



#### 4.1.4 Mammographie-Screening: Gute Zusammenarbeit hilft den Patientinnen

Ende August trafen sich niedergelassene Gynäkologen und Programmverantwortliche Ärzte (PVA) zu einem Erfahrungsaustausch über das Mammographie-Screening. Beide Seiten betonten erneut, wie wichtig die Zusammenarbeit aller beteiligten Ärztinnen und Ärzte beim Screening ist und wiesen auf eine bereits existierende Empfehlung zur Zusammenarbeit hin. Bis August 2009 nahmen rund 52 Prozent der eingeladenen Frauen am Screening teil.

Im Oktober 2005 startete Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland ein flächendeckendes Mammographie-Screening nach europäischen Qualitätsrichtlinien. Damit wird mehr als zwei Millionen Frauen des Landes im Alter zwischen 50 und 69 Jahren die Möglichkeit zu einer Früherkennungs-Untersuchung auf Brustkrebs geboten. Mittlerweile wurde im Frühjahr dieses Jahres die letzte Screening-Einheit im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein in den Kreisen Kleve und Wesel eröffnet. Neben den behandelnden Gynäkologen gab es nun den PVA. Das war neu für die anspruchsberechtigten Frauen. Um eine möglichst große Beteiligung zu erreichen, ist ein möglichst präziser und vor allem rechtzeitiger Informationsfluss zwischen allen Beteiligten wichtig, vor allem um den positiv befundenen Patientinnen einen reibungslosen Therapieablauf gewährleisten zu können. Deshalb wurde ein entsprechender Leitfaden erarbeitet. In einer Rahmenempfehlung, die unter aktiver Beteiligung des Berufsverbandes der Frauenärzte zustande kam, werden den PVA und medizinisch-radiologisch-technischen Assistentinnen (MRTA) Anleitungen zu Informationen und Gesprächen mit den Patientinnen im Verlauf des Screenings gegeben. Auf Bitte der Beteiligten veröffentlichen wir diese Empfehlung noch einmal im Wortlaut (siehe Seite 22).

#### *KVNO aktuell: Was ist Ihr Hauptargument pro Screening?*

Dr. Markus Valk, niedergelassener Frauenarzt in Wesel:

„Jahrelang haben wir für die Frauen ein offizielles Mammographie-Screening gefordert. Endlich haben wir es – und das auf einem hohen Qualitätsniveau. Auch wenn im aktuellen Programm noch Nachbesserungen notwendig sind, erreichen wir doch insbesondere auch die Frauen, die nicht unbedingt die regelmäßigen Früherkennungs-Teilnehmerinnen sind.“



Dr. Andrea Jachtmann, Programmverantwortliche Ärztin in Krefeld:

„Die Tatsache, dass durch diese flächendeckende Vorsorgeuntersuchung Vorstufen von Karzinomen besser entdeckt werden können, bevor sie manifest sind, und ebenso kleinere Karzinome, die noch nicht tastbar sind.“



Sigrid Platte, Frauenselbsthilfe nach Krebs, Landesverband NRW:

„Qualitätsgesicherte Befundung durch zwei unabhängige Radiologen. Durch die Einladung zum Screening wird Frauen, die schon lange nicht mehr bei einem Frauenarzt zur Untersuchung waren, die kostenlose Mammographie vermittelt.“



#### *KVNO aktuell: Wie ist die Zusammenarbeit PVA und Frauenarzt?*

Dr. Markus Valk:

„In Wesel/Kleve startet das Screeningprogramm gerade erst. Die ersten Kontakte zum PVA waren konstruktiv. Trotz des erschwerten Starts in unserer Region scheint mir der Wille zu konstruktiver Zusammenarbeit da zu sein. Die zeitnahe

gutwillige Kommunikation zwischen den Beteiligten ist offensichtlich wie so oft der Schlüssel zum Erfolg.“

**Dr. Andrea Jachtmann:**

„Sinnvoll und recht eng, weil die Kolleginnen und Kollegen die von ihnen betreuten und positiv gescreenten Frauen direkt weiterbehandeln können. Auch können die Gynäkologen ihre Patientinnen dazu motivieren, am Screening teilzunehmen.“

**Sigrid Platte:**

„Die PVA sollten nach der Diagnose den Befundbericht zur gleichen Zeit der Frau und dem persönlichen Frauenarzt oder wenn nicht vorhanden dem Hausarzt aushändigen, damit die Frau nochmals Rücksprache mit dem Arzt ihres Vertrauens halten kann (Stichwort: gemeinsame Brustzentrumssuche).“

***KVNO aktuell: Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf?***

**Dr. Markus Valk:**

„Wie an einem Round Table im 27. August 2008 in Düsseldorf zu erkennen war, gibt es in einigen Regionen noch Verbesserungsbedarf in der zeit- und ortsnahen Abklärung auffälliger Befunde und im Transport der aktuellen Information von PVA zu Gynäkologe/in. Auch hier hat der ‚kurze Dienstweg‘ wohl das beste Verbesserungspotenzial.“

**Dr. Andrea Jachtmann:**

„Das Screeningalter sollte bis auf 75 Jahre erhöht werden. Die Frauen sollten zudem noch stärker darüber informiert werden, dass das Mammographie-Screening nur ein Teil unterschiedlicher sinnvoller Früherkennungsuntersuchungen (z. B. Früherkennungs-Koloskopie) ist.“

**Sigrid Platte:**

„Den Frauen genügend Zeit geben (8-10 Tage) und nicht sofort eine Einweisung zur Operation. Nach der Diagnose und dem Schock sollte die Frau Zeit haben, wieder klare Gedanken zu fassen, alles privat Notwendige zu regeln und sich über Brustzentren zu informieren.“

## 4.2 Bericht einer Qualitätssicherungskommission – 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 demografischen Entwicklung unter anderem auch mit dem Anstieg sogenannter 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 Gemeinsamen Bundesausschuss erlassen worden. Danach besteht eine verpflichtende Erfassung definierter Qualitätsindikatoren, für die valide Grenzwerte vorliegen und die eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität zulassen.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Dialyseeinrichtungen müssen pro Quartal einen Bericht zu den Daten ihrer Dialysepatienten an die Kassenärzt-

liche Vereinigung als elektronische Dokumentation liefern. Hierzu gehören Parameter wie Blutwerte sowie Dauer und Frequenz der Dialyse. Diese verschlüsselten Daten werden in der KV dokumentiert, erneut verschlüsselt und zur professionellen Datenanalyse an ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beauftragtes Unternehmen zur bundesweiten Evaluierung weitergegeben. Dieser Datenanalyst erstellt mittels der pseudonymisierten Daten – die Einrichtungen bleiben anonym



PD Dr. med. Werner Kleophas,  
FA für Innere Medizin Schwerpunktbezeichnung Nephrologie,  
Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission Dialyse

– einen Dialyse-Benchmark-Bericht für die KV pro Dialyseeinheit und stellt zusätzlich einen Datenvergleich aller Einrichtungen her. Diese Ergebnisse wiederum gehen an die Qualitätssicherungskommission Dialyse (QS-Kommission), deren Aufgabe ist, die Inhalte genauer zu prüfen.

Die Qualitätssicherungskommission Dialyse (gemäß § 7 Abs. 3 der Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse gemäß §§ 136, 136a SGB V) besteht aus drei Mitgliedern, zwei MDK-Vertretern sowie einem KfH-Vertreter. In regelmäßigen Abständen finden Sitzungen der QS-Kommission statt.

Im Jahr 2008 hat die nordrheinische QS-Kommission für Dialyse positiv feststellen können, dass die Zielerreichungsquote bei Hämodialyse und Peritonealdialyse in den Quartalen 3 und 4/2008 bei fast allen Richtlinienparametern erheblich besser als der deutschlandweite Durchschnitt ausgefallen ist.

