



Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

2014



Inhaltsverzeichnis

■ Vorwort – Axel Rambow	4
■ Ambulante ärztliche Versorgung in M-V – Zahlen und Fakten	6
■ Vielfältige Ausübungsmöglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit	9
■ Hohe Versorgungsqualität – innovative Projekte	10
Zusatzqualifikation <i>Care</i> – ein neues innovatives Zusatzmodul	11
Einrichtung Interprofessioneller Qualitätszirkel	13
■ Ambulante Qualitätssicherung	14
Institutionen und Organisationen zur Qualitätssicherung in Deutschland	15
Instrumente der Qualitätssicherung	15
Schematischer Aufbau eines Genehmigungsverfahrens	16
■ Qualitätssicherungskommissionen	18
Mitglieder der Kommissionen	19
■ Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen	20
Akupunktur	21
Ambulante Operationen	22
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	23
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	24
Disease-Management-Programme	25
Histopathologie Hautkrebs-Screening	26
Hörgeräteversorgung	27
Hörgeräteversorgung – Kinder	29
Intravitreale Medikamenteneingabe	30
Kapselendoskopie – Dünndarm	31
Koloskopie	32
Langzeit-EKG-Untersuchungen	35

Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie).....	35
Magnetresonanztomographie-Angiographie.....	36
Mammographie (kurativ)	37
Mammographie-Screening.....	38
Onkologie.....	40
Schlafbezogene Atmungsstörungen	42
Schmerztherapie.....	43
Strahlendiagnostik/-therapie	43
Konventionelle Röntgendiagnostik.....	43
Computertomographie.....	44
Osteodensitometrie	44
Strahlentherapie.....	44
Nuklearmedizin	45
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	45
Ultraschall Diagnostik.....	48
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri.....	53
■ Fortbildungsverpflichtung	55
■ Qualitätszirkel – eine häufig genutzte Form der Fortbildung	56
■ Qualitätsmanagement	58
■ Stichprobenprüfungen	60
■ Entwicklung der Genehmigungen	62
■ Ansprechpartner – Qualitätssicherung	64

Impressum

Herausgeber:	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern – Körperschaft des öffentlichen Rechts Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin, Internet: www.kvmv.info
Redaktion:	Geschäftsbereich Qualitätssicherung, Anette Winkler (V.i.S.d.P.) Kirsten Martensen, Telefon: 03 85.74 31 243, Telefax: 03 85.74 31 346, E-Mail: qual-sicherung@kvmv.de
Layout und Satz:	Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Katrin Schilder
Grafiken:	KVMV
Karten:	© Lutum+Tappert

Sehr geehrte Damen und Herren,

Täglich versorgen in Mecklenburg-Vorpommern rund 2.900 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten Patienten auf medizinisch hohem Niveau. Dabei gelten für sie die hohen Anforderungen an bundesweit und regional vereinbarte Qualitätsstandards für die Erbringung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen. Diese Qualität zu prüfen, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu sichern, ist eine der Aufgaben der Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV). Dazu tragen jedes Jahr die vielfältigen Qualitätssicherungsmaßnahmen, passgenaue Beratungskonzepte, die intensive Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln, aber auch die Qualitätssicherungskommissionen sowie die Zusammenarbeit mit Berufsverbänden und der Ärztekammer in M-V bei.

Die besondere Bedeutung der Qualitätssicherungskommissionen innerhalb der Qualitätssicherungsmaßnahmen ist dabei hervorzuheben. Die Verknüpfung des ärztlichen Sachverständes mit einer professionellen Verwaltung mittels der Qualitätssicherungskommissionen ist ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Einrichtung von ärztlich besetzten Kommissionen ist in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert.

Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen. Und sie bereiten die Entscheidung des Vorstandes der KVMV in



Form von Empfehlungen vor. Auch stichprobenartige Dokumentationsprüfungen gehören zu den Aufgaben der Mediziner. Die eingereichten patientenbezogenen Aufzeichnungen werden retrospektiv durch die Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen begutachtet. Neben den fachlich wichtigen Tätigkeiten, wie den qualitätssichernden Maßnahmen, spielt vor allem auch der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen oder Praxisbegehungen eine große Rolle. Durch den geschützten innerärztlichen Bereich erlangen die geprüften Ärzte und Psychotherapeuten ein höheres Vertrauen. In M-V kann somit durch die engagierte Arbeit der knapp 90 Mitglieder in den Qualitätssicherungs-

kommissionen der hohe Standard in der ambulanten Versorgung gesichert und weiterentwickelt werden.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitglieder der KVMV, Qualitätssicherung ist für uns mehr als die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht. Mit dem Qualitätsbericht für das Jahr 2014 erhalten Sie nun zum elften Mal eine komplexe und umfassende Übersicht über ein Jahr innerärztliche Qualitätssicherungsarbeit, die den hohen Stand der Patientenversorgung im ambulanten Bereich unseres Bundeslandes dokumentiert. Nicht alle Maßnahmen können in einem Qualitätsbericht wie diesem erschöpfend dargestellt werden. Der Vorstand und die Verwaltung der KVMV mit ihrem Geschäftsbereich Qualitätssicherung stehen gern zur Verfügung, über weitere Details und die aktuelle Entwicklung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie innovativen Projekten zu informieren. Wir stellen uns mit diesem Qualitätsbericht selbstbewusst den Anforderungen eines sich im ständigen Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems und schaffen belastbare Grundlagen für eine stete und hohe Versorgungsqualität.



Axel Rambow
Vorstandsvorsitzender der KVMV

*Wir stellen uns mit diesem
Qualitätsbericht selbstbewusst
den Anforderungen
eines sich im ständigen
Strukturwandel befindenden
Gesundheitssystems ...*



Ambulante ärztliche Versorgung in M-V – Zahlen und Fakten

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und wohnortnahen medizinischen Versorgung stellt die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen. Insbesondere der demografische Wandel führt zu einem steigenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen. Auch wenn in den letzten Jahren ein Rückgang der Bevölkerungszahl bemerkbar ist, so leben die Menschen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts heutzutage länger als noch vor hundert Jahren. In M-V ist gegenwärtig jeder Fünfte älter als 65 Jahre, im Jahr 2060 wird es laut statistischen Prognosen bereits jeder Dritte sein (Quelle: Statistisches Amt M-V). Dies bedeutet aber auch, dass die Wahrscheinlichkeit für chronische oder altersbedingte Erkrankungen im Alter steigt, was wiederum zu einer erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen sowie zu steigenden Ausgaben im Arzneimittelbereich führt.

Natürlich macht der demografische Wandel auch vor den Ärzten und Ärztinnen keinen Halt. Aktuell sind rund 21 Prozent der Vertragsärzte und Psychotherapeuten 60 Jahre und älter. Diese werden vermutlich in den nächs-

ten fünf bis zehn Jahren in den Ruhestand gehen. Vor allem in der Fachgruppe der Hausärzte ist der Ärztemangel schon jetzt deutlich spürbar.

Für die ambulante medizinische Versorgung stehen den Patienten gegenwärtig insgesamt 2.885 Ärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung. Diese sind entweder in eigener Praxis oder als Angestellte bei anderen Ärzten bzw. Psychotherapeuten oder in Medizinischen Versorgungszentren tätig. ■

Die Aufteilung der Ärzte nach Fachgruppen stellt sich wie folgt dar:

Darstellung der Arztzahl nach Köpfen, unabhängig vom Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne der Bedarfsplanung

	Anzahl gesamt	Durchschnittsalter (gesamt)	Anzahl der Ärzte 60 Jahre und älter (gesamt)	Anzahl angestellte Ärzte	Durchschnittsalter der angestellten Ärzte	Anzahl der angestellten Ärzte, 60 Jahre und älter
Hausärzte (ohne Pädiater)						
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	895	54,17	230	95	50,89	28
Internisten	265	52,08	51	57	52,25	14
Gesamt	1.160	53,13	281	152	51,57	42

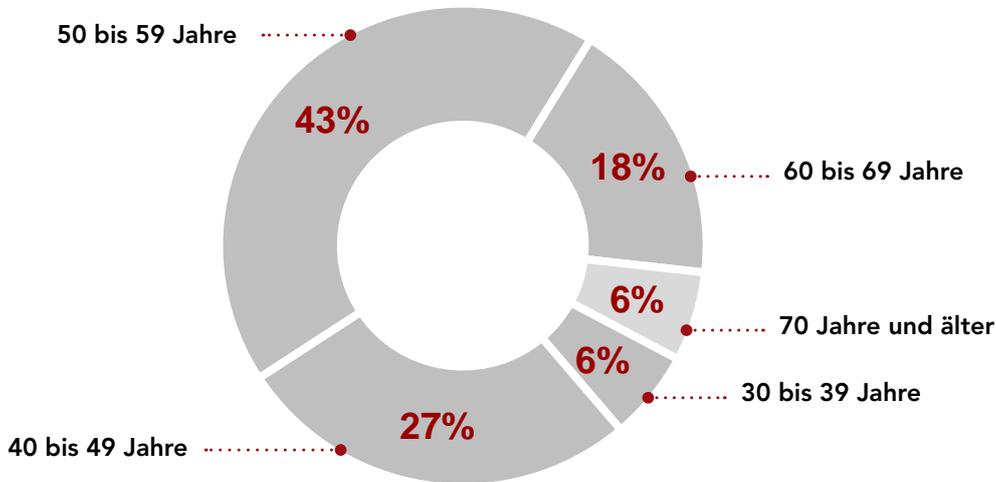
Fachärzte

Anästhesisten	46	53,02	8	9	54,78	3
Augenärzte	125	51,07	17	18	44,67	3
Chirurgen	110	54,72	30	14	55,00	6
Dermatologen	63	53,06	10	2	46,50	0
Gynäkologen	198	52,59	45	24	49,29	4
HNO-Ärzte	90	52,99	18	5	47,00	1
Internisten	191	52,60	32	53	51,21	7
Laborärzte	29	56,69	8	24	56,54	7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	13	47,00	0	2	40,00	0
Nervenärzte	114	53,34	25	24	53,04	9
Neurochirurgen	14	55,79	1	3	65,00	1
Nuklearmediziner	21	54,19	5	10	51,80	2
Orthopäden	105	51,86	14	15	51,40	4
Pädiater	125	53,20	29	22	49,23	4
Pathologen	17	51,35	3	3	42,67	0
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	15	55,13	4	1	62,00	1
Psychologische Psychotherapeuten	253	49,29	39	7	41,14	0
Ärztliche Psychotherapeuten	59	52,90	11	3	44,67	0
Radiologen	60	52,52	12	22	52,09	4
Sonst. Gebiete	7	56,29	2	6	56,00	2
Strahlentherapeuten	11	44,36	0	11	44,36	0
Urologen	59	54,29	14	8	46,38	1
Gesamt	1.725	52,65	327	286	50,22	59

Stand: 15.07.2015; Quelle: Arztregister

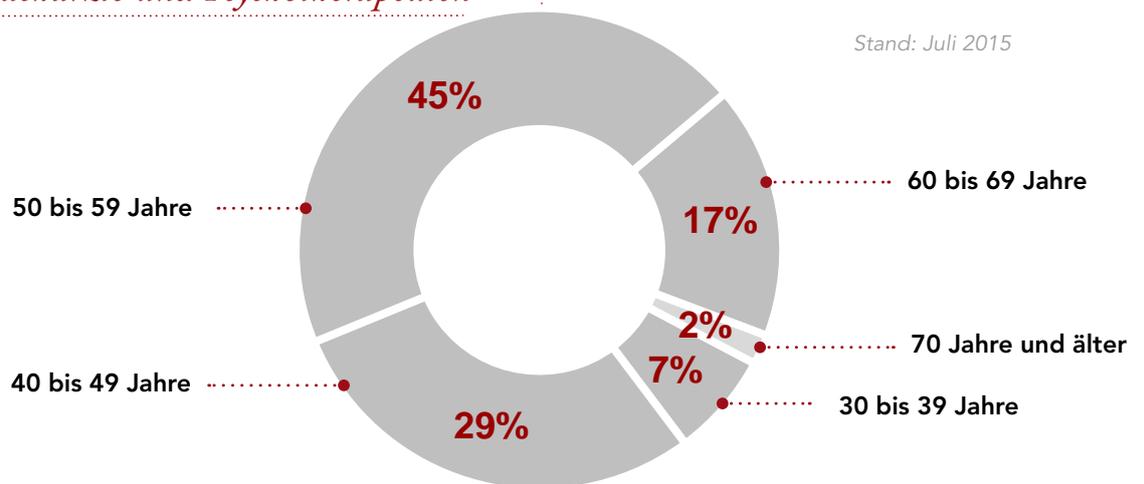
Altersverteilung Hausärzte (Allgemeinmediziner u. hausärztl. tätige Internisten)

Stand: Juli 2015

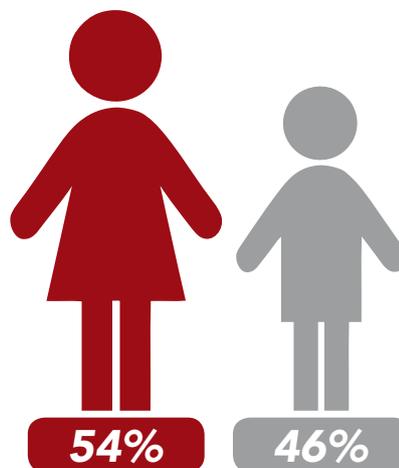


Altersverteilung Fachärzte und Psychotherapeuten

Stand: Juli 2015



Zugelassene und angestellte Ärzte nach Geschlecht



Vielfältige Ausübungsmöglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit

Ob Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder Medizinisches Versorgungszentrum – die Möglichkeiten für die Ausübung des ärztlichen Berufs sind vielfältig.

Die beliebteste Betriebsform der vertragsärztlichen Versorgung ist bis heute die Einzelpraxis. Insgesamt 1.905 Ärzte haben diese „klassische“ Tätigkeitsform gewählt. Demgegenüber stehen 244 Gemeinschaftspraxen, in denen insgesamt 536 Ärzte tätig sind. Darüber hinaus wurden gemäß § 24 Ärzte-ZV über 300 Genehmigungen zum Betrieb von Nebenbetriebsstätten erteilt.