## Vergleich Deutschland – KVNo der Richtlinienparameter

Bewertung: -1 bis +1 % = +/-; 1 bis 5 % = +; 5 bis 10 % = ++; ab 10 % = +++

HD = Hämodialyse; PD = Peritonealdialyse

### 3. Quartal 2008

Parameter	D	KVNo	Abweichung in %	Qualitativ
HD: Kt/V <1,2	1,47	1,46	-0,68	+/-
Heim-HD: Kt/V <1,2	1,44	1,47	2,08	+
PD: wKt/V <1,9	2,09	2,13	1,91	+
HD: Hb <10 g/dl	11,60	11,60	0	+/-
Heim-HD: Hb <10 g/dl	11,60	12,20	5,17	++
PD: Hb <10 g/dl	11,80	11,70	-0,85	+/-
Dialysefrequenz <3/Woche	7,06	4,95	-29,89	+++
Dialysedauer <4 Std.	7,75	6,06	-21,81	+++

### 4. Quartal 2009

Parameter	D	KVNo	Abweichung in %	Qualitativ
HD: Kt/V <1,2	1,48	1,47	-0,68	+/-
Heim-HD: Kt/V <1,2	1,44	1,43	-0,69	+/-
PD: wKt/V <1,9	2,11	2,16	2,37	+
HD: Hb <10 g/dl	11,60	11,60	0	+/-
Heim-HD: Hb <10 g/dl	12,00	11,70	2,56	+
PD: Hb <10 g/dl	11,80	11,70	-0,85	+/-
Dialysefrequenz <3/Woche	6,17	4,93	-20,1	+++
Dialysedauer <4 Std.	7,58	6,35	-16,23	+++

### Fazit:

„Die einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Dialysetherapie werden nun als Routineverfahren in Nordrhein eingesetzt. Die unabhängigen externen Datenanalysen bestätigen das hier erreichte hohe Qualitätsniveau“,

beurteilt Dr. Werner Kleophas, Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission Dialyse, die Entwicklung.

Im Jahr 2008 haben sich im Durchschnitt 18 Einrichtungen verbessert, 15 Einrichtungen verschlechtert, 23 Einrichtungen blieben unverändert und sechs Einrichtungen konnte man nicht vergleichen – auf Grund von fehlenden Quartalen / Daten.

Die Kommission hat zudem technische Fehler bei der Verarbeitung bemerkt und rechtzeitig darüber informiert. So konnten anfangs aufgetretene Schwierigkeiten bei der Lesbarkeit der verschlüsselten Daten seitens der KV Nordrhein oder seitens des Datenanalysten zügig behoben werden.

Aufgrund der Übergangsreglung, gemäß § 14 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, erhielten alle Dialyseeinrichtungen zum 1. Januar 2009 einen neuen Pseudonymisierungs-Schlüssel.

Ab September 2009 führt die QS-Kommission bei Dialyse-Einrichtungen, die zwei Quartale lang auffällige Daten geliefert haben, eine Überprüfung durch. Dies bedeutet, dass bei Einrichtungen bei denen mehr als zwei Parameter auffällig sind, zwei bis drei Stichproben angefordert werden. Sollte es dann zu keiner Klärung kommen, wird die QS-Kommission die Mitglieder dieser Einrichtung zu einem Beratungsgespräch einladen.

### Datengeschützte Qualitätssicherung in dem Bereich Dialyse, 2008

Anzahl der Ärzte (Dialyseeinrichtungen), die an der datengeschützten Qualitätssicherung teilnehmen	(in jedem Quartal 2008):	80
Anzahl der Kommissionssitzungen		4
Anzahl und Ergebnisse der durchgeführten Stichprobenprüfungen		0



### 4.3 Therapien bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD)

#### Photodynamische Therapie (PDT)

Seit dem 1. August 2001 zählt die Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration mittels Photodynamischer Therapie (PDT) mit Verteporfin zu den ärztlichen Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können.

Die PDT ist ein Verfahren zur Behandlung von Gewebeveränderungen mit Licht in Kombination mit einer lichtempfindlichen Substanz, einem so genannten Photosensibilisator, und im Gewebe vorhandenem Sauerstoff. In der Augenheilkunde wird dazu Verteporfin verwendet.

Das Verteporfin wird in die Armvene gespritzt und die Stelle der Gefäßmembran mit einem „kalten“ Laser belichtet. Dabei werden durch photophysikalische Prozesse toxische Substanzen erzeugt, die die Gefäßmembran gezielt schädigen. Häufig kann ein Verschluss der Membran erzielt werden – die neuen Gefäße veröden –, was weiteren Sehverfall aufhält.

Der Nachteil der Photodynamischen Therapie ist im Westlichen die geringe Eindringtiefe des Laserlichts. Sie führt in der Regel dazu, dass nur nicht zu fortgeschrittene oder flächig wachsende Membranen erfolgreich therapiert werden können. Im Durchschnitt wird der natürliche Krankheitsverlauf um ca. 3 Monate verzögert.

#### PDT-Statistik aus 2008

- 46 Ärzte besaßen im Bereich der KV Nordrhein die Genehmigung zur Abrechnung der PDT.
- 15 Ärzte führten PDT-Behandlungen insgesamt 57 mal durch.

- dreimal traf sich die Qualitätssicherungskommission. Dabei wurden die von elf Ärzten erbrachten PDT einer Qualitätsprüfung unterzogen. Die überprüften PDT-Behandlungen wurden ausnahmslos entsprechend der Vorgaben durchgeführt.

#### Intravitreale operative Medikamentenapplikation (IVOM)

Die intravitreale operative Medikamentenapplikation (IVOM) ist ein relativ neues Therapieverfahren zur Behandlung der feuchten Form der Makuladegeneration. Mit den Wirkstoffen Bevacizumab, Pegaptanib (zugelassen seit Februar 2006) oder Ranibizumab (zugelassen seit Februar 2007) – so genannte Anti-VEGF's (Anti-Vascular Endothelial Growth Factor, deutsch Wachstumsfaktorhemmer) – wird das Wachstum der Gefäßmembran behindert. Der kostengünstigere der drei Wirkstoffe kann, wegen der zurzeit noch fehlenden Zulassung, ausschließlich als Off-Label-Gebrauch eingesetzt werden.



Mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen, der Knappschaft und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen Nordrhein-Westfalen konnte die KV Nordrhein Verträge schließen, die eine Behandlung nach diesem Verfahren zum Ziel haben.

Eine merkbare Verlangsamung des natürlichen Krankheitsverlaufs ist als Vorteil der Behandlungsmethode anzumerken.

### IVOM-Statistik aus dem 4. Quartal 2008

79 Ärzte besaßen die Genehmigung zur Abrechnung der IVOM.

70 Ärzte führten die Behandlung 2681 mal durch.

Im Oktober 2009 hat die Qualitätssicherungskommission mit ihrer Arbeit begonnen.

### Altersbedingte Makuladegeneration (AMD)

Mit Makuladegeneration wird eine Gruppe von Erkrankungen des menschlichen Auges zusammenfassend bezeichnet. Der Punkt des schärfsten Sehens der Netzhaut heißt gelber Fleck oder Makula – daher auch der Krankheitsname. Bei der Makuladegeneration wird dieser Bereich der Netzhaut in Mitleidenschaft gezogen. Unterschieden wird die trockene und die feuchte Form der AMD.

Mehr als vier Millionen Menschen sind derzeit in Deutschland an der AMD erkrankt. Etwa 20 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 35 Prozent der 75- bis 84-Jährigen haben die trockene Form der AMD. 10 bis 15 Prozent der AMD-Patienten sind an der feuchten Form erkrankt. Jährlich kommen etwa 50.000 neue Patienten hinzu.

Bei der feuchten Form der AMD wachsen krankhafte Blutgefäße in die Netzhaut ein und wirken dort wie eine Isolierschicht, so dass diese nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt wird. Die Gefäßmembranen führen in der Regel zu einem verzerrten Sehen. Fixiert der Betroffene einen Gegenstand, so ist es ihm nicht mehr möglich, den Gegenstand deutlich zu erkennen.

Beim Auftreten von verzerrtem Sehen sollte daher dringend der Augenarzt aufgesucht werden. Eingetretene Sehverluste können nicht mehr beseitigt werden. Demzufolge sollte die Behandlung der Erkrankung zügig einsetzen.

Neueste Behandlungsmöglichkeiten können der feuchten Form der AMD aktiv vorbeugen und sie gegebenenfalls im Verlauf mildern. Aussicht auf Erfolg einer Behandlung besteht in etwa 20 Prozent der Fälle.

### Kombinationstherapie, bestehend aus der Photodynamischen Therapie (PDT) und der intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM)

Die Kombinationstherapie aus PDT und IVOM ist die neueste Behandlungsvariante der feuchten Form der Makuladegeneration. Ausgesuchte Einrichtungen im In- und Ausland setzen diese Behandlungsvariante ein. Die Ergebnisse sind vielversprechend. Wegen der noch fehlenden wissenschaftlichen Studien ist die Wirksamkeit der Kombinationstherapie noch nicht abschließend belegt.

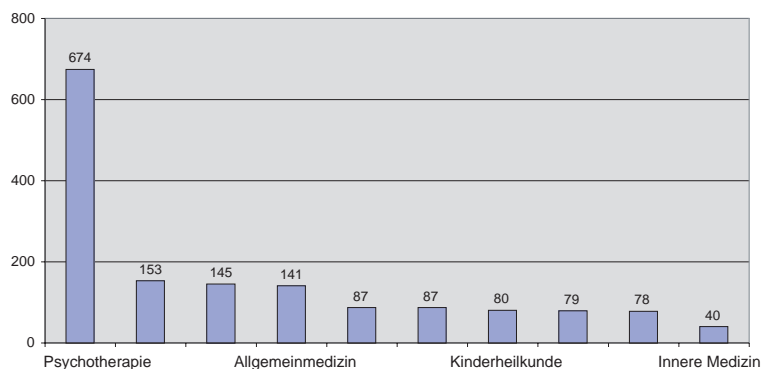
## 4.4 Qualitätszirkelarbeit in Nordrhein

Für die Haus-, Fachärzte und Psychotherapeuten im Gebiet Nordrhein sind die Qualitätszirkel (QZ) im Laufe der Jahre fester Bestandteil der fachlichen Fortbildung und eine vielfältig genutzte Gelegenheit des fachlichen Austausches geworden.

Mit inzwischen mehr als 1.500 Qualitätszirkeln im Jahr 2008 (ca. 1.200 QZ im Jahr 2005) werden mehr denn je Fachgruppentreffen von etwa 1.500 ausgebildeten Moderatoren geleitet. Zu Beginn ihrer Tätigkeit durchlaufen alle Moderatoren verpflichtend eine Grundausbildung, die sie nach halbjähriger Tätigkeit durch eine Aufbauausbildung ergänzen. Dies ermöglicht der KV Nordrhein, die Qualitätszirkelarbeit auf einem gleichmäßig hohen Niveau zu halten. Eine weitere Garantie gleichbleibend hoher Qualität sind die gut ausgebildeten Tutoren, die als Peers den Moderatoren in fachlichen Fragen zur Seite stehen.

Im Rahmen der diversen Disease-Management-Programme (DMP) spielen die Qualitätszirkel ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Ärzte werden in diesen Sonderverträge zu themenspezifischen Fortbildungen verpflichtet. Diese Funktion erfüllen zum Teil die Qualitätszirkel und stellen damit ganz wesentlich auch die optimale Versorgung der Patienten sicher.

QZ je Bereich / "TOP 10"



Die meisten Qualitätszirkel befassen sich mit psychotherapeutischen Fragen (674), Hausarzt-Themen widmen sich 153 QZ, dicht gefolgt von Diabetes-QZ mit 145 Qualitätszirkeln.

### Jahresvergleich Qualitätszirkel und Moderatoren 2006 bis 2008

Jahr	Qualitätszirkel				Moderatoren			
	gesamt	FA	HA	PT	gesamt	FA	HA	PT
1. 2006	1.126	502	272	352	929	k.A.	k.A.	k.A.
2. 2007	1.257	365	339	553	1.261	593	243	425
3. 2008	1.529	822	257	450	1.514	813	245	456

### EbM meets EbM/Health Technology Assessment

HTA (Health Technology Assessment) sind methodische Aufbereitungen von vorhandener wissenschaftlicher Literatur, wobei der Fokus auf die Folgeabschätzung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren gerichtet wird. Die Aspekte Patientensicherheit, Kosten/Nutzen-Relation sowie Auswirkungen auf das Gesundheitssystem stehen hierbei im Vordergrund. Ergebnisse von HTA stellen die Grundlage zum Beispiel für die Zulassung neuer Versorgungsverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Im Oktober 2008 fand eine Großveranstaltung zum Thema „Wie macht man evidenzbasierte Medizin (EbM) in der Praxis?“ statt. Unter Leitung von Professor Hilke Bertelsmann (Gemeinsamer Bundesausschuss) und Professor Marcus Siebolds (Katholische Hochschule NRW) wurden methodische Grundlagen zur kritischen Bewertung von HTA erarbeitet.

Anschließend wurden die rund 40 Teilnehmer ermutigt, in Gruppenarbeit HTA zu lesen und zu bewerten – moderiert durch die Tutoren, die ihrerseits bereits in den vergangenen Jahren methodische Grundlagen zur kritischen Bewertung von HTA erworben hatten.



Die Facharzt-Tutorin und Gynäkologin Dr. Maria Beckermann aus Köln stellte vor, wie Gynäkologen HTA zum Thema Menopause bewerten können.



Die Kinderärzte um Dr. Herbert Steinhauer (Hausarzt-Tutor) beschäftigten sich mit der kritischen Analyse von Allergie-Studien.

An der Veranstaltung nahmen Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen teil: Inter-

nisten, Allgemeinmediziner, HNO, Psychotherapeuten, Gynäkologen, Orthopäden, Kinderärzte und andere.

Die Teilnehmer konnten ihrerseits nun mehr Methodenkompetenz erwerben, was wiederum dazu führen soll, dass die Teilnehmer von Qualitätszirkeln in die Lage versetzt werden, HTA kritisch zu lesen und zu bewerten. Eine positive Auswirkung auf die Patientensicherheit und das Gesundheitssystem stehen hierbei im Vordergrund.

Für die Zukunft ist geplant, die Methodenkompetenz mit Internetrecherche-Training zu HTA weiter zu steigern.

## 4.5 Qualität bei der Versorgung von Kindern: Krankheiten erkennen und Gesundheit stärken

### 4.5.1. Kinder-Richtlinien

Frühkennungsuntersuchungen fördern eine gesunde Entwicklung von Kindern von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr. Entsprechende Vorsorgeuntersuchungen können von gesetzlich Versicherten in Anspruch genommen werden, um mögliche Krankheiten oder Entwicklungsstörungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Teilnahme an Frühkennungsuntersuchungen ist freiwillig.

Grundlage dieser Untersuchung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, die sogenannten „Kinder-Richtlinien“. Die aktuellste Fassung dieser Richtlinien ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten.

Dafür ausgebildete Ärztinnen und Ärzte achten bei den Frühkennungsuntersuchungen darauf, dass sich das Kind dem jeweiligen Alter entsprechend gesund entwickelt. Sie untersuchen, ob alle Organe im Körper funktionieren, die körperlichen Beweglichkeit sowie die Sprachentwicklung. Auch regelmäßige Seh- und Hörtests sowie wichtige Schutzimpfungen gehören dazu.