Die selbstständige Tätigkeit in einer eigenen Praxis kann viele Vorteile mit sich bringen. Sein eigener Chef zu sein, wer wünscht sich das nicht. Dennoch bedeutet die Führung einer eigenen Praxis nicht nur ein hohes Maß an Eigenständigkeit und Flexibilität, sondern auch oftmals hohe Investitionskosten und wirtschaftliche Verantwortung. Für Ärzte, die den Weg in die selbstständige Niederlassung nicht wollen, aber trotzdem ambulant tätig

sein möchten, bietet die Anstellung eine gute Alternative. So arbeiten derzeit über 380 Ärzte als angestellte Ärzte in freier Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Jährlich ist hier ein Anstieg von rund fünf Prozent zu verzeichnen. Die Arbeit in einem MVZ bietet die Möglichkeit einer gemeinsamen ärztlichen Tätigkeit unter einem Dach. In M-V bestehen insgesamt 45 solcher Medizinischer Versorgungszentren. Die Tätigkeit als angestellter Arzt oder Psychotherapeut bietet zum Beispiel die Vorteile eines regelmäßigen Gehaltes sowie der allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu Mutterschutz, Elternzeit und Elterngeld für Angestellte. Auch kann so der Beruf als ambulant tätiger Arzt ohne finanzielles Risiko ausgeübt werden.

Ärzte, die sich unsicher sind, welches Praxismodell für sie das richtige ist oder ob für sie eher eine Anstellung in Frage kommt, unterstützt die KVMV gern auf ihrem Weg in die ambulante Versorgung. Hierfür bietet die Abteilung Kassenärztliche Versorgung individuelle Niederlassungsberatungen an. ■

Entwicklung der Anzahl angestellter Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten

Stand: Juli 2015

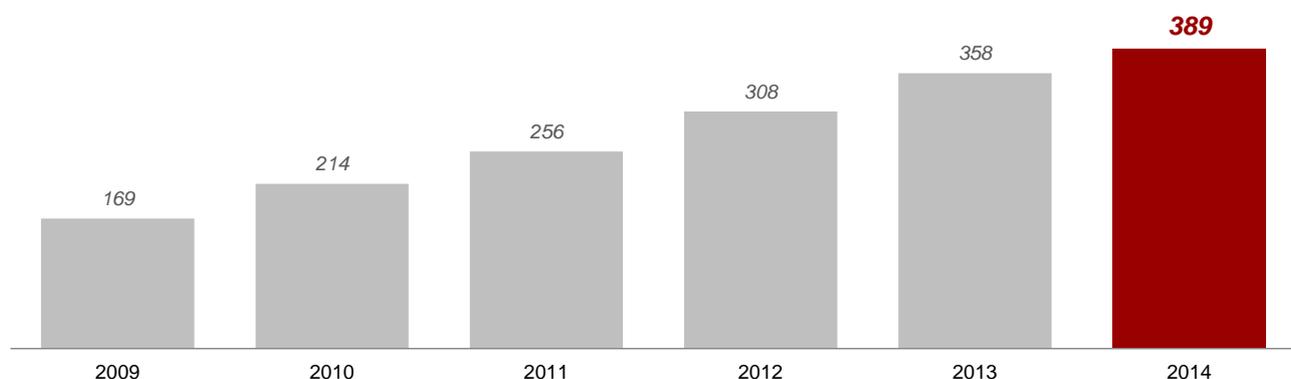




Foto: www.shutterstock.de

Hohe Versorgungsqualität – innovative Projekte

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) betrachten die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ärztlicher Tätigkeit als eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau (Präambel der Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach § 75 Abs. 7 SGB V). Die Formulierung von Zielen der Qualitätsentwicklung war und ist mit diesem Anliegen stets eng verbunden. Alle Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV beinhalten daher auch konkrete Zielstellungen. Zusätzlich wurden die KVen durch das GKV-Modernisierungsgesetz gemäß § 136 Abs. 1 SGB V vom Gesetzgeber verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen und die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. ■

Vor diesem Hintergrund hat die KVMV verschiedene Projekte und Initiativen gestartet. Einige ausgewählte Projekte möchten wir an dieser Stelle vorstellen:

Zusatzqualifikation Care – ein neues innovatives Zusatzmodul

Zum 1. Januar 2014 hat die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) und die AOK Nordost einen *Care*-Vertrag geschlossen, als Zusatzqualifikation für VERAH® (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) oder NÄPa (Nicht-ärztliche Praxisassistentin). Mit diesem weiterführenden Konzept kann der Arzt bei der Sicherung der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit so unterstützt werden, dass mehr Zeit für die Betreuung und die Behandlung der Patienten im ländlichen Bereich zur Verfügung steht. Im Mittelpunkt der Tätigkeit der *Care*-Fachkräfte steht das Fallmanagement. Dies beinhaltet neben dem Management von Schnittstellen vor allem die Organisation der gesamten Behandlungskette des Patienten stets in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt. Die *Care*-Fachkräfte sind damit wichtige Ansprechpartner für die Patienten und absolvieren arzentlastende Aufgaben.

Grundvoraussetzung für die Tätigkeit der *Care*-Fachkräfte ist neben der Qualifikation als VERAH® oder NÄPa eine entsprechende Qualifikation auf den Gebieten:

- Fall- und Schnittstellenmanagement,
- Versorgung in der Häuslichkeit,
- Stärkung und Unterstützung der Eigenkompetenz des Versicherten,
- Wundversorgungsmanagement.

Zwischen der KVMV und der AOK Nordost besteht Konsens darüber, dass als Voraussetzung für den Einsatz der *Care*-Fachkräfte eine Qualifikation als VERAH® oder NÄPa zwingend erforderlich ist. Es wurde gemeinsam festgestellt, dass in M-V damit bereits eine Ausbildung im Umfang von mindestens 160 Stunden Theorie und 40 Stunden Praxis vorausgegangen ist. Die Fortbildung zur *Care*-Fachkraft umfasst drei Ausbildungstage mit je acht Unterrichtseinheiten, die sich an den jeweiligen Modulen der Leistungserbringung orientieren. Dabei wird großer Wert auf eine praxisnahe Vermittlung der Inhalte gelegt. Die Ausgestaltung der Weiterbildungsthemen ist paritätisch zwischen den Vertragspartnern aufgeteilt. Nach erfolgreicher Beendigung der Fortbildung erhalten die *Care*-Fachkräfte ein gemeinsames Zertifikat von der KVMV und der AOK Nordost. Danach müssen sie eine regelmäßige Teilnahme an Fortbildungskursen nachweisen. Hierfür werden die beiden Vertragspartner entsprechende themenspezifische Fortbildungen anbieten. Zur Aufrechterhaltung der Qualifikation soll alle drei Jahre eine Überprüfung der regelmäßigen Teilnahme an den Fortbildungskursen erfolgen. ■

Arztpraxen mit der Genehmigung zur Anstellung einer VERAH®/NÄPa-Care

Arztpraxen mit Genehmigung zur Anstellung einer VERAH/NÄPa: 141
davon Arztpraxen mit Genehmigung zur Anstellung einer VERAH-NÄPa-Care: 87



VERAH®/NäPa

Qualifikation als Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) und nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) mit einer absolvierten Ausbildung:

- Kooperation mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) oder
- der Ärztekammer M-V

VERAH®

Umfang 160 Stunden Theorie/40 Stunden Praxis

Ausbildung umfasst die Inhalte:

- Case Management
- Präventionsmanagement
- Gesundheitsmanagement
- Technikmanagement
- Praxismanagement
- Besuchsmanagement
- Notfallmanagement
- Grundlagen Wundmanagement

NäPa

Umfang 80 bis 200 Stunden Theorie/20 bis 50 Stunden Praxis/20 Stunden Notfallmanagement je nach Dauer der bisherigen Berufstätigkeit und der medizinischen Grundausbildung

Ausbildung umfasst die Inhalte:

- Berufsbild
- Medizinische Kompetenz
- Kommunikation/Dokumentation
- Notfallmanagement

Zusatzqualifikation *Care*

Nach Vorliegen der Grundausbildung zur VERAH®/NäPa schulen AOK Nordost, IHF und KVMV gemeinsam und paritätisch, Qualifizierung umfasst 3 Ausbildungstage mit je 8 Unterrichtseinheiten zu den Einsatz-Modulen:

- Fall- und Schnittstellenmanagement
- Versorgung in der Häuslichkeit
- Stärkung und Unterstützung der Eigenkompetenz des Versicherten
- Wundmanagement

Themen des Hausärzterverbandes und des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IHF):

- Anwendungsbereiche Case-Management in der häuslichen Versorgung

Themen der AOK Nordost:

- Fahrkosten
- Häusliche Krankenpflege
- Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Arzneimittel z.B. Medikamentenmanagement, Einnahme und Lagerung und Patientensicherheit
- Moderne Wundversorgung

Einrichtung Interprofessioneller Qualitätszirkel

Um die Versorgung von Kindern aus Familien in Problemlagen zu verbessern, wurde auf Bundesebene das Modellprojekt „Frühe Hilfen“ ins Leben gerufen. Durch das frühzeitige Erkennen von familiären Belastungen, die sich negativ auf die gesundheitliche Entwicklungen der Kinder niederschlagen können, wird die Vermittlung passgenauer Hilfen sowie die systematische Vernetzung unterschiedlich intensiver Hilfs- und Unterstützungsangebote in einem kommunalen Netzwerk „Frühe Hilfen“ angestrebt. Zielgruppen sind Schwangere und junge Mütter und Väter, Eltern mit Kindern von 0 bis 3 Jahren sowie Familien mit hohen Belastungen und Problemen. Bei den „Frühen Hilfen“ handelt es sich um einen präventiven Ansatz für Familien. Besonders belastete Familien sollen auf nicht-diskriminierende Art erkannt und angesprochen werden. Geeignete Präventionsangebote sollen so im sozialen Nahraum der Familien angeboten werden (BKISchG §1 Abs. 4 (...)). Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter („Frühe Hilfen“).

Für das Land M-V hat der Schutz der Kinder vor möglicher Misshandlung und Vernachlässigung Priorität. Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) unterstützt das Land dahingehend in jedem Maße. Weiterhin ist im Land bereits Vieles auf den Weg gebracht, um Familien durch

präventive Angebote zu unterstützen und Kinder besser vor Gefährdungen zu bewahren. Unter anderem besteht, durchgeführt vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, seit 1. Juli 2012 die Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“. Dessen Ziel ist es, die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen im Bereich der „Frühen Hilfen“ zu verbindlichen Netzwerkstrukturen zusammenzuführen (insbesondere die Einbindung in die Netzwerke von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich). Weiterhin unterstützt die Landesregierung das „Bündnis Kinderschutz M-V“, welches seit September 2010 arbeitet. Das Bündnis bietet ein Forum für Fachkräfte aus Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Gesundheit, Schule, Sport und Soziales sowie Justiz und Polizei, um sich gemeinsam für das Wohl von Kindern zu engagieren.

Nach einem ersten Austausch zu Beginn des Jahres 2015 mit dem Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales und weiteren Akteuren im Bereich „Frühe Hilfen“ wurde beschlossen, dieses Projekt auch in M-V umzusetzen. Es werden perspektivisch Moderatortandems bestehend aus jeweils einem Facharzt und einem Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe ausgebildet. Es ist geplant, Interprofessionelle Qualitätszirkel in den Regionen einzurichten, so dass eine Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Mitarbeitern der Jugendhilfe im Bereich „Frühe Hilfen“ unterstützt wird. ■

Gesundheitswesen

Fünftes Sozialgesetzbuch
SGB V

Kinder- und Jugendhilfe

Achtes Sozialgesetzbuch
SGB VIII

Frühe Hilfen

Schwangerschaftsberatung

Schwangerschaftskonfliktgesetz
SchKG

Frühförderung

Neuntes Sozialgesetzbuch
SGB IX



Foto: www.shutterstock.de

Ambulante Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), in deren Mittelpunkt der Patient steht. Die KVMV ist der direkte Ansprechpartner der Ärzte und Psychotherapeuten für Fragen zu allen Themen der Qualität. Sie ist unter anderem verantwortlich, Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen, zu erteilen. Das bedeutet, dass ein Arzt bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen darf, wenn ihm die entsprechende Genehmigung der KVMV erteilt wurde. Zudem prüft die KVMV die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen.

Der KVMV obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet, in denen im jeweiligen Bereich besonders erfahrene Ärz-

te tätig sind. Diese beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen in einem Peer-Review-Verfahren. Mit diesem System der Qualitätssicherung wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt, das im privatärztlichen oder stationären Bereich seinesgleichen sucht. Fast jeder Vertragsarzt besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen. ■

Sicherung der Qualität der Leistungserbringung gemäß SGB V

- § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- § 135 a Verpflichtung zur Qualitätssicherung
- § 136 Förderung der Qualität durch die KVen
- § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung
- § 137 a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
- § 137 b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
- § 137 f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Institutionen und Organisationen zur Qualitätssicherung in Deutschland



Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Gemeinsamer
Bundesausschuss



QUALITY IN HEALTH CARE



Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen



MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG



Deutsche
Rentenversicherung



ÄRZTEKAMMER
MECKLENBURG - VORPOMMERN
Körperschaft des öffentlichen Rechts



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



BQS
BUNDESWEITE QUALITÄT
& WIRTSCHAFTLICHKEITSBEWERTUNG



BUNDESÄRZTEKAMMER



AWMF
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

Die Qualität einer Leistung wird im Gesundheitswesen u.a. gemessen und bewertet nach ihrer:

- **Strukturqualität:** Sie bezieht sich auf die persönliche Qualifikation des Arztes und Personals sowie die Vorhaltung apparativer, technischer und räumlicher Ausstattungskapazitäten des Behandlungsortes (z.B. eigener Schulungsraum zur Schulung von Diabetes-Patienten);
- **Prozessqualität:** Sie umfasst alle Handlungsprozesse der zwischenmenschlichen und medizinischen Interaktionen und Organisationsleistungen, die zur Versorgung von Patienten unternommen werden (Indikationsstellung, Diagnostik, Therapie und Optimierung der Behandlungsabläufe);
- **Ergebnisqualität:** Sie bezieht sich auf das Behandlungsergebnis (z.B. Heilungsquoten, Komplikationen, Mortalitätsraten, Lebensqualität).

Instrumente der Qualitätssicherung

Zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stehen mehrere wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Instrumente zur Verfügung:

- Qualitätssicherungskommissionen
- Akkreditierung/Prüfung von Genehmigungsvoraussetzungen
- Eingangsprüfung
- Kolloquium/Beratung
- Frequenzregelungen
- Rezertifizierung/Wartungsnachweise/Ringversuche/Abnahme-, Konstanzprüfungen
- Hygieneprüfungen/Praxisbegehungen
- Einzelfallprüfungen durch Stichproben-/Dokumentationsprüfungen
- Feedbacksysteme
- kontinuierliche Fortbildung/Qualitätszirkel

Schematischer Aufbau eines Genehmigungsverfahrens

1 **Genehmigungserteilung** Prüfung eines Arztes mit Nachweisen

1.1. Persönliche Qualifikation

Fachliche Qualifikation:

- Zeugnis/Bescheinigung
- und/oder Kolloquium
- und/oder Präparate bezogene Prüfung
- und/oder Fallsammlungsprüfung
- und/oder Vorlage von Dokumentationen
- und/oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen

1.2. Betriebsstättenbezogene Qualifikation

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:

- schriftliche Nachweise/Erklärungen
- Gewährleistungserklärungen
- Baupläne
- Hygieneplan
- Praxisbegehungen

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:

- Aus- und Fortbildungsnachweise
- Kooperationsbescheinigungen

2 **Bescheid über die Erteilung einer Genehmigung**

3 Genehmigungserhalt

Folgeverpflichtungen zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung

3.1. Auflagenprüfung je nach vertraglicher Regelung (§135 ABS. 2 SGB V)

- Dokumentationsprüfung
- Hygieneprüfung
- Frequenzprüfung
- Selbstüberprüfung
- Überprüfung der Präparatequalität
- Jahresstatistik
- kontinuierliche Fortbildung
- Qualitätszirkel
- Nachweise zur Praxisorganisation
- Abnahmeprüfungen
- Wartungsnachweise
- externe Ringversuchsnachweise
- Stichproben-/Dokumentationsprüfungen

3.1.1. Stichproben-/Dokumentationsprüfungen

- Dialyse (nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA))
- Arthroskopie
- konventionelle Röntgendiagnostik
- Computertomographie
- Magnetresonanztomographie (Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA)
- Herzschrittmacher-Kontrolle
- Langzeit-EKG
- schlafbezogene Atmungsstörungen
- neuropsychologische Therapie
- ambulante Operationen
- Nuklearmedizin und andere (Kriterien aufgrund regionaler Richtlinie)

Umfang: Mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung

- Akupunktur
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening
- HIV/Aids
- Hörgeräteversorgung
- Hörgeräteversorgung-Kinder
- Koloskopie
- Magnetresonanztherapie
- Mammographie (kurativ)
- Schmerztherapie
- Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- Vakuumbiopsie der Brust
- Zytologie der Zervix uteri
- Molekulargenetik
- intravitreale Injektion

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

- Apheresen
- substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

3.2. Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V

3.3. Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 SGB V



Qualitätssicherungskommissionen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen, Praxisbegehungen vorzunehmen sowie Stichprobenprüfungen durchzuführen. Eine Qualitätssicherungskommission besteht (gemäß Nr. 2.3 der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Bei Gebieten mit diversen Subspezialisierungen können die Kommissionen die Möglichkeit nutzen, weitere Mitglieder zu benennen oder für Spezialfragen Sachverständige zu einer Sitzung hinzuziehen. Zudem ist es möglich, KV-Bereich- oder themenübergreifende Kommissionen zu bilden. Neben dem Vorsitzenden der Kommission nehmen in der Regel mindestens zwei weitere ärztliche Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen Qualitätssicherungsvereinbarungen ist die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen, z.B. bei Substitution und Onkologie.

Bewertungskriterien der Kommissionen:

1. Keine Beanstandungen
2. Geringe Beanstandungen
3. Erhebliche Beanstandungen
4. Schwerwiegende Beanstandungen

Maßnahmen der Bewertungskriterien:

1. Schriftliche Empfehlungen
2. Beratungsgespräche/Hospitationsangebote
3. Nichtvergütung von Leistungen
4. Kolloquien, Praxisbegehungen
5. Letzte Möglichkeit: Entzug der Genehmigung

Gemäß den Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien gemäß § 75 Abs. 7 SGB V) obliegt der Geschäftsstelle Qualitätssicherung einer KV die Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen. Bei der Durchführung einer Dokumentationsprüfung durch die entsprechende Kommission übernimmt daher die Geschäftsstelle verschiedene vorbereitende und begleitende Aufgaben, dazu gehören z.B.:

- Anforderung der Dokumentationen bei den zu prüfenden Vertragsärzten,
- Organisation der Kommissionssitzungen,
- Erstellung der Ergebnisniederschrift. ■

Mitglieder der Kommissionen der KVMV

Apheresekommission

- 4 Ärzte der KVMV
2 Sachverständige der Krankenkassen
- 1 Sitzung 2014

alle Gebiete Radiologie

- 8 Ärzte der KVMV
- 1 Medizinphysiker (Sachverständiger der KV)
- 5 Sitzungen 2014

Arthroskopie

- 3 Ärzte der KVMV
- 2 Sitzungen 2014

Kompetenzcenter Akupunktur

- (gemeinsame Qualitätssicherungs(QS)-Kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Bad Segeberg)
- 3 Ärzte der KVMV
 - 1 Sitzung 2014

Ambulantes Operieren

- 5 Ärzte der KVMV
- 2 Sitzungen 2014

Diabetologie

- 3 Ärzte der KVMV
- 1 Sitzung 2014

Kompetenzcenter Dialyse/Blutreinigung

- (gemeinsame QS-Kommission mit der KV HH und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Hamburg)
- 2 Ärzte der KVMV
 - 1 Sachverständiger der Krankenkassen
 - 4 Sitzungen 2014

Herzschrittmacher und Langzeit- EKG

- 4 Ärzte der KVMV
- 2 Sitzungen 2014

Koloskopie M-V

- 3 Ärzte der KVMV
- 0 Sitzungen 2014

Kompetenzcenter Koloskopie

- (gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Schwerin)
- 2 Ärzte je KV (sind in M-V zugleich Mitglieder in der Koloskopie-Kommission M-V)
 - 2 Sitzungen 2014

Kompetenzcenter Magnetresonanztomographie

- (gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Bad Segeberg)
- 2 Ärzte je KV
 - 4 Sitzungen 2014

PDT/PTK

- (gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg, KV Bremen und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Hamburg)
- 2 Ärzte der KVMV
 - 1 (PTK) Sitzung 2014

Schmerztherapie/Akupunktur

- 5 Ärzte der KVMV
- 2 Sitzungen 2014

Kompetenzcenter Schmerztherapie

- (gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Hamburg)
- 2 Ärzte je KV (sind in M-V zugleich Mitglieder in der o.g. Kommission)
 - 2 Sitzungen 2014

Qualitätsmanagement

- 4 Ärzte und 1 Psychotherapeut der KVMV
- 0 Sitzungen 2014

Qualitätssicherungskommission Methadon

- 3 Vertragsärzte der KVMV
- 2 Vertreter (Ärzte) der Landesverbände
- 1 Vertreter der Ersatzkassen
- 4 Sitzungen 2014

Kommission Geriatrie/Gerontopsychiatrie/ambulante geriatrische Rehabilitation

- 5 Vertragsärzte
- 0 Sitzungen 2014

Psychotherapie

- 2 Ärzte, 1 Psychologische Psychotherapeutin
- 1 Sitzung 2014

Kurative Mammographie/Vakuumbiopsie der Brust

- 4 Ärzte der KVMV
- 3 Sitzungen 2014

Onkologie

- 6 Ärzte der KVMV
- 3 Sitzungen 2014

Sonographie-Kommission

- 6 Ärzte
- 1 Sachverständiger der KV
- 6 Sitzungen 2014

Labor-Kommission

- 5 Ärzte, 1 Fachwissenschaftler der Medizin
- 2 Sitzungen 2014

Zytologie-Kommission

- 2 Ärzte, 1 Fachwissenschaftler der Medizin
- 1 Sitzung 2014



Foto: www.clipdealer.com/Pressmaster

Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Stand: 31.12.2014

■ Qualitätssicherungsbereiche	Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	Anzahl neu erteilter Genehmigungen	Anzahl Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgabe/Ende von Genehmigungen
Arthroskopie	58	5	0	0	1
Balneophototherapie	2	0	0	0	0
Herzschrittmacherkontrolle	54	7	0	0	3
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	2	0	0	0	0

Interventionelle Radiologie	15	1	0	0	0
Invasive Kardiologie	2	0	0	0	0
Laboratoriumsuntersuchungen	176	11	0	0	5
Medizinische Rehabilitation	876	32	0	0	5
Otoakustische Emissionen	70	3	0	0	0
Photodynamische Therapie	7	1	0	0	2
Phototherapeutische Keratektomie	1	0	0	0	0
Sozialpsychiatrie	9	1	0	0	1
Soziotherapie	39	5	0	0	0
Stoßwellenlithotripsie	16	0	0	0	0
Vakuumbiopsie der Brust	12	0	0	0	0
Histopathologie Hautkrebs-Screening	16	1	0	0	0
Neuropsychologische Therapie	4	2	0	0	0
Molekulargenetik	16	2	0	0	0
Neuropsychologische Therapie	4	2	0	0	0

Akupunktur

Stand: 31.12.2014

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. Januar 2007.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	121
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
▸ davon Anzahl Ablehnungen	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess

Anzahl abrechnender Ärzte		113
	Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle/ Ausnahmefälle geprüft wurden
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2 insgesamt	6	–
▸ davon bestanden	6	–
Anzahl Wiederholungsprüfungen insgesamt	–	–
Anzahl Kolloquien insgesamt	–	–

■ Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse

	normale Fälle	Ausnahmefälle
Anzahl geprüfter Dokumentationen	72	50
Anzahl unvollständiger/nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	–	–

■ Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	121
--	-----

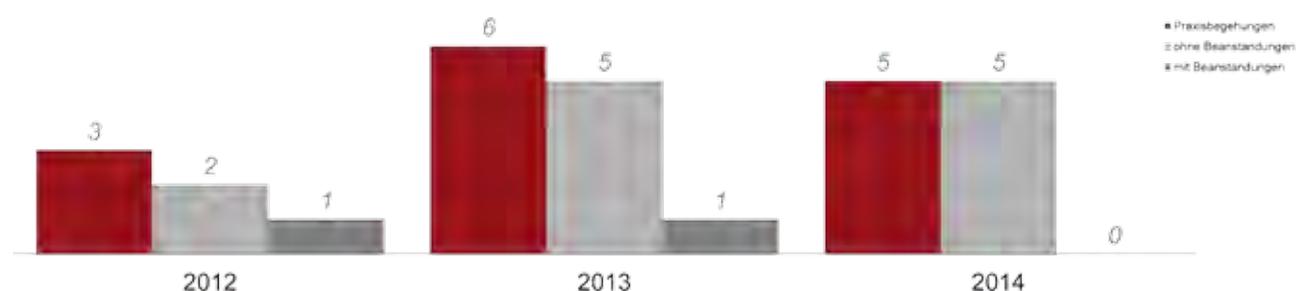
Ambulante Operationen

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. Dezember 2011

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	526
Anzahl beschiedener Anträge	37
▸ davon Anzahl Genehmigungen	37
▸ davon Anzahl Ablehnungen	–
Anzahl Praxisbegehungen	5
▸ davon ohne Beanstandungen	5
▸ davon mit Beanstandungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	27



„Ambulant vor stationär“: Nach diesem Prinzip sollen zunächst alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden, bevor ein Patient in ein Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Das Prinzip sollte auch bei Operationen soweit wie möglich umgesetzt werden. Durch den medizinischen Fortschritt in Operationstechnik und Anästhesie können zunehmend mehr Eingriffe ambulant durchgeführt werden. Dies bietet Vorteile nicht nur für den Patienten, dem ein Aufenthalt im Krankenhaus erspart bleibt, sondern letztlich auch für die Gemeinschaft der Versicherten, da Kosten eingespart werden können.

Jeder Arzt, der ambulante Operationen durchführt, hat eine Vielzahl von Bundes- und Landesgesetzen zu beachten. Hinzu kommen Verordnungen, Vorgaben im Rahmen des Sozialrechts, Richtlinien, Normen und sogenannte Technische Regeln. Diese Regelungen definieren unter anderem Anforderungen an den Infektionsschutz, den Umgang mit Medizinprodukten und Arzneimitteln, aber auch mit Abfällen und Abwässern in der Praxis. Darüber hinaus sind, in Abhängigkeit von der Fachrichtung des Arztes, weitere Regelungen zu beachten, zum Beispiel zum Umgang mit Röntgenstrahlung. Zudem hat der Arzt als Praxisinhaber und Arbeitgeber umfangrei-

che Pflichten hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes seiner Beschäftigten zu erfüllen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Anforderungen in den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelt sind, verschiedene Behörden zuständig sind (z.B. für die Überwachung von Medizinprodukten) und eine Abstimmung zwischen den Verantwortlichen oftmals nicht im gewünschten Maße stattfindet (z.B. bei Praxisbegehungen).

Im Rahmen der Tätigkeit der Kommission „Ambulantes Operieren“, die 2012 nach den Bestimmungen der „Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren“ ihre Arbeit neu definiert hat, wird jeder neue Antrag auf Durchführung und Abrechnung ambulanter Eingriffe geprüft. Die Kommission ist interdisziplinär aufgestellt und versteht sich als fachlich beratendes Gremium, welches aus eigener Erfahrung heraus handelt und um die Belange der ambulant tätigen Operateure weiß. Auch Praxisbegehungen, die in erster Instanz eine Beratungsfunktion vor Ort haben, gehören zum Tätigkeitsspektrum der Kommissionsmitglieder. Die KVMV ist gemeinsam mit den Kommissionsmitgliedern stetig bemüht, die Kommunikation innerhalb der prüfenden Behörden zu verbessern und auszubauen. ■

Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Stand: 31.12.2014

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V. Gültig seit 1. Januar 1991, zuletzt geändert zum 3. Oktober 2014

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	34
Anzahl beschiedener Anträge	6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	6

■ Genehmigungen

Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung

Anzahl Erstanträge	–
Anzahl Folgeanträge	6
▸ davon angenommen	6

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

Anzahl Erstanträge	14
▸ davon angenommen	13
▸ davon abgelehnt	1
Anzahl Folgeanträge	92
▸ davon angenommen	92

■ LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Anzahl Erstanträge	11
▸ davon angenommen	11
Anzahl Folgeanträge	21
▸ davon angenommen	21

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1. Oktober 1997, zuletzt geändert zum 1. April 2014. Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, gültig seit 1. Juli 2009, zuletzt geändert 1. Januar 2014. Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, gültig seit 24. Juni 2006, zuletzt geändert zum 1. Januar 2014.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	57
Anzahl beschiedener Anträge	5
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
▸ davon Anzahl Ablehnungen	–
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	–

■ Genehmigungen

Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 3)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	2

■ Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Satz 1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2014

Anzahl Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1:				
	I/2014	II/2014	III/2014	IV/2014
	24	24	24	24
Anzahl Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4				4
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1				4
▸ davon ohne Beanstandungen				4

Disease-Management-Programme

Stand: 31.12.2014

Ziel der Disease-Management-Programme (DMP) ist die Koordination und Optimierung von Behandlungs- und Betreuungsprozessen chronisch Kranker über die Grenzen einzelner Versorgungssektoren hinaus. Das geschieht auf der Grundlage medizinischer Evidenz. Folgeerkrankungen sollen dadurch vermieden und eine wirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden.