#### Untersuchungsschwerpunkte nach Kinder-Richtlinien

Störungen in der Neugeborenenperiode	Zähne, Kiefer, Mundhöhle
Angeborene Stoffwechsel-Störungen	Herz/Kreislauf
Endokrine Störungen, Vitaminosen	Atmungsorgane
Entwicklungs- und Verhaltensstörungen	Verdauungsorgane
Nervensystem	Nieren und Harnwege
Sinnesorgane	Geschlechtsorgane
Sprachstörungen oder Sprechstörungen	Skelett und Muskulatur
	Haut
	Multiple Fehlbildungen, einschl. chromosomaler Aberrationen (z. B. Down Syndrom)

Die Früherkennungsmaßnahmen bei Kindern umfassen insgesamt zehn Untersuchungen gemäß den im Untersuchungsheft für Kinder gegebenen Hinweisen, das erweiterte Neugeborenen-Screening (nach Anlage 2 der Richtlinien) und die Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen (nach Anlage 6 der Richtlinien).

Alle Frühkennungsuntersuchungen sind Zeiträumen des Kindesalters zugeordnet, innerhalb derer die Untersuchungen durchgeführt werden sollen. Eine frühe Erkennung und rechtzeitige Behandlung gewisser Erkrankungen sind nur in einer bestimmten Altersspanne von Erfolg begleitet.

	Zeitraum	Toleranzgrenze
U1	direkt nach der Geburt	-
U2	3. – 10. Lebenstag	3. – 14. Lebenstag
U3	4. – 5. Lebenswoche	3. – 8. Lebenswoche
U4	3. – 4. Lebensmonat	2. – 4½ Lebensmonat
U5	6. – 7. Lebensmonat	5. – 8. Lebensmonat
U6	10. – 12. Lebensmonat	9. – 14. Lebensmonat
U7	21. – 24. Lebensmonat	20. – 27. Lebensmonat
U7a	34. – 36. Lebensmonat	33. – 38. Lebensmonat
U8	46. – 48. Lebensmonat	43. – 50. Lebensmonat
U9	60. – 64. Lebensmonat	58. – 66. Lebensmonat
J1*	13. – 14. Lebensjahr	12. – 15. Lebensjahr

\*Die seit 1998 als GKV-Leistung bestehende Jugendgesundheitsuntersuchung J 1 wird durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung geregelt.

Die erste Untersuchung der U-Reihe soll unmittelbar nach der Geburt vorgenommen werden. Ist ein Arzt nicht anwesend, soll die Hebamme diese Untersuchung durchführen. Diese Untersuchung hat im Wesentlichen zum Ziel, lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und augenfällige Schäden festzustellen, ggf. notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten. Dabei ist auf Kolorit, Atmung, Tonus, Reflexe beim Absaugen, Herzschläge, den Asphyxie-Index (APGAR), auf Gelbsucht, Ödeme, die Reife sowie auf sofort behandlungsbedürftige Missbildungen des Neugeborenen zu achten, insbesondere nach Risikoschwangerschaft (Risikokinder). Außerdem sind die Risiken und der Verlauf der Schwangerschaft aus dem Mutterpass in das U-Heft zu übertragen.

Die zweite Untersuchung erfolgt vom 3. bis 10. Lebenstag und umfasst die Erhebung der Vorgeschichte. Hier wird geachtet auf Atemstillstand oder Krämpfe,

Schwierigkeiten beim Trinken, Schluckstörungen, ein Guthrie-Test durchgeführt und eine Rachitis/Fluoridprophylaxe besprochen. Ferner werden Verdachtsdiagnosen der letzten Früherkennungsuntersuchung geprüft und weitere eingehende Untersuchungen zu Körpermaße, Reifezeichen, Haut, Brustorgane, Bauchorgane, Geschlechtsorgane, Skelettsystem, Sinnesorgane, Motorik und Nervensystem durchgeführt. Die Anamnese umfasst auch die Lebensbedingungen des Kindes in der Familie (Sozialanamnese).

Im Verlauf der weiteren Untersuchungen bis zur U9 werden die dem Alter entsprechenden Entwicklungen des Kindes geprüft (z. B. altersgemäße Sprache und Sprachverständnis, Motorik, Hören, Sehen), Verhaltensauffälligkeiten nachgefragt (z. B. Stereotypien, ausgeprägte nächtliche Schlafstörungen, Störungen des sozialen Kontaktes, unkonzentriertes Spielen), geschaut, ob Schutzimpfungen vollständig sind, usw. Auch kommen neue Untersuchungsarten hinzu wie das Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation.

Eine Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) umfasst eine differenzierte Anamneseerhebung und eine klinisch-körperliche Untersuchung. Bei der Anamnese wird geachtet auf eine auffällige seelische Entwicklung/Verhaltensstörungen, eine auffällige schulische Entwicklung (z. B. Schulleistungsprobleme), gesundheitsgefährdendes Verhalten (z. B. Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) und ob chronische Erkrankungen vorliegen.

Im Zentrum der klinisch-körperlichen Untersuchungen stehen die Erhebung der Körpermaße (Körperhöhe und -gewicht), die Pubertätsentwicklung (verfrüht oder verzögert), das Wachstum und körperliche Entwicklung (z. B. Klein-/ Großwuchs, Unter- und Übergewicht), etwaige arterielle Hypertonie, Erkrankungen der Hals-/Brust-, Bauchorgane (z. B. Struma) und Untersuchungen des Skelettsystems (z. B. Skoliose).

Zudem ist bei jedem Jugendlichen der Impfstatus zu erheben und dieser gegebenenfalls zur Nachimpfung zu motivieren. Ferner ist auf eine ausreichende Jodzufuhr zu achten.

Nach Abschluss der Maßnahmen hat der Arzt den Jugendlichen über das Ergebnis der durchgeführten Untersuchung zu informieren und mit ihm die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung zu erörtern. Dabei soll der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Jugendlichen ansprechen und diesen auf die Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinweisen.

	Zeitraum	Maßnahmen
U1	Neugeborenen-Erstuntersuchung	Kontrolle von Hautfarbe, Atmung, Muskeltätigkeit, Herzschlag und Reflexen. Screening zur Früherkennung angeborener Stoffwechseldefekte und endokriner Störungen. Hörscreening zur Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB.
U2	3. - 10. Lebensstag	Untersuchung von Organen, Sinnesorganen und Reflexen
U3	4. - 5. Lebenswoche	Prüfung der altersgemäßen Entwicklung der Reflexe, der Motorik, des Gewichts und der Reaktionen. Untersuchung der Organe und der Hüften. Abfrage des Trinkverhaltens.
U4	3. - 4. Lebensmonat	Untersuchung der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, von Wachstum, Motorik und Nervensystem.
U5	6. - 7. Lebensmonat	Untersuchung der Organe, Sinnesorgane, Geschlechtsorgane und der Haut, von Wachstum, Motorik und Nervensystem.
U6	10. - 12. Lebensmonat	Kontrolle der geistigen Entwicklung, der Sinnesorgane und der Bewegungsfähigkeit.
U7	21. - 24. Lebensmonat	Test der sprachlichen Entwicklung, Feinmotorik und Körperbeherrschung.
U7a	34. - 36. Lebensmonat	Frühzeitige Erkennung von Sehstörungen und sonstigen Auffälligkeiten
U8	46. - 48. Lebensmonat	Intensive Prüfung der Entwicklung von Sprache, Aussprache und Verhalten, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen im Vorschulalter gezielt behandeln zu können.
U9	60. - 64. Lebensmonat	Prüfung der Motorik und Sprachentwicklung, um eventuelle Krankheiten und Fehlentwicklungen vor dem Schuleintritt zu erkennen und zu heilen.