An die Inhalte der Programme sind besondere Anforderungen gestellt:

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Schulungen der Leistungserbringer und Versicherten,
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maß-

nahmen und Behandlungsergebnisse sowie Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten.

Die Dokumentationsverpflichtung, für jedes Programm differenziert nach Ersteinschreibung und Folgebehandlung, stellt für die Ärzte einen hohen organisatorischen Aufwand dar. Jedoch diese Daten ermöglichen es, regelmäßig Evaluationen zur Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in Form von arztbezogenen Feedback-Berichten zu erstellen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt hierzu den gemeinsamen Einrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und regionalen Krankenkassenverbänden ein modulares Rückmeldesystem zur Verfügung. Dieser Feedbackbericht ermöglicht den Ärzten eine Einschätzung der Versorgungslage des Patienten. Hierbei werden die Praxisergebnisse im Vergleich zum Durchschnitt zu den anderen teilnehmenden Leistungserbringern dargestellt. ■

■ Asthma bronchiale

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	661
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	654
▸ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	27

■ Brustkrebs

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	173
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	173

■ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	604
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	600
▸ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	22

■ Diabetes mellitus Typ 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	56
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	50
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	6
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	–

■ Diabetes mellitus Typ 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1056
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1056
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	48

■ Koronare Herzerkrankung

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	990
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	962
▸ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	27
▸ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1

Histopathologie Hautkrebs-Screening

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1. Oktober 2009; Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), Abschnitt D Nr. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, gültig mit Änderungen zum 1. Juli 2008, zuletzt geändert zum 1. Januar 2015.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	16
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1

■ Genehmigungen

Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	1

■ Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2

Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung	15
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben	–

■ Dokumentationsprüfungen § 8 – Prüfprozess

Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	2
▸ davon bestanden	2
▸ davon nicht bestanden	–
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5a	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 8 Abs. 5b	–

■ Dokumentationsprüfung § 8 – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	20
▸ davon vollständig und nachvollziehbar	20

Hörgeräteversorgung

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1. April 2012, zuletzt geändert: 1. Januar 2013.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	82
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
▸ davon Anzahl Ablehnungen	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	2

■ Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1

Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	82
--	----

■ Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	82
--	----

Zum 1. Januar 2012 sind Gebührenordnungspositionen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Jugendliche und Erwachsene setzt ab dem 1. April 2012 eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder für die ab dem 1. Juli 2012 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder voraus.

Ziel dieser beiden Vereinbarungen ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden. Die Gebührenordnungspositionen können von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatern und Pädaudiologen) berechnet werden. Zusätzlich ist für Ärzte, die Jugendliche oder Erwachsene behandeln wollen, der Nachweis einer selbstständigen Indikationsstellung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung sowie von zehn themenspezifischen Fortbildungspunkten innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung gefordert.

Ärzte, die Säuglinge, Kleinkinder und Kinder betreuen wollen, müssen neben Ihrer Facharztqualifikation nachweisen, dass sie 50 elektrische Reaktionsaudiometrien im Kindesalter, 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter sowie eine selbstständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter durchgeführt haben. Auch sie müssen zehn themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Antragstellung nachweisen.

Orientiert an den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie dem „Muster 15“ (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) beschreiben und definieren die Qualitätssicherungsvereinbarungen den Umfang der ärztlichen Hörgeräteversorgung von der Verordnung eines Hörgerätes über die erste Kontrolluntersuchung (Abnahme) bis hin zur möglicherweise notwendigen Nachsorge. Auch die gegebenenfalls erforderliche Rück- und Absprache mit dem Hörgeräteakustiker wurde in den Umfang der Hörgeräteversorgung aufgenommen. So soll die kooperative Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Arzt und dem Hörgeräteakustiker gefördert werden. Zusätzlich zum „Muster 15“ ist der Arzt verpflichtet, weitere Angaben zur Hörgeräteverordnung auf einem gesonderten Ergänzungsblatt zu dokumentieren. Integriert in diese Dokumentation ist die Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten mittels eines geeigneten validierten Befragungsinstruments, aus dem auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden kann.

Hier ist die Verwendung des sogenannten APHAB-Fragebogens (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) vorgesehen. Der APHAB-Fragebogen – in Ergänzung der audiometrischen Untersuchung – ist in die Neufassung der seit dem 1. April 2012 geltenden Hilfsmittel-Richtlinie aufgenommen worden. In den Vorgaben zur Dokumentation bei der Behandlung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist kein Patientenfragebogen vorgesehen. Auch die Inhalte sind, dem Alter der Patienten angepasst, reduziert. Anforderungen an die Praxisausstattung richten sich nach den geltenden DIN-Normen (DIN ISO 8253-1 und 8253-2), den Bestimmungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Als Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung muss der Arzt mindestens einmal jährlich die Durchführung einer messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte sowie sieben themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb von zwei Jahren vorlegen.

Des Weiteren beinhaltet die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung von Jugendlichen und Erwachsenen Vorgaben zur elektronischen Dokumentation definierte Angaben, die von den teilnehmenden Ärzten zu dokumentieren sind. Aus den eingereichten Angaben wurden Anfang 2014 erstmalig individualisierte Rückmeldeberichte erstellt, die von den Ärzten über ein zugriffsgeschütztes Online-Portal abgerufen werden können. Anhand der Darstellungen in diesen Berichten erhält jeder Arzt einen Überblick über die von ihm dokumentierten Qualitätssicherungs-Daten, im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Ärzte. Die Kenntnis der eigenen Position im Vergleich

soll jedem Arzt die Möglichkeit eröffnen, anhand verschiedener Indikatoren und Kennzahlen die erreichte Qualität zu beurteilen und gegebenenfalls zu verbessern, bzw. Besonderheiten der Zusammensetzung seines Patientenspektrums zu erkennen. Die Angaben in der Hörgeräteversorgung werden quartalsweise eingereicht und ausgewertet und der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus erhalten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in vollständig anonymisierter Form Daten, anhand derer gemeinsam über das weitere Vorgehen in diesen beiden Bereichen beraten werden kann. ■

Hörgeräteversorgung – Kinder

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. Juli 2012, zuletzt geändert 1. April 2013.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	5
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1

Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	5
--	---

■ Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	5
--	---

Intravitreale Medikamenteneingabe

Stand: 31.12.2014

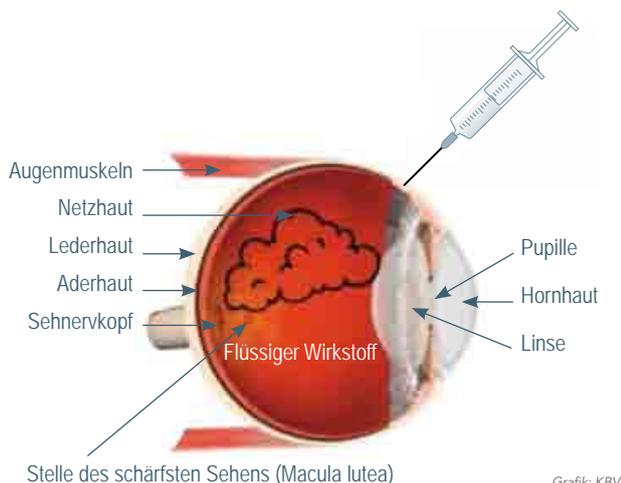
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. April 2014.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	35
Anzahl abrechnender Ärzte	–
Anzahl beschiedener Anträge	36
▶ davon Anzahl Genehmigungen	35
▶ davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	–

Zur Behandlung verschiedener Augenerkrankungen, wie etwa einer feuchten altersabhängigen Makuladegeneration, einer Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems oder einer chorioidalen Neovaskularisation aufgrund einer pathologischen Myopie, steht neben anderen Behandlungsverfahren auch

geltenden Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe müssen Fachärzte für Augenheilkunde, die dieses Behandlungsverfahren durchführen, eine bestimmte Anzahl an Fluoreszenzangiographien und intraokularen Eingriffen nachweisen. Auch müssen sie an einem gesonderten Kurs zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement teilnehmen.



Grafik: KBV

die Injektion eines das Gefäßwachstum hemmenden und Netzhautschwellung zurückbildenden Wirkstoffs, eines sogenannten VEGF-Blockers (Vascular-Endothelial-Growth-Factor), in den Glaskörperaum zur Verfügung, die sogenannte Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM). Nach der seit dem 1. Oktober 2014

Bei der intravitrealen Medikamenteneingabe handelt es sich um einen sehr sensiblen Eingriff am Auge. Um mögliche Nebenwirkungen auf ein Minimum zu reduzieren, sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung spezielle Vorgaben zur Hygiene aufgeführt. Insbesondere ist festgelegt, dass die intravitreale Medikamenteneingabe in einem Operationsraum erfolgen muss, der den strengen Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren entspricht. Darüber hinaus wurde eine Übergangsregelung aufgenommen für Ärzte, die diese Leistung bereits durchführen. Die Vereinbarung enthält neben den Vorgaben zu den fachlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen auch Vorgaben zur Dokumentation. Demnach sind Anforderungen definiert für Indikation und Durchführung der Leistung sowie für die Bildgebung. Die Dokumentation ist Gegenstand einer Stichprobenprüfung, die ab 2015 jährlich zehn Prozent der abrechnenden Ärzte betreffen wird. ■

Kapselendoskopie – Dünndarm

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. Juli 2014.

■ Genehmigungen Applikateur

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Applikation	4
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Genehmigung erteilt	4
▸ davon Antrag abgelehnt	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Genehmigungen Auswerter

Anzahl aller Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	4
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Genehmigung erteilt	4
▸ davon Antrag abgelehnt	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Gerätetechnische Angaben § 10 Abs. 1, Nr. 2 *)

Anzahl genehmigter Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4, differenziert nach Hersteller/Modell; applizierende Ärzte	1
▸ Systemname 1	Given Imaging Inc. PillCam Plattform
Anzahl genehmigter Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4 (bzw. Auswerteeinheit), differenziert nach Hersteller/Modell; auswertende Ärzte	1
▸ Systemname 1	Given Imaging Inc. PillCam Plattform

■ Dokumentationsprüfung

Anzahl abrechnender Ärzte (Applizierer) gesamt	2
Anzahl überprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	–
Anzahl überprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 4 (anlässlich der Prüfung der Jahresstatistik)	–

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben eine Qualitätssicherungsvereinbarung für die Abklärung obstruierter gastrointestinaler Blutungen mittels Dünndarm-Kapselendoskopie (QS-Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie) geschlossen. Die Kapselendoskopie des Dünndarms ist Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt.

Die Vereinbarung enthält Vorgaben zu den fachlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen sowie zur Dokumentation der Leistung. Darüber hinaus wurde eine Übergangsregelung aufgenommen für Ärzte, die diese Leistung bereits durchführen. Die Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie definiert Anforderungen an den Arzt, der die Kapsel appliziert („Applizierer“) und an den Arzt, der die Untersuchung auswertet („Auswerter“). Inhaltlicher Schwerpunkt der Vereinbarung ist, neben Regelungen zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen sowie zur Dokumentation, die verpflichtende Übermittlung einer Jahresstatistik.

Die Datenübertragung wird ausschließlich durch die Applizierer vorgenommen, denen nach § 7 Abs. 3 auch

die Informationen der auswertenden Ärzte vorliegen. Die Datenerfassung und -übermittlung erfolgt in einem elektronischen Dokumentationsverfahren und ist in der Anlage 1 der Vereinbarung beschrieben. Die Pflicht zur Erfassung der Jahresstatistik-Daten beginnt drei Quartale nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens. Für das erste Berichtsjahr 2014 werden somit keine kompletten Jahresdaten zur Verfügung stehen.

Eine Übergangsregelung ermöglicht, dass innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung neben den unter § 3 genannten Ärzten bestimmte andere Ärzte eine Genehmigung erhalten können. So können auch Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt die Leistung durchführen, wenn sie gastroenterologisch tätig sind und vor Inkrafttreten der QS-Vereinbarung Leistungen der Kapselendoskopie erbracht haben. In der QS-Vereinbarung wird auf eine obligate regelmäßige stichprobenhafte Prüfung der Dokumentation zunächst verzichtet. Die Partner des Bundesmantelvertrages haben sich darauf verständigt, dass frühestens zwei Jahre nach Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistik geprüft werden soll, ob Kriterien für anlassbezogene (Stichproben-)Prüfungen vorgegeben werden sollen. ■

Koloskopie

Stand: 31.12.2014

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1. Oktober 2002, zuletzt geändert zum 1. Juli 2012; Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL), Abschnitt D Nr. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V. Gültig mit Änderungen zum 1. Juli 2008, zuletzt geändert zum 1. Januar 2015.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	43
Anzahl beschiedener Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	–
Anzahl beschiedener Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	5
▸ davon Anzahl Genehmigungen	5
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	–
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	3

Totale Koloskopie

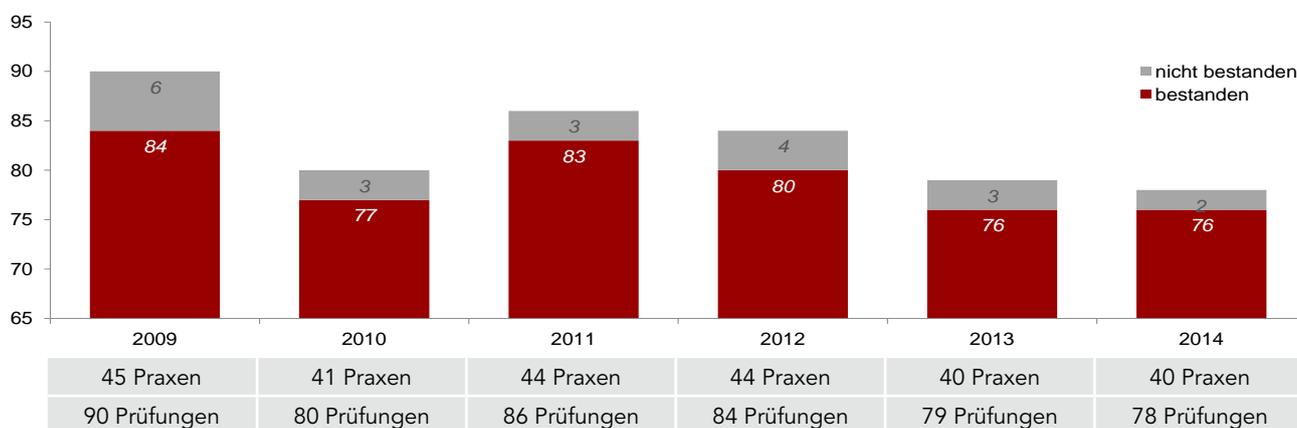
■ Frequenzregelung	< 200	≥ 200
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	4	40
■ Dokumentationsprüfungen		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e		20
▸ davon bestanden		19
▸ davon nicht bestanden		1
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f		–
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g		–

Polypektomien

■ Frequenzregelungen	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	2	42
■ Dokumentationsprüfungen		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c		20
▸ davon bestanden		19
▸ davon nicht bestanden		1
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d		1
▸ davon bestanden		1

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Praxen	40
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	78
▸ davon bestanden	76
▸ davon nicht bestanden	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	1
▸ davon bestanden	1
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8b Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	–



Ablauf von Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie

1 Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle:

- a) von einem Koloskop je Einrichtung mittels:
- Durchspülung von Endoskopkanälen (z.B. Instrumentierkanal und L-/W-Kanal) und
 - Abstrichen von Endoskopstellen (z.B. Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zugänglich sind,
- b) und die während der Koloskopie verwendeten Lösungen und Optikspülsysteme.

Soweit manuelle und maschinelle Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, ist ein Koloskop je Aufbereitungsverfahren zu kontrollieren. Die stichprobenhafte Überprüfung der Hygienequalität in der Einrichtung erfolgt einmal pro Kalenderhalbjahr. Die Kosten der Hygieneüberprüfung sind von der überprüften Praxis selbst zu tragen, da sie in den EBM-Honorarsätzen kalkulatorisch berücksichtigt sind. Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) hat Rahmenverträge über die Durchführung von mikrobiologischen Untersuchungen zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien in M-V mit drei Laborpraxen in Greifswald, Schwerin und Rostock sowie mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) abgeschlossen. Die Laborärzte haben sich intern über eine gebietsbezogene Aufteilung der zu überprüfenden Arztpraxen geeinigt.

2 Der Arzt wird darüber informiert, dass das Labor seine Praxis zur Überprüfung aufsuchen wird.

3 Die Überprüfung erfolgt durch das Laboratorium/ Hygieneinstitut in der Einrichtung.

4 Das Labor teilt der KVMV das Prüfungsergebnis mit.

5 Das Ergebnis der Überprüfung wird dem Arzt durch die KVMV innerhalb von zwei Wochen nach der Probenentnahme mitgeteilt.

Die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität gelten als erfüllt bei:

- a) fehlendem Nachweis von *Escherichia coli*, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken,
- b) fehlendem Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa*, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern,
- c) fehlendem Nachweis von weiteren hygiene relevanten Erregern wie *Staphylococcus aureus* sowie
- d) maximaler Keimbelastung von ≤ 10 Kolonie bildenden Einheiten pro Milliliter (KBE/ml) in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung des Optikspülsystems.

Soweit Mängel bestehen, wird der Arzt über Art und Umfang dieser Mängel informiert. Er soll durch die KVMV eingehend beraten werden, in welcher Form sie behoben werden können. Die Beratung zur Behebung der Mängel kann mit Zustimmung des Arztes auch in der Arztpraxis durchgeführt werden. ■

In Mecklenburg-Vorpommern werden seit dem Jahr 2003 Hygieneprüfungen in der Koloskopie durchgeführt. Dabei ist im Laufe der Jahre die Anzahl der festgestellten Beanstandungen kontinuierlich zurückgegangen: von 19 Prozent im Jahr 2003 auf drei Prozent im Jahr 2014.

Langzeit-EKG-Untersuchungen

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. April 1992; zuletzt geändert zum 1. Januar 2015.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	107
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	243
Anzahl beschiedener Anträge	17
▸ davon Anzahl Genehmigungen	17
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	4

Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig Neufassung 1. April 1993, zuletzt geändert zum 1. Januar 2015; Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V. Gültig seit 1. April 2001.

■ Genehmigungen Allgemeine Kernspintomographie

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	64
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

■ Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2

■ Frequenzregelung Kernspintomographie der Mamma

Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	–
---	---

Magnetresonanz-Angiographie

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Magnetresonanz(MR)-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1. Oktober 2007; Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V. Gültig seit 1. April 2001.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	44
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	1

■ Dokumentationsprüfungen § 7

Anzahl abrechnender Ärzte	43
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 7	9
▸ davon ohne Beanstandungen	8
▸ davon mit Beanstandungen	1
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	–

■ Dokumentationsprüfung § 7 – Mängelanalyse

	ohne Venen	mit Venen
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	108	–
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	106	–
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	106	–
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	106	–
▸ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	106	–
▸ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	2	–

Mammographie (kurativ)

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. April 1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 1. Januar 2015.

Seit 2002 gibt es eine Qualitätsvereinbarung für die kurative Mammographie. Fachärzte für Gynäkologie oder Radiologie, die diese genehmigungspflichtige Leistung ausführen und zur Abrechnung bringen möchten, müssen neben anderen fachlichen Qualitätsnachweisen folgende Prüfungen vor der Kassenärztlichen Vereinigung M-V durchführen:

- Eingangsfallsammlung: Beurteilung einer Fallsammlung von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen) auf Vorliegen eines Karzinoms,
- Selbstüberprüfung/Rezertifizierung: Beurteilung einer Fallsammlung von 50 Patientinnen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung im zweijährigen Rhythmus.

Eine Fallsammlung gilt bei einer Fehlerzahl von maximal zwei falsch negativen und maximal sieben falsch positiven Befunden als bestanden. Da dem Arzt ledig-

lich die Röntgenaufnahmen der Mammae vorliegen und aufgrund dieser eine Beurteilung zu treffen ist, wird die Beurteilung einer Prüfsammlung allgemein als sehr schwierig empfunden.

Sollte ein Arzt die Fallsammlungsprüfung nicht bestehen, hat dies zur Konsequenz, dass die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kurativen Mammographie erst gar nicht erteilt oder – sollte dies bei der Selbstüberprüfung der Fall sein – wieder entzogen wird.

Zusammenstellung der Fallsammlungen: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände, die sich mit der Mammadiagnostik befassen, stellen für die Prüfungen einen Fallpool zusammen. Sie sind für den Aufbau und die Pflege verantwortlich. Einsatzdauer und Variation der Fallsammlungen sind verbindlich festgelegt. ■

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	37
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung	–
Anzahl Praxisbegehungen	–

■ Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt C

	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen
Anzahl Prüfungen	2	1
▸ davon bestanden	1	1
▸ davon nicht bestanden	1	–
Anzahl Ärzte, die auf Entscheidung der KV nach der zweiten erfolglosen Wiederholung erneut an der Prüfung teilnehmen können	–	–

■ Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt D

	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	5	–
▸ davon erfolgreiche Teilnahme	5	–
▸ davon nicht erfolgreiche Teilnahme	–	–

Anzahl Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme	1
▸ davon bestanden	–
▸ davon nicht bestanden	1
Anzahl Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
■ Dokumentationsprüfung gemäß Abschnitt E	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	10
▸ davon erfüllt	10

Mammographie-Screening

Stand: 31.12.2014

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, gültig seit 1. Januar 2004, zuletzt geändert zum 1. Juli 2014; Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, gültig seit 1. Januar 2004, zuletzt geändert zum 1. Januar 2015; Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1. April 1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (redaktionelle Änderungen) zum 1. Januar 2015.

■ Genehmigungen

Screening-Einheiten	4
Programmverantwortliche Ärzte	8
▸ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	8
Kooperierende Ärzte	25
▸ Befunder von Mammographieaufnahmen	15
▸ histopathologische Beurteilung	5
▸ Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	5
▸ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	1

Im Jahr 2002 wurde durch den Deutschen Bundestag die Einführung eines flächendeckenden und qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings nach den Europäischen Leitlinien in Deutschland beschlossen. 2004 traten die entsprechenden detaillierten Regelungen (Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die neue Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge) zur Einführung des Screenings in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft. Frau-

en zwischen 50 und 69 Jahren haben nun Anspruch auf eine Mammographie-Untersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung in einem Rhythmus von zwei Jahren. Durch die „Zentrale Einladungsstelle“ werden die Frauen anhand der gelieferten Daten der Meldeämter entsprechend der Postleitzahlen schriftlich eingeladen. M-V wurde in vier Screening-Einheiten, die dem Einzugsbereich der vier Tumorzentren entsprechen, eingeteilt.

Mammographie-Screening-Einheiten in Mecklenburg-Vorpommern

Diese Screening-Einheiten werden von jeweils zwei Programmverantwortlichen Ärzten geleitet. Anders als in anderen Bundesländern sind in M-V die Mehrzahl der Programmverantwortlichen Ärzte (PVA) der Screening-Einheiten ermächtigte Klinik-Ärzte, die ihren Sitz am Standort der onkologischen Brustzentren haben. Die Befunder in den Screening-Einheiten sind zum größten Teil niedergelassene Radiologen. In ihren Praxen werden die Mammographie-Screeningaufnahmen erstellt. Damit stellt das Mammographie-Screening in M-V eine beispielhafte Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär dar. Seit August 2007 wird flächendeckend das Mammographie-Screening angeboten.

Es zeichnet sich insbesondere durch die vier unterdurchschnittlich kleinen Screening-Einheiten, welche jedoch mit hohen Teilnahmeraten im oberen Feld des Bundesdurchschnittes liegen, aus. 60,8 Prozent aller eingeladenen Frauen in M-V nahmen die Einladung zum Mammographie-Screening wahr, so die Aussage der Zentralen Einladestelle. Weitere Informationen sind zu finden im aktuellen Evaluationsbericht 2008-2009 der Kooperationsgemeinschaft Mammographie auf der Internetseite: → www.mammo-programm.de.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung müssen die Befunder jährlich ihre Qualifikation durch die Teilnahme an einer Beurteilung einer Fallsammlung von Mammographie-Screeningaufnahmen im Referenzzentrum Berlin nachweisen. Zur Weiterentwicklung der Befähigung bei der Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen müssen die Befunder alle zwei Jahre an einer Fortbildung im zuständigen Referenzzentrum teilnehmen. Alle 30 Monate erfolgt eine Rezertifizierung (Vor-Ort-Kontrolle) durch die Kooperationsgemeinschaft



Mammographie, um zu überprüfen, ob noch alle Voraussetzungen gemäß den Vorgaben im Screeningprogramm (Qualifikationsnachweise, apparative Ausstattung, Raumausstattung, Zeitvorgaben, ausschließliche Screeningtage, Einhaltung der Leistungsparameter) innerhalb der Screening-Einheit bestehen. Bisher wurden die Screening-Einheiten in M-V stets rezertifiziert.

Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) hat die Aufgabe, im Rahmen des Screeningprogramms jährlich aus den einzelnen Screening-Einheiten Stichproben zur Kontrolle der diagnostischen Bildqualität von 20 Frauen und zur Abklärungsdiagnostik von 10 Frauen je PVA anzufordern. Die eingereichten Datenträger werden in der KVMV an der sogenannten Work-Station anonymisiert, bevor sie im Referenzzentrum Berlin auf regelgerechte Screening-Mammographieaufnahmen sowie Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Screeningkette geprüft werden. ■



Onkologie

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV. Gültig seit 1. Oktober 2009, zuletzt geändert zum 1. Januar 2015.