#### 4.5.2 Weiterentwicklung der Kinder-Untersuchungen

Das Kinderfrüherkennungsprogramm ist seit 1971 Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Entsprechend medizinischer Erfahrungen und diagnostisch verbesserter Möglichkeiten sind die Untersuchungsprogramme sowie deren qualifikations- bzw. qualitätssichernde Voraussetzungen erweitert und die Abstände zwischen den jeweiligen Untersuchungen angepasst worden. So wurde 2008 die zusätzliche Untersuchung U7a im 34. bis 36. Lebensmonat eingeführt. Die U7a stellt sicher, dass Kinder ab der Geburt mindestens in jährlichem Abstand dem Arzt zur Früherkennung von Krankheiten vorgestellt werden können. Die U7a dient dabei unter anderem der möglichst frühzeitigen Erkennung von Sehstörungen beziehungsweise deren Risikofaktoren. Durch diese weitere Untersuchung werden auch laut Gemeinsamen Bundesausschuss positive Effekte auf die Teilnehmerate der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder insgesamt erwartet. Zudem soll mit der neuen Untersuchung sichergestellt werden, dass sonstige Auffälligkeiten möglichst frühzeitig entdeckt und behandelt werden können. Zudem ist durch die Einführung eines Meldeverfahrens zur Teilnahme an den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (U5 bis U9) und die Erweiterung der Toleranzzeiten für die Abrechnung dieser Untersuchungen ein zusätzliches Element zum wirksamen Gesundheitsschutz der Kinder etabliert worden.

### 4.5.3 Erweiterung von qualitätssichernden Maßnahmen

Auch die Erweiterung von qualitätssichernden Maßnahmen der im Rahmen der Kinder-Richtlinien durchgeführten Untersuchungen sowie neue vertragliche Konzepte haben Einfluss auf eine verbesserte Kindergesundheit.

#### 4.5.3.1 Sonographisches Screening der Säuglingshüfte

Das sonographische Screening der Säuglingshüfte (nach Anlage 5 Kinder-Richtlinien) wurde zum Beispiel bereits zum 1. Januar 1996 bundesweit eingeführt. Das Screening, das in der 4. bis 5. Lebenswoche und in zeitlichem Zusammenhang mit der 3. Früherkennungs-Untersuchung erfolgt, soll das spätere mögliche Auftreten einer Hüftgelenksluxation verhindern. Im Falle einer klinisch noch unauffälligen Dysplasie kann nämlich eine ggf. notwendige Therapie schon vor der 6. Lebenswoche begonnen werden.

Angangs beschränkte sich die Qualitätssicherung in diesem Bereich auf die Überprüfung der fachlichen Qualifikation. So müssen die Fachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und radiologische Diagnostik, Kinderradiologie mindestens 200 Säuglinge unter Anleitung untersucht haben. Andere Arztgruppen müssen 18 Monate ununterbrochen in einer klinischen oder vergleichbaren Tätigkeit im Fachgebiet Kinderheilkunde, Orthopädie, radiologische Diagnostik oder Kinderradiologie nachweisen. Darüber hinaus ist unabdingbare Voraussetzung für eine fachgerechte Beurteilung des Hüftzustandes, dass das Abbildungsverhältnis des Untersuchungsgebietes für die Winkelmessung mindestens 1,7 zu 1 beträgt.

Ab dem 1. April 2005 ist die Stichprobenprüfung als ein weiterer Bestandteil der Qualitätssicherung auf diesem Gebiet hinzugekommen. Für alle Ärzte, denen eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der sonographischen Unter-

suchung erteilt worden ist, besteht die Auflage, erfolgreich an der regelmäßigen Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilzunehmen. Dies ergibt sich aus der Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung. Grundlage der Stichprobenprüfungen ist die regelmäßige zweijährige Überprüfung ausgewählter Dokumentationen von Screening-Untersuchungen bei mindestens zwölf Patienten durch die zuständige Qualitätssicherungskommission.

Die Überprüfung umfasst die Qualität der selbständig durchgeführten sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte mit ihren diagnostischen Informationen sowie der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Befundung und Indikationsstellung für Folgemaßnahmen. Auch die Konsequenzen für das vom Vertragsarzt veranlasste weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen sind im Umfang der Überprüfung enthalten.

Ärzte, die Leistungen der sonographischen Screening-Untersuchungen von Säuglingshüften in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen, müssen die in der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik erfüllen. Sofern der mit der Früherkennungsuntersuchung befasste Arzt die sonographische Untersuchung der Hüftgelenke nicht selbst ausführt, soll er die Überweisung des Kindes an einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt mit den angegebenen Qualifikationen veranlassen. Dieser hat den überweisenden Arzt sofort über das Ergebnis der hüftsonographischen Untersuchung zu unterrichten, um die gegebenenfalls erforderlichen therapeutischen und/oder diagnostischen Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten.



#### 4.5.3.2 Erweitertes Neugeborenen-Screening

Durch das erweiterte Neugeborenen-Screenings (Tandem-Massenspektrometrie) sind die anfänglichen Blutuntersuchungen wesentlich verbessert und weitere behandelbare Erkrankungen in die Untersuchung aufgenommen worden. Das im Rahmen der Kinder-Richtlinien (Anlage 2 der Richtlinien) durchzuführende erweiterte Screening dient der Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden. Unbehandelt können diese Erkrankungen zu Organschäden, körperlicher oder geistiger Behinderung führen.

##### Zielkrankheiten und deren Untersuchung:

(1) Im erweiterten Neugeborenen-Screening wird ausschließlich auf die nachfolgenden Zielkrankheiten gescreent:

1. Hypothyreose
2. Adrenogenitales Syndrom (AGS)
3. Biotinidasemangel
4. Galaktosämie
5. Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA)
6. Ahornsirupkrankheit (MSUD)
7. Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD)
8. Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD)
9. Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD)
10. Carnitinzyklusdefekte
  - a) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-I-Mangel (CPT-I)
  - b) Carnitin-Palmitoyl-Transferase-II-Mangel (CPT-II)
  - c) Carnitin-Acylcarnitin-Translocase-Mangel
11. Glutaracidurie Typ I (GA I)
12. Isovalerialacidämie (IVA)

Das Screening erfolgt im Laufe des zweiten bis dritten Lebensstages (36. – 72. Stunde nach der Geburt), ggf. zusammen mit der zweiten Vorsorgeuntersuchung des Kindes, der U2. Hierzu werden wenige Blutstropfen (aus der Vene oder Ferse) entnommen, auf die dafür vorgesehene Filterpapierkarte getropft und nach dem Trocknen sofort zu einem Screeninglabor geschickt. Dort werden die Proben unverzüglich mit speziellen, sehr empfindlichen Untersuchungsmethoden untersucht.

Voraussetzung für den Erfolg des Screenings sind zudem strukturelle Abläufe wie die Maßnahmen zur umfassenden Qualitätssicherung des organisatorischen Screening-Ablaufs („Tracking“) und eine wissenschaftliche Begleitung. Speziell nach Erst- oder Zweitbefunden ist ein Nachverfolgen der Befunddaten und der weiteren Entwicklung äußerst wichtig, wenn auch noch nicht überall zufriedenstellend organisiert.

#### 4.5.3.3 Neugeborenen-Hörtest

Neugeborene haben seit dem 1. Januar 2009 Anspruch auf die Teilnahme an einem Neugeborenen-Hörscreening (Anlage 6 der Kinder-Richtlinien). Bei Geburt im Krankenhaus erfolgt die Untersuchung vor Entlassung. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses oder nicht erfolgter Untersuchung findet diese spätestens im Rahmen der U2 statt. Durchführen können das Screening niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für HNO-Heilkunde oder Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen, insofern sie berufsrechtlich hierzu berechtigt sind. Aktuell (Stand Dezember 2009) fehlt noch eine EBM-Abrechnungsziffer dieser Leistung für den ambulanten Bereich, so dass nach Einreichen der Rechnung eine Kostenerstattung der Krankenkasse erfolgt. Die Untersuchung wird jedoch häufig auch direkt nach der Geburt im Krankenhaus erbracht.

Schwerhörigkeit ist die häufigste angeborene Erkrankung. Ein bis zwei von 1.000 Babys kommen jedes Jahr mit Hörstörungen auf die Welt. Erkannt wird die Schädigung aber meist erst viel später, im zweiten bis dritten Lebensjahr, wenn die Kinder nicht richtig sprechen lernen und in der Entwicklung zurückbleiben. In den ersten Monaten fällt es Eltern nur selten auf, dass ihr Baby nicht angemessen auf laute Geräusche reagiert oder nicht aufschaut, wenn sein Name gerufen wird.

Ein schlechtes Gehör behindert die sprachliche, intellektuelle, emotionale und soziale Entwicklung des Kindes massiv. Selbst Kinder mit einseitiger Hörstörung haben häufig Probleme beim Kommunizieren. Je früher Schwerhörigkeit entdeckt wird, desto effektiver kann man sie behandeln. Die Untersuchung ist einfach und kann gemacht werden, während das Neugeborene schläft. Eine kleine ins Ohr gehaltene Sonde sendet ein leises Geräusch aus. Ein gesundes Innenohr reagiert darauf mit einer leichten Vibration. Diese wird von dem Messgerät in der Sonde erfasst, die die Otoakustischen Emissionen (OAE) misst. Bei zweifelhaften Befunden ist eine weitere Untersuchung zur Konfirmationsdiagnostik vorgeschrieben, die sogenannte AABR (automatisierte Ableitung / Auswertung von auditorisch evozierten Hirnstammpotentialen).

Auch im jungen Säuglingsalter kann es noch sekundär zu Hörstörungen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Sprachentwicklung kommen. Ursächlich sind hier zumeist chronisch bestehende Mittelohraffektionen (Paukenergüsse/Adenoide). Eine gründliche Untersuchung des Gehörs bleibt also auch bei positiven OAE-Untersuchungen nach der Geburt wichtig. Zu diesem Zweck gibt es evaluierte Fragebögen, die die Anamnese vereinfachen (z. B. der Fragebogen „littLEARS“ von Prof. Dr. Ir. Frans Coninx, Institut für angewandte Pädagogik e.V.).

#### 4.5.3.4 Versorgung chronisch nierenkranker Kinder

Im Sommer 2009 haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darauf geeinigt, die Versorgungsregelung für chronisch niereninsuffiziente Kinder zu verbessern.

Die Neuregelung beinhaltet das gesamte Spektrum von der Früherkennung angeborener Nierenerkrankungen und nephrologischer Funktionsstörungen über die Dialyse von chronisch niereninsuffizienten Kindern, bis hin zur Vorbereitung und Betreuung von Kindern mit Nierentransplantation. Hiervon profitieren insbesondere die über 1.000 dialysepflichtigen beziehungsweise nierentransplantierten Kinder in Deutschland.

Des Weiteren haben Krankenkassen und KBV in der Neuregelung die Voraussetzungen für eine bessere Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten geschaffen: Hausärzte können sich an den neuen Beurteilungskriterien für bestimmte Risikoerkrankungen, Labor- und Untersuchungsbefunden orientieren und so rechtzeitig Nephrologen einschalten. Dadurch sollen Nierenschädigungen möglichst frühzeitig erkannt werden, um sie gezielt behandeln zu können. Andererseits ist Ziel, den Einsatz von Dialyseverfahren möglichst zu vermeiden, oder, falls doch notwendig, diesen langfristig und patientenschonend zu planen.

#### 4.5.3.5 Hilfe für junge ADHS-Betroffene

Rund 500.000 Kinder und Jugendliche leiden in Deutschland an einer Aufmerksamkeits-Defizit- (Hyperaktivitäts-)Störung (ADHS). Um die Betroffenen besser zu behandeln, hat die KBV 2009 einen neu konzipierten Vertrag nach §73c SGB V vorgestellt. Teilnehmen an den Vertrag können Kinder- und Jugendärzte sowie

Kinder- und Jugendpsychiater und – psychotherapeuten. Ziel des Vertrags ist eine bessere Diagnostik und eine zielgerechte Medikation. Mit diesem Vertragsangebot lässt sich ein qualifiziertes Behandlungsprogramm für die häufigste psychische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen deutschlandweit verwirklichen. Die KBV hofft darauf, dass die Krankenkassen diese Chance nutzen.

Der neue Vertragsentwurf deckt medizinische und therapeutische Versorgungsbereiche ab. Ein Schwerpunkt ist die leitlinienorientierte Diagnose und Differentialdiagnose. Diese soll sicherstellen, dass lediglich eindeutige Fälle behandelt werden. Von AD(H)S betroffene Familien profitieren von einem festen Ansprechpartner in ihrer Nähe. Eltern werden spezielle Trainings angeboten. Vorgesehen ist auch ein Patientenpass, der für die Patienten individuell aufbereitete Informationen enthält.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ist bemüht, eine vertragliche Regelung mit den Krankenkassen zu erreichen.

#### 4.5.4 Soziale Aspekte der Kinder-Gesundheit

Zahlreiche Fälle vernachlässigter, misshandelter und selbst getöteter Kinder in Deutschland hatten die NRW-Landesregierung Anfang 2007 veranlasst, ein „Handlungskonzept für einen besseren und wirksamen Kinderschutz“ zu verabschieden. Bestandteil dieses Konzeptes ist unter anderem die verbindlichere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U5 bis U9).

Eine verbesserte Teilnahmequote soll in Verbindung mit einem Bündel weiterer Maßnahmen die Chance erhöhen, bisher nicht aufgefallene „Risikokinder“ zu erreichen und diese geeigneten Therapie- und Fördermaßnahmen zuzuführen. Demgemäß hat der nordrhein-westfälische Landtag Ende 2007 entschieden, dass Ärztinnen und Ärzte melden müssen, wer an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenom-

men hat. Dies wurde in § 32a des Heilberufsgesetzes verankert.

Die Landesregierung hat zudem eine Expertenkommission „Kinderschutz“ eingerichtet. Ihr gehören unter anderem Vertreter der Regierung, der öffentlichen Gesundheitsdienste, sozialer Einrichtungen und Verbände und der Ärzteschaft an. Für Anfang 2010 plant die Kommission ihren ersten Ergebnisbericht zu veröffentlichen.

##### 4.5.4.1 Meldeverfahren für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen

Im Oktober 2008 startete in NRW das Meldeverfahren für Kinder-Vorsorgeuntersuchungen. Anfangs gab es einige technische Startschwierigkeiten. Die Daten zwischen Einwohnermeldeamt und LIGA konnten mangels Kompatibilität der Software nicht abgeglichen werden. Inzwischen ist das Verfahren aber flächendeckend umgesetzt.

Häufig werden Termine im Alltagsgeschehen vergessen oder Eltern sind nicht darüber informiert, warum Früherkennungsuntersuchungen so wichtig sind. Ärztinnen und Ärzte, die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern durchführen, sind nun verpflichtet, die Teilnahme an diesen Vorsorgeleistungen der Zentralen Stelle des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA) zu melden. Diese Maßnahme soll auch einen höheren Schutz und eine bessere Versorgung von vernachlässigten Kindern zum Ziel haben.

Der Zentralen Stelle werden Vor- und Familienname, Datum und Ort der Geburt, Geschlecht, Anschrift und die durchgeführte Früherkennungsuntersuchung übermittelt. Nicht gespeichert werden Daten zum Gesundheitszustand. Nach der U9 werden sämtliche Daten gelöscht. Die Zentrale Stelle vergleicht diese Meldungen mit den Daten der Einwohnermeldeämter, um festzustellen, welche Kinder noch nicht bei den Untersuchungen waren.