■ Genehmigungen

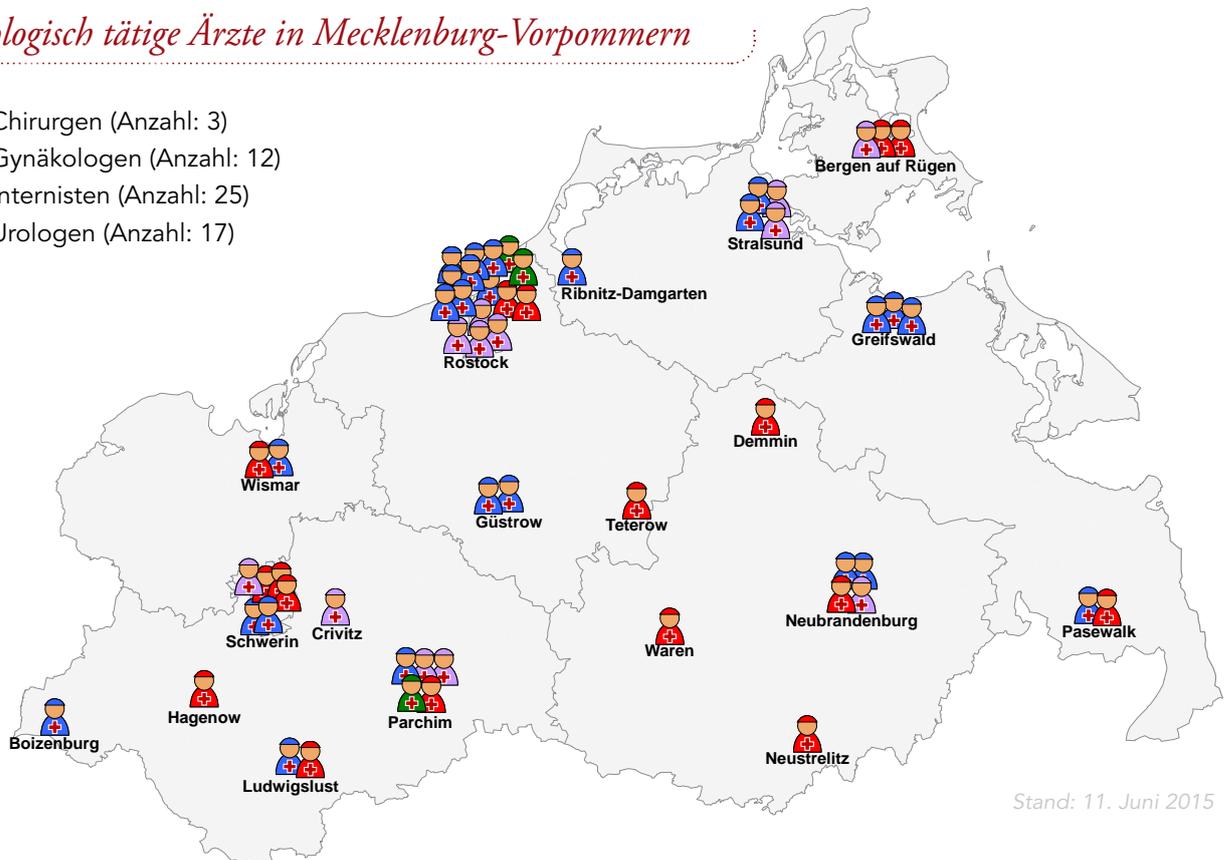
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	58
▶ darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2014 in Neu-/Jungpraxen	10
▶ darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2014 in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	11
Anzahl beschiedener Anträge	7
▶ davon Anzahl Genehmigungen	7
▶ davon Anzahl Ablehnungen	–
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	2

Fünf Jahre ist es bereits her, dass sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband

bei den Verhandlungen zur „Onkologie-Vereinbarung“ einig waren, dass die Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten mit der Voraussetzung der vorgegebenen Mindestmengen vielerorts nicht oder noch nicht möglich ist. Aus diesem Grund wurde mit dem § 3 Abs. 7 der neuen Onkologie-Vereinbarung eine Möglichkeit geschaffen, die den regionalen Vertragspartnern ermöglicht, von den bundesweiten Vorgaben hinsichtlich der Patientenzahlen abzuweichen. Diese Möglichkeit ergriff die KVMV und modifizierte die Vorgaben der Onkologie-Vereinbarung. So wurde gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen eine Umsetzungsvereinbarung geschlossen, welche die Sicherstellung im Flächenland M-V gewährleisten soll. Derzeit stellen in M-V 58 onkologisch qualifizierte Ärzte die ambulante onkologische Versorgung der Patienten sicher.

Onkologisch tätige Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern

- Chirurgen (Anzahl: 3)
- Gynäkologen (Anzahl: 12)
- Internisten (Anzahl: 25)
- Urologen (Anzahl: 17)



Stand: 11. Juni 2015

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung gemäß §7 und §10 der Vereinbarung wurde den Onkologie-Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen verschiedene Aufgaben zur Einhaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 SGB V übertragen.

Danach hat der onkologisch qualifizierte Arzt neben den Anforderungen gemäß § 3 und § 5 unter anderem folgende zusätzliche Pflichten zu erfüllen und nachzuweisen:

- Nachweis über jährlich 50 Fortbildungspunkte aufgrund onkologischer Fortbildungsveranstaltungen,
- mindestens zwei industrieneutrale, durch die Ärztekammer zertifizierte Pharmakotherapieberatungen pro Jahr,
- eine jährliche Fortbildung des Praxispersonals.

Bei den jährlich nachzuweisenden Pharmakotherapieberatungen hat sich die KVMV in Abstimmung mit der Onkologie-Kommission auch im Jahr 2014 bereiterklärt, eine Fortbildungsveranstaltung logistisch zu unterstützen. So konnte die KVMV 2014 bereits zum fünften Mal eine Pharmakotherapieberatung den onkologisch qualifizierten Ärzten im Land anbieten. Prof. Dr. rer. nat. Werner Weitschies vom Institut für Pharmazie Greifswald referierte zum Thema „Orale Therapie mit Zytostatika aus biopharmazeutischer Sicht: Einfach nur Einnehmen?“ Auch 2014 wurde mit großer Resonanz diese, von der Ärztekammer M-V zertifizierte Fortbildung von allen teilnehmenden Onkologen des Landes angenommen.

Im Weiteren ist es die Aufgabe der Geschäftsstelle der Onkologie-Kommission, auf Grundlage der Onkologie-Vereinbarung acht Prozent der teilnehmenden Ärzte mit jeweils 20 Fällen pro Jahr in Form einer stichprobenhaften Überprüfung hinsichtlich einer einheitlichen Dokumentation zu begutachten. Gemäß § 8 der Vereinbarung muss der onkologisch qualifizierte Arzt eine patientenbezogene Dokumenta-

tion nach den Vorgaben des Anhangs 1 der Onkologie-Vereinbarung, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht, erstellen. Dies gilt insbesondere für histologische Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne und Protokolle sowie für die Dokumentation der systematischen medikamentösen Therapie und deren Toxizität.

Die für das Jahr 2014 durchgeführte Stichprobenprüfung ergab hinsichtlich der Vollständigkeit und der Orientierung der Behandlung an den aktuellen, einschlägig interdisziplinär abgestimmten Leitlinien bei fünf Ärzten, welche regulär geprüft wurden, sowie bei vier Ärzten, welche auf Grund einer Wiederholungsprüfung zur Prüfung vorlagen, folgende Ergebnisse:

- 5 Ärzte ohne Beanstandungen
- 3 Ärzte mit geringen Beanstandungen
- 1 Arzt mit erheblichen Beanstandungen. ■



Prof. Dr. rer. nat. Werner Weitschies vom Institut für Pharmazie Greifswald referierte zum Thema „Orale Therapie mit Zytostatika aus biopharmazeutischer Sicht: Einfach nur Einnehmen?“

Aufteilung nach Facharztgruppen

Ärzte für	A	B	C	D	E	F
Allgemeinmedizin	–	–	–	–	–	–
Innere Medizin, hausärztlich tätig	2	–	–	1	1	–
Kinder-/Jugendmedizin	–	–	–	–	–	–
Augenheilkunde	–	–	–	–	–	–
Chirurgie	3	–	–	–	–	–
Gynäkologie	12	3	4	4	4	–
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	–	–	–	–	–	–
Dermatologie	–	–	–	–	–	–
Innere Medizin ohne Schwerpunkt fachärztlich tätig	1	–	–	–	–	–
Innere Medizin Schwerpunkt Hämatologie	18	4	–	1	1	–
Innere Medizin andere Schwerpunkte	4	1	–	–	–	–
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	–	–	–	–	–	–
Orthopädie	–	–	–	–	–	–
Urologie	18	2	7	1	1	–

A – Anzahl Ärzte mit Genehmigung zum 31. Dezember 2014; B – darunter Anzahl Ärzte zum 31. Dezember 2014 in Neu-/Jungpraxen; C – darunter Anzahl Ärzte zum 31. Dezember 2014 in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden; D – Anzahl beschiedener Anträge; E – davon Anzahl Genehmigungen; F – davon Anzahl Ablehnungen.

Schlafbezogene Atmungsstörungen

Stand: 31.12.2014

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. April 2005.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	56
▸ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	52
▸ davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	1
▸ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	3
Anzahl beschiedener Anträge	5
▸ davon Anzahl Genehmigungen	5
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren Polysomnographie)	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

Schmerztherapie

Stand: 31.12.2014

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. April 2005, zuletzt geändert (redaktionelle Änderungen) zum 1. Januar 2015.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	26
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

■ Dokumentationsprüfung gemäß § 7 Abs. 2

Anzahl geprüfter Ärzte	6
▸ davon Anforderungen erfüllt	6
▸ davon Anforderungen nicht erfüllt	–
Anzahl geprüfter Dokumentationen	30
▸ davon ohne Beanstandungen	2
▸ davon mit Beanstandungen	28

■ Nachweispflicht § 5 Abs. 5

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	26
---	----

Strahlendiagnostik/-therapie

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1. April 1993, zuletzt geändert zum 1. Januar 2015. Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V. Gültig seit 1. Oktober 1992, zuletzt geändert 1. Januar 2013.

Konventionelle Röntgendiagnostik

■ Genehmigungen § 4 und § 5

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	401
Anzahl beschiedener Anträge	22
▸ davon Anzahl Genehmigungen	22

Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	18

Computertomographie

■ Genehmigungen § 4 und § 7

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	80
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3

Osteodensitometrie

■ Genehmigungen § 4 und § 8

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	12
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	31

Strahlentherapie

■ Genehmigungen § 9

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	17
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

Nuklearmedizin

■ Genehmigungen § 10

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	23
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Stand: 31.12.2014

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V. Gültig seit 1. Oktober 1991, zuletzt geändert zum 9. April 2013.

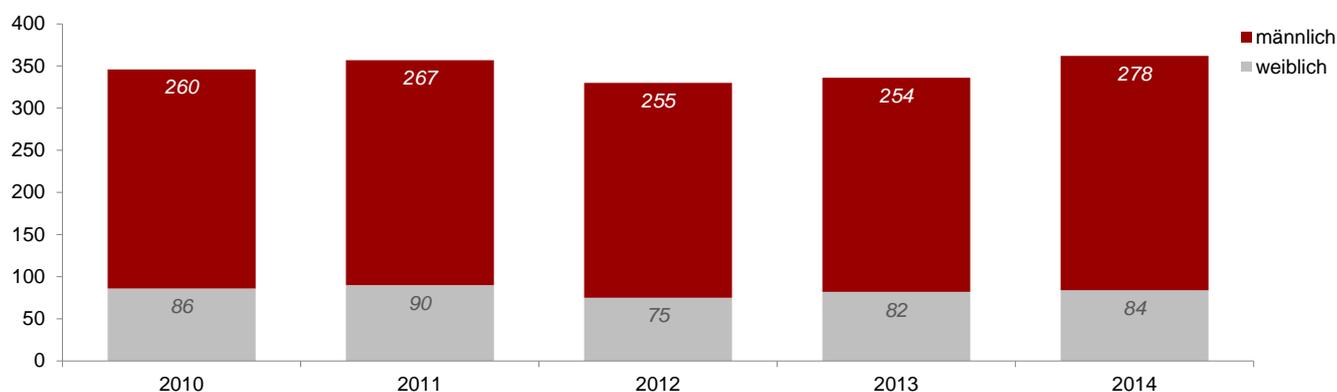
Die Zahl der Drogentoten in Deutschland ist erstmals seit Jahren wieder gestiegen. Das geht aus dem Bericht der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler für das Jahr 2013 hervor. Demnach starben 2013 1.002 Menschen an den Folgen von illegalem Drogenkonsum. Das war ein Anstieg von sechs Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Drogensucht ist längst kein Randproblem mehr, sondern sie betrifft eine Vielzahl von Menschen. Dem Bericht zufolge sind inzwischen synthetische Drogen wie Crystal Meth und Ecstasy auf dem Vormarsch, der Konsum von Heroin und Kokain hingegen nimmt ab.

In M-V ist Methadon das überwiegend eingesetzte Substitutionsmittel. Seit mehreren Jahren steigt der Anteil

beim Einsatz von Buprenorphin und die Kombination Buprenorphin und Naloxon deutlich an.

Die substitutionsgestützte Behandlung von Opiatabhängigen erfolgt in M-V hauptsächlich in den Schwerpunktpraxen Sucht, die sich in Rostock, Stralsund, Schwerin, Neubrandenburg, Waren (Müritz), Wismar, Parchim und Güstrow befinden. In Regionen außerhalb dieser Städte werden manifest Opiatabhängige von einigen Hausärzten substituiert. Diese haben eine Genehmigung gemäß BtMVV § 5 Abs. 3 auch ohne Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ nach Konsiliarregelung bis maximal drei Opiatabhängige gleichzeitig zu substituieren. Sie werden bei der

Verteilung weiblich/männliche Opiatabhängige



Substitutionsbehandlung von einem Suchtarzt aus einer Schwerpunktpraxis in ihrer Region unterstützt. Mindestens einmal im Quartal muss der Opiatabhängige sich in der Praxis des Suchtarztes vorstellen. Bei diesen Terminen werden weitere Schritte für die Erreichung der Suchtmittelfreiheit besprochen und gegebenenfalls begleitende Maßnahmen eingeleitet. Die Zusammenarbeit beider Ärzte wird dokumentiert. Mit Stand vom

31. Dezember 2014 substituierten aktiv 26 Ärzte, jeweils 13 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“, und 13 Ärzte, die in Zusammenarbeit mit einem Konsiliararzt substituierten. Die Anzahl der angezeigten Substitutionsbehandlungen ist im Vergleich zu den vergangenen Jahren erneut weiter angestiegen. In der Mehrzahl werden männliche Opiatabhängige substituiert. ■

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	29
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	9
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	16
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen	–

■ Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3

Anzahl abrechnender Ärzte	26
Anzahl geprüfter Ärzte	13
Anzahl geprüfter Fälle	30
▸ keine Beanstandungen	30
▸ geringe Beanstandungen	–
▸ erhebliche Beanstandungen	–
▸ schwerwiegende Beanstandungen	–

■ 5-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 9 Abs. 5

Anzahl geprüfter Fälle	30
▸ davon ohne Beanstandungen	30
▸ davon mit Beanstandungen	–