## Gesetzliche Grundlagen Meldeverfahren

Die gesetzlichen Grundlagen für das Verfahren sind durch das zum 07. Dezember 2007 geänderte Heilberufsgesetz (§ 32a) gegeben:

Ärztinnen und Ärzte, die bei Kindern im Alter von einem halben bis zu fünfeneinhalb Jahren eine Früherkennungsuntersuchung gemäß §26 des Fünften Sozialgesetzbuches durchgeführt haben, übermitteln der Zentralen Stelle nach erfolgter Untersuchung folgende Daten:

- Vor- und Familienname, gegebenenfalls frühere Namen des Kindes,
- Datum und Ort der Geburt,
- Geschlecht,
- gegenwärtige Anschrift des Kindes,
- Datum und Bezeichnung der durchgeführten Früherkennungsuntersuchung.
- Das Nähere zum Verfahren der Datenmeldungen und zum Datenabgleich einschließlich des Verfahrens nach § 31 Absatz 5 Meldegesetz Nordrhein-Westfalen regeln das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium und das Innenministerium durch Rechtsverordnung.

Etwa drei Wochen vor Ablauf der Frist, in der die Untersuchungen gemacht werden können, schickt die Zentrale Stelle den Eltern dieser Kinder ein Erinnerungsschreiben. Nach Ablauf der Frist werden die jeweiligen Kommunen darüber informiert, welche Kinder nicht an den Untersuchungen teilgenommen haben. Die örtlichen Jugendämter entscheiden dann, ob sie diese Eltern aufsuchen und beraten. Näheres zur Datenmeldung regelt die im September 2008 in Kraft getretene Rechtsverordnung.

Mit diesem Meldeverfahren will das Land NRW erreichen, dass nun möglichst alle Kinder an den für gesetzlich Krankenversicherte kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder zwischen 6 Monaten und 5 ½ Jahren teilnehmen.

„Die Meldepflicht allein kann eine Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern

jedoch nicht stoppen“, äußert Dr. Thomas Fischbach, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein. „Wir erreichen aber diejenigen, für die die Vorsorgeuntersuchungen generell den größten Nutzen haben. Etwa zehn Prozent der Kinder zwischen sechs Monaten und fünf Jahren kommen insgesamt nicht zur Vorsorge. Nur circa 75 Prozent aller Kinder nehmen lückenlos alle Untersuchungen von der U5 bis zur U9 wahr.“

Wir Pädiater beobachten in der Praxis, dass vor allem Kinder aus sozial schwachen Familien die Vorsorgeuntersuchungen oft nur unregelmäßig oder gar nicht wahrnehmen. Auch ist in diesen Fällen sehr oft „doctor-hopping“ zu beobachten, das häufige Wechseln des betreuenden Arztes. Dabei sind bei diesen Kindern Entwicklungsprobleme und organische Krankheiten vergleichsweise häufig. Aber darum geht es auch nicht ausschließlich. Vorsorgeuntersuchungen sind zuallererst präventive Maßnahmen. Im Kampf gegen Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern bilden sie nur einen Stein im Mosaik von Maßnahmen. Dies müssen wir differenzieren“, so die Meinung von Fischbach.

Er plädiert hier vor allen für eine Kultur des Hinschauens. Die Hebamme, der auffällt, dass die Eltern überfordert sind, muss diese Information weitergeben. Der Sportlehrer, dem blaue Flecken komisch vorkommen, darf nicht schweigen. Die Nachbarn, die hören, dass Kinder geschlagen werden, sollten handeln. Wichtig sind vernetzte Strukturen, frühe Hilfsangebote vor Ort, die Probleme in Familien aufdecken und lösen helfen. In vielen Kommunen müssen diese Angebote aller-

## Teilnahme an den Untersuchungen in 2008 in Prozent der anspruchsberechtigten Altersgruppe

U3	93,6%
U4	94,1%
U5	94,2%
U6	93,1%
U7	88,0%
U8	82,2%
U9	83,2%

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

dings noch ausgebaut werden.

„Hier bedarf es eines Bundeskinderschutzgesetzes, das alle diese Fragen regelt. Der BVKJ fordert eine gesetzliche Regelung für einen innerärztlichen Informationsaustausch bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“, erläutert Fischbach.

#### Aus der Erklärung der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin:

Ab Herbst 2009 wurde damit begonnen, das Meldeverfahren schrittweise auf alle Kinder-Vorsorgeuntersuchungen auszudehnen.

Unabhängig vom Für und Wider eines bevölkerungsweiten Screenings zur Verhinderung von Kindesmisshandlung besteht weiterhin im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen von Kindern die Möglichkeit, dass der Arzt bei verdächtigen Befunden die notwendigen Maßnahmen veranlasst und beispielsweise das Jugendamt einschaltet. Um die Aufmerksamkeit der Ärzte für diesen sensiblen Bereich weiter zu erhöhen und Unsicherheiten in Bezug auf das weitere Vorgehen bei einem Verdacht abzubauen, haben Ärztekammern, Berufsverbände und Ministerien bereits entsprechende Leitfäden entwickelt.

Unabhängig vom Für und Wider eines bevölkerungsweiten Screenings zur Verhinderung von Kindesmisshandlung besteht weiterhin im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen von Kindern die Möglichkeit, dass der Arzt bei verdächtigen Befunden die notwendigen Maßnahmen veranlasst und beispielsweise das Jugendamt einschaltet. Um die Aufmerksamkeit der Ärzte für diesen sensiblen Bereich weiter zu erhöhen und Unsicherheiten in Bezug auf das weitere Vorgehen bei einem Verdacht abzubauen, haben Ärztekammern, Berufsverbände und Ministerien bereits entsprechende Leitfäden entwickelt.

## 4.6 Fortbildung bürgt für Qualität

Als ein Instrument, um Qualität in der ärztlichen Berufsausübung zu sichern, kann die regelmäßige Fortbildung genannt werden. Fortbildungen sind seit langem obligatorischer Bestandteil von Ärzten und Psychotherapeuten, die sich in ihrem Fachgebiet sowie allgemeinen medizinischen und technischen Entwicklungen auf dem neuesten Stand bewegen möchten.

Der Gesetzgeber hat zudem im Jahr 2004 eine Nachweispflicht über Fortbildungsmaßnahmen festgeschrieben. Der § 95 d des Sozialgesetzbuch V schreibt die Pflicht zur fachlichen Fortbildung vor. Alle fünf Jahre haben Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung (jeder Vertragsarzt / -psychotherapeut, ermächtigte Ärzte sowie in Medizinischen Versorgungszentren und bei Vertragsärzten angestellte Ärzte) gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung einen Fortbildungsnachweis zu erbringen. In den vergangenen fünf Jahren galt es damit, 250 vorgeschriebene Fortbildungspunkte bzw. Punkte der Continuing Medical Education (CME) zu sammeln.

In diesem Sommer mussten erstmals bis zum 30. Juni all diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten, die im Juli 2004 niedergelassen waren und auch jetzt noch tätig sind, nachweisen, dass sie ihre Fortbildungspflicht erfüllt haben. Von den 13.975 Vertragsärzten in Nordrhein, die im Juli 2004 niedergelassen waren und auch derzeit noch tätig sind, haben nach Angaben der Ärztekammer Nordrhein rund 98 Prozent die erforderlichen Punkte nachgewiesen.

„Die Zahlen zeigen: Ärzte und Psychotherapeuten haben ihre Fortbildungs-Hausaufgaben gemacht“, sagt Dr. Klaus Enderer, Stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein. Rund 90 Mitglieder können zudem später nachweisen, dass sie genug Punkte gesammelt haben, ihre Frist wurde zum Beispiel wegen Schwangerschaft

oder längerer Erkrankung verlängert.

Wer keinen Punktenachweis vorlegt, dem muss die Kassenärztliche Vereinigung nach dem Willen des Gesetzgebers das Honorar kürzen: vier Quartale lang zehn Prozent, ab dem darauf folgenden Quartal sogar 25 Prozent. Die Kürzung betrifft das vertragsärztliche Honorar und endet erst nach Ablauf des Quartals, in dem die Fortbildungen gegenüber der KV nachgewiesen werden. Erbringt ein Vertragsarzt nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums den Fortbildungsnachweis, so soll die KV einen Antrag auf Zulassungsentzug stellen.