■ 2-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 3 Abs. 6

Anzahl geprüfter Fälle	–
------------------------	---

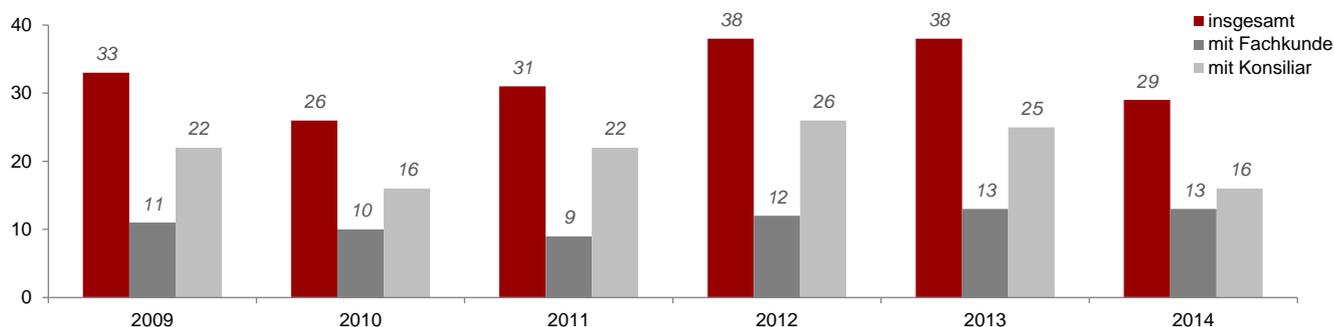
■ Patienten

Anzahl Patienten	362
▸ davon Patienten mit Diamorphinsubstitution	–

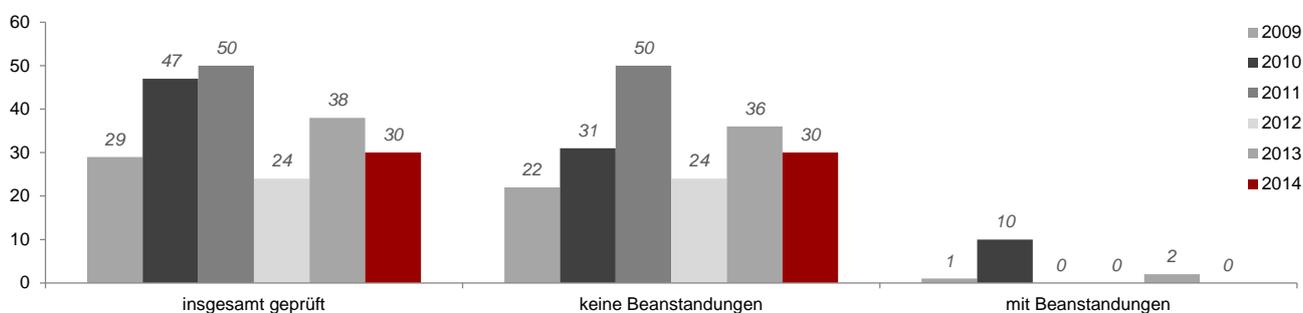
■ An-/Abmeldungen

Summe Anzahl Patientenanmeldungen und -abmeldungen	497
--	-----

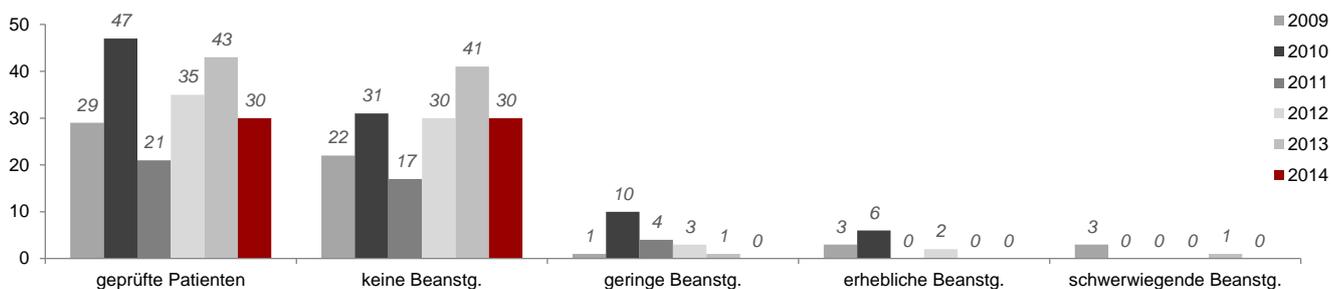
Substituierende Ärzte in M-V



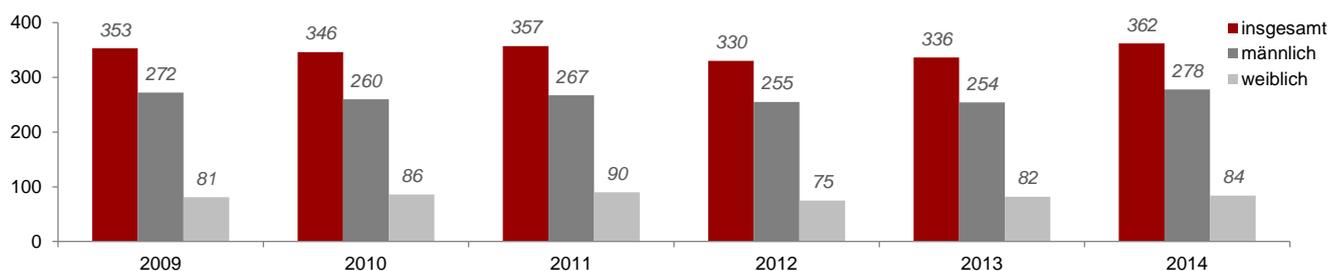
Prüfung Dokumentationen nach jeweils 5 Behandlungsjahren



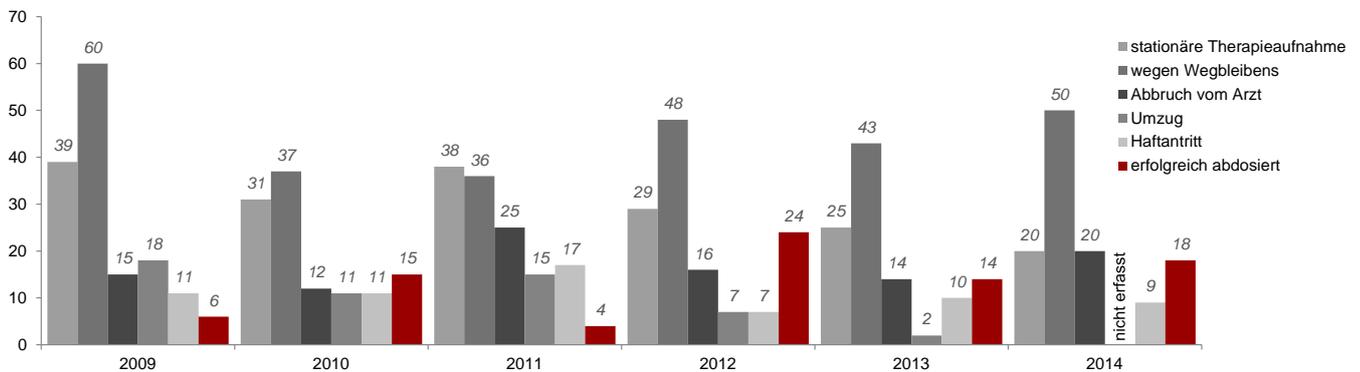
Prüfung Qualität und Vorliegen der Voraussetzungen für eine substituionsgestützte Behandlung



Substitutionsgestützte Behandlungen



Beendigung von Substitutionsbehandlungen



Ultraschalldiagnostik

Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. April 1993; zuletzt geändert zum 1. Oktober 2012.

Genehmigungserteilung

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1212
	neu § 14
Anzahl beschiedener Anträge	110
▸ davon Anzahl Genehmigungen	107
▸ davon Anzahl Ablehnungen	3
	neu
Anzahl beschiedener Anträge (Anwendungsbereiche)	271
▸ davon Anzahl Genehmigungen	187
▸ davon Anzahl Ablehnungen	84
	§ 14 Abs. 6
Anzahl Kolloquien	2
▸ davon bestanden	2
▸ davon nicht bestanden	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	3
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	10
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	100
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	139

Genehmigungsstand

■ Anwendungsbereiche mit jeweiliger Anzahl von Ärzten mit Genehmigung

AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	26
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	21
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	23
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	64
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	60
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	416
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	63
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	5
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	8
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	–
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	34
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	–
AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	102
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	–
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	84
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	513
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	7
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	10
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	77
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	111
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	23
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus,	215
AB 9.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	205
AB 9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	159
AB 9.2	Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	26
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	99
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	87
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	53
AB 12.1	Haut, B-Modus	5
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	5
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnersorgende Gefäße	73
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	47
AB 20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	1
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	11

AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	35
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	69
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	35
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	54
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	–
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominale und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	47
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	9
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	65
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	3
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	9
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	–
AB 22.1	Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	12
AB 22.2	Duplex-Verfahren – feto-maternales Gefäßsystem	26

Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

■ Apparative Ausstattung § 9

	Anzahl	Stichtag
Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	1306	31.03.2015
insgesamt erteilte Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen (Stichtag w.o.)	3	31.03.2015

Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c (31.03.2014)	735
Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c (31.12.2014)	1283
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme im Jahr 2014 gemäß § 2c	548
▸ davon ohne Beanstandungen:	548
Baujahr des Systems: vor 1990	1
Baujahr des Systems: 1990 bis 1994	23
Baujahr des Systems: 1995 bis 1999	32
Baujahr des Systems: 2000 bis 2004	86
Baujahr des Systems: 2005 bis 2009	167
Baujahr des Systems: 2010 bis heute	236
▸ davon mit Beanstandungen	–
im Jahr 2014 erlassene Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen	3

■ Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3: 4 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)

Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	24
▸ davon ohne Beanstandungen:	24
Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 13 Abs. 6)	–
Widerrufe (gerätebezogen)	–

Dokumentationsprüfungen – Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11

■ Anzahl Prüfungen

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter Ärzte	40	2
▸ davon Anforderungen erfüllt	29	2
▸ davon Anforderungen nicht erfüllt	11	–

■ Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)

Anzahl geprüfter ärztlicher Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Anzahl geprüfter Fälle, nicht Anzahl geprüfter Ärzte)	200	10
▸ davon ohne Beanstandungen	148	8
▸ davon mit Beanstandungen	52	2

■ Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	5	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	2	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	3	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	–	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	–	–

■ Beanstandungen der Bilddokumentation

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	2	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	–	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	49	1

■ Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6

▸ davon ohne Beanstandungen	–
▸ davon mit Beanstandungen	–

■ Widerrufe

	Ärzte	Anwendungsbereiche
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	–	–

Sonographie der Säuglingshüfte

Die Sonographie der Säuglingshüfte gehört zu den häufigsten Untersuchungen bei Neugeborenen. Sie wird bereits im Rahmen der 3. Früherkennungsuntersuchung (U3) zwischen der 4. und 5. Lebenswoche durchgeführt. Beim Ultraschall der Säuglingshüfte geht der Arzt nach einem bestimmten Verfahren vor, welches bereits seit 2006 qualitätsgesichert ist und von den Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft wird. Zum 1. April 2012 wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Sonographie der Säuglingshüfte aktualisiert, wobei die sehr hohen Anforderungen konkretisiert wurden.



ren und aufwändige Operationen und schlimmstenfalls lebenslange Behinderungen nach sich ziehen. Die korrekte Durchführung der Hüftsonographie ist daher entscheidend und die Erfahrung und Intuition des Untersuchers sind äußerst wichtig.

Um den Arzt bei diesem komplexen Verfahren zu unterstützen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung zusammen mit orthopädischen und pädiatrischen Experten die Broschüre „Sonographie der Säuglingshüfte – aber richtig“ erstellt. Sie basiert auf den Erfahrungen aus der Prüfpraxis der Qualitätssicherungs-Kommissionen und gibt zahlreiche Tipps mit

Die Sonographie der Säuglingshüfte nimmt unter den Ultraschalluntersuchungen eine gewisse Sonderstellung ein. Nur in einem vergleichsweise engen Zeitintervall können drohende Hüftreifungsstörungen ausschließlich mit diesem Ultraschallverfahren erkannt und anschließend durch einfache Maßnahmen meist vollständig behoben werden. Werden sie nicht diagnostiziert, können die daraus resultierenden Hüftgelenksfehlstellungen zu hohen Belastungen für Patienten und Kostenträger füh-

nützlichen Durchführungshinweisen, die die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung darstellen und erläutern. Die Broschüre greift die häufigsten Fehlerquellen bei der Hüftsonographie auf und zeigt ganz konkret, wie diese vermieden werden können. Dabei wurde bewusst Wert darauf gelegt, dies anschaulich mit möglichst vielen Ultraschallbildern aus der täglichen Praxis und mit möglichst wenigen Worten zu erreichen. ■

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	87
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	4
Anzahl abrechnender Ärzte III/2014	87

■ Dokumentationsprüfungen

	Initialprüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
Anzahl geprüfter Ärzte	1	6	10
▸ davon ohne Beanstandungen	–	4	7
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	2	2
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	–	–	1

	nach Initial- prüfung	nach 2-Jahres- Prüfung	nach 5-Jahres- Prüfung
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	–	4	4
▸ davon Anforderungen erfüllt	–	2	3
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	–	2	1
▸ Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	–	–	–
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2			2

■ Dokumentationsprüfung – Mängelanalyse

Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	300
▸ davon regelgerecht (Stufe I)	240
▸ davon eingeschränkt (Stufe II)	56
▸ davon unzureichend (Stufe III)	4
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	1
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2:	4
▸ davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	4
▸ davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	–
▸ davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	–

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri Stand: 31.12.2014

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungs(QS)-Vereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V. Gültig seit 1. Januar 2015. (vormalige Versionen seit dem 1. Juli 1992).

Nach nahezu 25 Jahren Gültigkeit ist das seit 1990 für die gynäkologische Zytodiagnostik gebräuchliche Schema – Münchener Nomenklatur II – durch eine aktualisierte Version abgelöst worden. Zum 1. Januar 2015 wurde die QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie an die neue, überarbeitete Klassifikation – Münchener Nomenklatur III – angepasst. Die Münchener Nomenklatur ist das bundesweit gebräuchliche Befundschema, das für die zytologischen Untersuchungen gesetzlich krankenversicherter Frauen vorgeschrieben ist.

Hintergründe, die zu dieser Anpassung der Nomenklatur geführt haben, sind vielseitig. Zum einen liegen inzwischen neue Erkenntnisse zur Tumorbilogie des Gebärmutterhalses vor, die die morphologische Variationsbreite des Zervixkarzinoms aufzeigen. Dazu ist die Anforderung an Sensitivität der gynäkologischen Untersuchung, die auch potenzielle Tumorstufen erfasst,

gestiegen. Zum anderen war eine Übersetzung des deutschen Modells in die international gebräuchliche Klassifikation des Bethesda-Systems notwendig, die den Austausch zytologischer Befunde vereinfacht und die statistische Erfassung präzisiert.