## 5. Zahlen und Daten der KV Nordrhein

### 5.1 Aufgaben und Ausrichtung der KV Nordrhein

Die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein sind vielfältig. Hierzu gehören Sicherstellung und Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung, Kontrollen der Abrechnung und die Verteilung des knappen Honorars ebenso wie die Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Über dieses Kerngeschäft hinaus versteht sich die moderne Kassenärztliche Vereinigung als Dienstleister gegenüber ihren Mitgliedern und steht Bürgerinnen und Bürgern als Ansprechpartner zur Verfügung. Sie ist ferner Bindeglied zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten.

Das System einer wohnortnahen flächendeckenden ambulanten Versorgung gewährleistet, dass Ärzte rund um die Uhr zur Versorgung in Stadt und Land bereit stehen. Wenn es um die Sicherstellung des Notdienstes geht, kooperieren Praxis und Klinik miteinander.

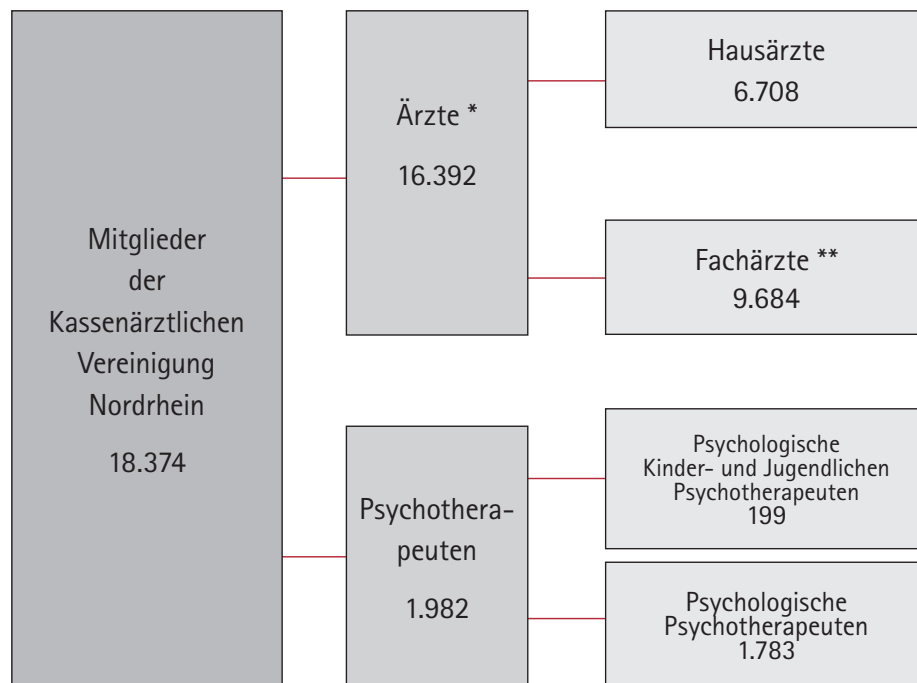
Qualitätssicherung hat in der ambulanten Versorgung eine gewachsene Tradition. Die Kassenärztliche Vereinigung praktiziert bewährte und moderne Instrumente der Qualitätssicherung. Zahlreiche Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung überwachen die Versorgungsqualität. Darüber hinaus existieren seit vielen Jahren Qualitätszirkel, in denen sich Gruppen von Ärztinnen und Ärzten regelmäßig zu fachlichen, themenspezifischen Diskursen treffen. Was der einzelne Mediziner in seinem Fachgebiet leisten darf, richtet sich nach der persönlichen Qualifikation durch Ausbildung, Weiter- und Fortbildung sowie durch erworbene Erfahrung mittels Häufigkeit erbrachter Leistungen. Qualitätssicherung findet darüber hinaus systematisch im Bereich der Struk-

turverträge, Modellvorhaben und der Disease-Management-Programme statt.

Besondere Aufmerksamkeit gilt der Versorgung chronisch Kranker wie Diabetikern, Brustkrebs-Patienten und Herz-erkrankten. Die Körperschaften setzen sich für innovative und integrierte Versorgungskonzepte ein, wodurch die Kooperation zwischen stationärem und ambulanten Sektor verbessert werden kann. Somit liegen Kompetenz und Verantwortung für die Qualität medizinischer Versorgung in den Händen von Ärzten, die durch die Ausübung ihres Berufes im täglichen Kontakt mit dem Patienten stehen.



## 5.2 Struktur der Mitglieder der KV Nordrhein



\* inklusive angestellte und ermächtigte Ärzte  
\*\* inklusive ärztliche Psychotherapeuten

Quelle: KV Nordrhein

Stand: I/2009

## Arztzahlen: Fachgruppenverteilung

Allgemein-/Praktische Ärzte	3.872
Hausärztliche Internisten	2.068
Fachärztliche Internisten	886
Frauenärzte	1.359
Kinderärzte	768
Augenärzte	669
Orthopäden	692
Nervenärzte	795
HNO-Ärzte	542
Ärztliche Psychotherapeuten	620
Psychologische Psychotherapeuten	1.982
Chirurgen	693
Hautärzte	414
Anästhesisten	398
Radiologen	514
Urologen	368
Sonstige Ärzte*	1.731

\* Zum Beispiel: Lungenärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Notfallärzte und Pathologen

Quelle: KV Nordrhein

Stand: I/2009



## 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 die 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 80er Jahre 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 potentiell 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 geringstmöglichem 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 Verbesserungspotentialen 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, stich-

probenartig 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 vorzulegenden 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.

Gleichermaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Bestehenskriterien der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

### Ergebnisqualität

Beurteilung der Güte der Behandlung. Sie 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 Veränderungen des Gesundheitszustandes eines Patienten.

ten 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 mit 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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 zur 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 solche Mindestmengen für Leistungen für die invasive 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 Min-

destmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen, und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten 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.

### Gesundheitsberichterstattung

Sammelbegriff für verschiedenste Verfahren, den Gesundheitszustand einer Zielpopulation zu beschreiben. In der Regel werden statistische Verfahren aus der Epidemiologie verwandt.

### 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 in Vergleich zu anderen in Konkurrenz stehenden 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 den Kassenärztlichen Vereinigungen 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 Bestand-

teil 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, dem Deutschen Pflegerat und allen 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 über 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/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 darüber, 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 Aspekte 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 der 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 van Eimeren konkretisiert als „das Verhältnis vom Machbaren bezogen auf das Erwünschte“. Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor festgelegten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist zu überprüfen (Donabedian).

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

## Qualitätssicherungskommissionen

Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständes 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder 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.

## qu.no®

QM-System der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Modulares, weiterentwicklungsfähiges System, geeignet sowohl für Vertragsärzte als auch für psychotherapeutische Praxen.

## 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 legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich 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. Der englische Begriff „standard“ ist im Deutschen mit „Norm“ zu übersetzen. 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 zur 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.

# Impressum

## KVNO Qualitätsbericht 2009

**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Redaktion:**

Ruth Banners (verantwortlich)  
Sigrid Müller

**Redaktionsausschuss:**

Dr. Leonhard Hansen,  
Dr. Klaus Enderer  
Ruth Banners

**Satz:**

BCS, Düsseldorf

**Druck:**

Druckhaus Limbach, Köln

**Anschrift der Redaktion:**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Tel.: 0211 5970 – 8077  
Fax.: 0211 5970 – 8287  
E-Mail: [dialog@kvno.de](mailto:dialog@kvno.de)

**Mitarbeiter an diesem Heft:**

Miriam Mauss  
Sigrid Müller  
Walter van Overbrüggen  
Bettina Rabenschlag  
Andrea Schween

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 500

Düsseldorf, Dezember 2009

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf  
E-Mail [kontakt@kvno.de](mailto:kontakt@kvno.de)  
Telefon 0211 59 700 · Telefax 0211 5970 8287