In der aktuellen Nomenklatur wurden zu der bereits bewährten Gruppeneinteilung der Münchner Nomenklatur II zusätzliche Unterkategorien hinzugefügt, die eine getrennte Erfassung leichter und mäßiger Dysplasien ermöglicht sowie unklare zytologische Befunde definiert. Diese verbesserte Handhabung des Befundschemas soll die Arbeit der zytologisch tätigen Ärzte vereinfachen und den behandelnden Frauenärzten Klarheit und Eindeutigkeit in der Aussage der Befunde verschaffen. Die überarbeitete Klassifikation spielt auch bei der Patientenversorgung eine wichtige Rolle. Die verbesserte

Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Befunde erleichtert die Arzt-Patient-Kommunikation, so dass ein gestärktes Vertrauensverhältnis zwischen dem behandelnden Frauenarzt und der Patientin hergestellt

wird. Auch die Verunsicherungen der Vorsorgeteilnehmerinnen, die zu weiteren Untersuchungen und gegebenenfalls Übertherapien führen, können somit vermieden werden. ■

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	13
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

■ Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess

Anzahl abrechnender Ärzte (III/2014)	10
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	3
▸ davon bestanden	3
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	–
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	–

■ Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7 Abs. 3) – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	36
▸ davon ohne Beanstandungen	36

■ Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess

Anzahl abrechnender Praxen	10
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	8
▸ davon ohne Auffälligkeiten	8
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	–
Anzahl Kolloquien	–

■ Fortbildungsverpflichtung § 9

Anzahl Ärzte, die 2014 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	13	
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2014 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	36 Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	35 Vorlagen von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2

Fortbildungsverpflichtung

Stand: 31.12.2014

Neben den Berufsordnungen verpflichtet auch der Gesetzgeber im SGB V alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung (§ 95d SGB V). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat dazu in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer die „Regelung der Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V“ beschlossen. Sie trat am 1. Juli 2004 in Kraft.

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen – unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind – innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, in der Regel durch ein Kammerzertifikat. Für Ärzte und Psychotherapeuten, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen waren, endete am 30. Juni 2014 bereits der zweite Nachweiszeitraum. Für alle anderen begann bzw. beginnt die Fortbildungspflicht mit dem Beginn der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (Zulassung/Anstellung/Ermächtigung) und endet nach fünf Jahren.

In der Wahl der Art der Fortbildung sind Ärzte und Psychotherapeuten im Wesentlichen frei. Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (z.B. Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, die Durchführung von Peer Reviews, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Für die Sicherung und Weiterentwicklung ihrer beruflichen Kompetenz bevorzugen Ärzte und Psychotherapeuten Präsenzveranstaltungen, nutzen zunehmend aber auch IT-gestützte Angebote.

Die Qualitätssicherung und -förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) beschränkt sich nicht nur auf die Umsetzung von Vereinbarungen und Richtlinien, sondern zeigt sich auch in vielfältigen Beratungs- und Fortbildungsangeboten für ihre Mitglieder. So wurden im Jahr 2014 umfangreiche Fortbildungsprogramme angeboten, so z.B. :

- Pharmakotherapieberatung im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung,
- Arzneimittelberatungen,
- Praxisgründungsseminare,
- Qualitätsmanagement.

Eine unzureichende Fortbildung zieht Sanktionen nach sich, die der Gesetzgeber in § 95d Abs. 3 SGB V streng definiert hat:

- Honorarkürzungen für vier Quartale um zehn Prozent, ab dem fünften Quartal um 25 Prozent bis zum Nachweis der Fortbildung,
- Verpflichtung zum Nachholen der Fortbildungsversäumnisse innerhalb von zwei Jahren,
- Einleitung eines Verfahrens auf Zulassungsentzug beim Zulassungsausschuss, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

In der KVMV waren im Jahr 2014 1992 Vertragsärzte und Psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. Nahezu alle haben den Nachweis gegenüber der KVMV fristgerecht und vollständig erbracht. ■



Grafik: www.shutterstock.de

Qualitätszirkel – eine häufig genutzte Form der Fortbildung

Stand: 31.12.2014

Seit über 20 Jahren haben sich Qualitätszirkel als bewährte Methode ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert. Mit dem Beschluss der Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztliche Bundesvereinigung im Jahr 1993 wurden sie als Verfahren der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung anerkannt. Qualitätszirkel bieten für Ärzte und Psychotherapeuten einen geschützten Raum, um sich frei von den Interessen Dritter regelmäßig über ihre Tätigkeit auszutauschen mit dem Ziel, die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Eine verbesserte Patientenversorgung und die Patientensicherheit stehen dabei im Fokus. Innerhalb der Qualitätszirkel nutzen die Teilnehmer die Erfahrungen der Kollegen, aber auch externe Evidenz und sorgen so für den Transfer von Wissen in die Praxis.

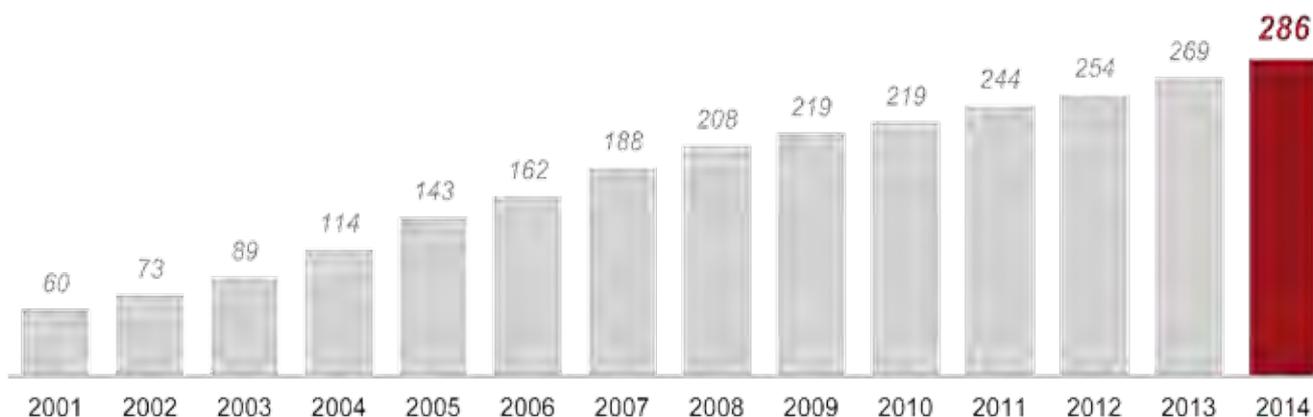
Kriterien eines Qualitätszirkels:

- maximal 20 Teilnehmer,
- Austausch ca. einmal im Quartal,

- Themengestaltung frei,
- Moderator mit entsprechender Moderatorenausbildung,
- Protokollerstellung, Anwesenheitsliste mit der Möglichkeit, bei Anerkennung des Qualitätszirkels Fortbildungspunkte zu erlangen.

Das Instrument „Qualitätszirkel“ hat sich in der ambulanten medizinischen Versorgung als ein fester Bestandteil der Fortbildung etabliert. So finden regelmäßig zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten interdisziplinär oder fachübergreifend Qualitätszirkel statt. Die Kassenärztliche Vereinigung M-V unterstützt ihre Mitglieder hierbei organisatorisch und finanziell. Jährlich organisiert sie eine Moderatorenschulung mit professionellen Trainern auf der Grundlage entsprechender Vorstandsbeschlüsse, wodurch im Jahr 2014 18 Moderatoren neu ausgebildet werden konnten. ■

Entwicklung der Qualitätszirkel





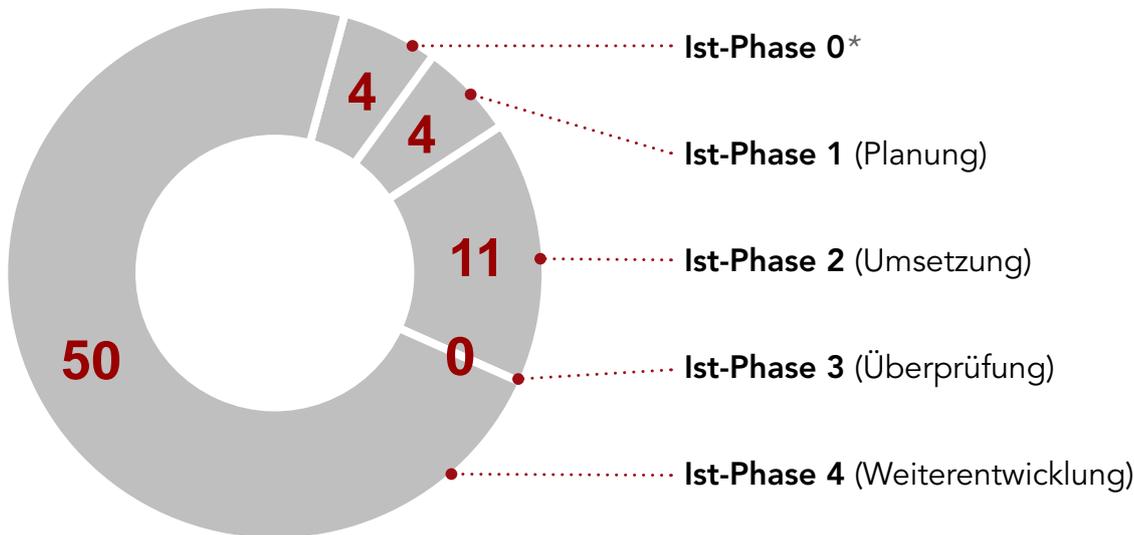
Qualitätsmanagement

Stand: 31.12.2014

Seit mehr als zehn Jahren (GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004) sind alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. QM dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung. Dabei stehen eine größtmögliche Patientensicherheit und eine bewusste Patientenorientierung im Fokus. Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (ÄQM-RL) festgeschrieben. Die Richtlinie regelt auch, dass der Stand der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben jährlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Stichproben zu überprüfen ist. Dabei sind mindestens 2,5 Prozent der an der Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu berücksichtigen. Im Jahr 2014 wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung M-V 69 Ärzte (davon 7 Ermächtigte) sowie 6 Psychotherapeuten befragt. 66 Fragebogen (Rücklaufquote 96 Prozent) konnten mit folgendem Ergebnis ausgewertet werden:

- Anzahl der Bewertungen nach § 7 Abs. 2 Satz 1: **66**
- Anzahl der Beratungsgespräche nach § 8 Satz 4: **5**
- Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die noch nicht mit der „Planung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 begonnen haben: **4**
- Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der „Planung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 begonnen haben: **4**
- Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der „Umsetzung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 2 begonnen haben: **11**
- Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die alle Elemente und Instrumente nach den §§ 3 und 4 eingeführt und mit der „Überprüfung“ nach § 6 Abs. 2 Nr. 3 begonnen haben: **0**
- Anzahl der geprüften Vertragsärzte, die mit der Weiterentwicklung nach § 6 Abs. 3 begonnen haben: **50**

Ist-Phasen – Anzahl der Praxen in M-V



*Ist-Phase 0 beinhaltet fehlende, inkorrekte oder unvollständige Rückläufe.

Phase I „Planung“

In einem Zeitraum von längstens zwei Jahren nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit sind Maßnahmen zur Planung eines einrichtungswirtschaftlichen QM durchzuführen. Dazu gehören unter anderem mindestens eine schriftliche Selbstbewertung nach den §§ 2 bis 4 (Ziele, Grundelemente und Instrumente eines einrichtungswirtschaftlichen QM), die Festlegung von Zielen und gegebenenfalls die Benennung der für QM zuständigen Mitarbeiter. Die Teilnahme an einer QM-Fortbildung wird empfohlen.

Phase II „Umsetzung“

In zwei weiteren Jahren sind auf der Grundlage der in Phase I durchgeführten Analysen und Planungen konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Einführung des einrichtungswirtschaftlichen QM zu ergreifen. Bis zum Ende des Zeitraumes müssen alle Grundelemente nach § 3 unter Verwendung aller Instrumente nach § 4 eingeführt werden. Dazu gehören beispielsweise regelmäßige strukturierte Teamsitzungen, die Erstellung von Prozess- und Ablaufbeschreibungen, die Durchführung von Patientenbefragungen und das Einleiten von Verbesserungen durch ein Fehler- und Beschwerdemanagement.

Phase III „Überprüfung“

In einem weiteren Jahr ist eine erneute Selbstbewertung hinsichtlich aller in der ÄQM-RL geforderten Grundelemente und Instrumente einschließlich der jeweiligen Zielerreichung durchzuführen.

Phase IV „Fortlaufende Weiterentwicklung“

Spätestens ab dem sechsten Jahr nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit schließt sich die Phase der fortlaufenden Weiterentwicklung an. Neben der Anwendung der geforderten Grundelemente und Instrumente im Praxisalltag gehört dazu die jährliche Selbstbewertung der Praxis. ■

Stichprobenprüfungen (§ 136 Abs. 2)

Stand: 31.12.2014

Die Durchführungsbestimmungen zu diesen Prüfungen sind allgemein in den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V festgelegt. Mit Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum 1. Januar 2007 wurde die bisher bewährte Praxis weiterentwickelt und hinsichtlich Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen in Bereichen konkretisiert, sofern in den jeweils gelten-

den Vereinbarungen oder Richtlinien nicht selber konkrete Vorgaben gemacht sind. Mit dieser neuen Richtlinie wird ein Mindeststandard gehalten, der zuvor in einzelnen Kassenärztliche Vereinigungen deutlich überschritten wurde. Neu ist eine bundesweite Zusammenschau der Prüfungen, die in einem jährlichen Bericht dem G-BA übermittelt wird. Die Kassenärztliche Vereinigung M-V prüft gemäß den bundesweit geltenden Vereinbarungen und Richtlinien und nach Maßgabe eigener regionaler Beschlüsse anhand von Stichproben

Auswertung von	Arthroskopie	
Anzahl abrechnender Ärzte	42	
Anzahl geprüfter Ärzte	6	
Anzahl Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	4	
Anzahl kriterienbezogener Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3	2	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach Prüfung:	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3
▸ keine Beanstandungen	2	–
▸ geringe Beanstandungen	1	1
▸ erhebliche Beanstandungen	1	1
▸ schwerwiegende Beanstandungen	–	–
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	4	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	1	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	–	
Anzahl Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	–	
Anzahl Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	–	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	–	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	–	

die Qualität von Leistungen im Einzelfall. Dabei ist im Wesentlichen zwischen Prüfungen zu Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V und zu Richtlinien nach § 136 Abs. 2 SGB V zu unterscheiden.

In den Leistungsbereichen

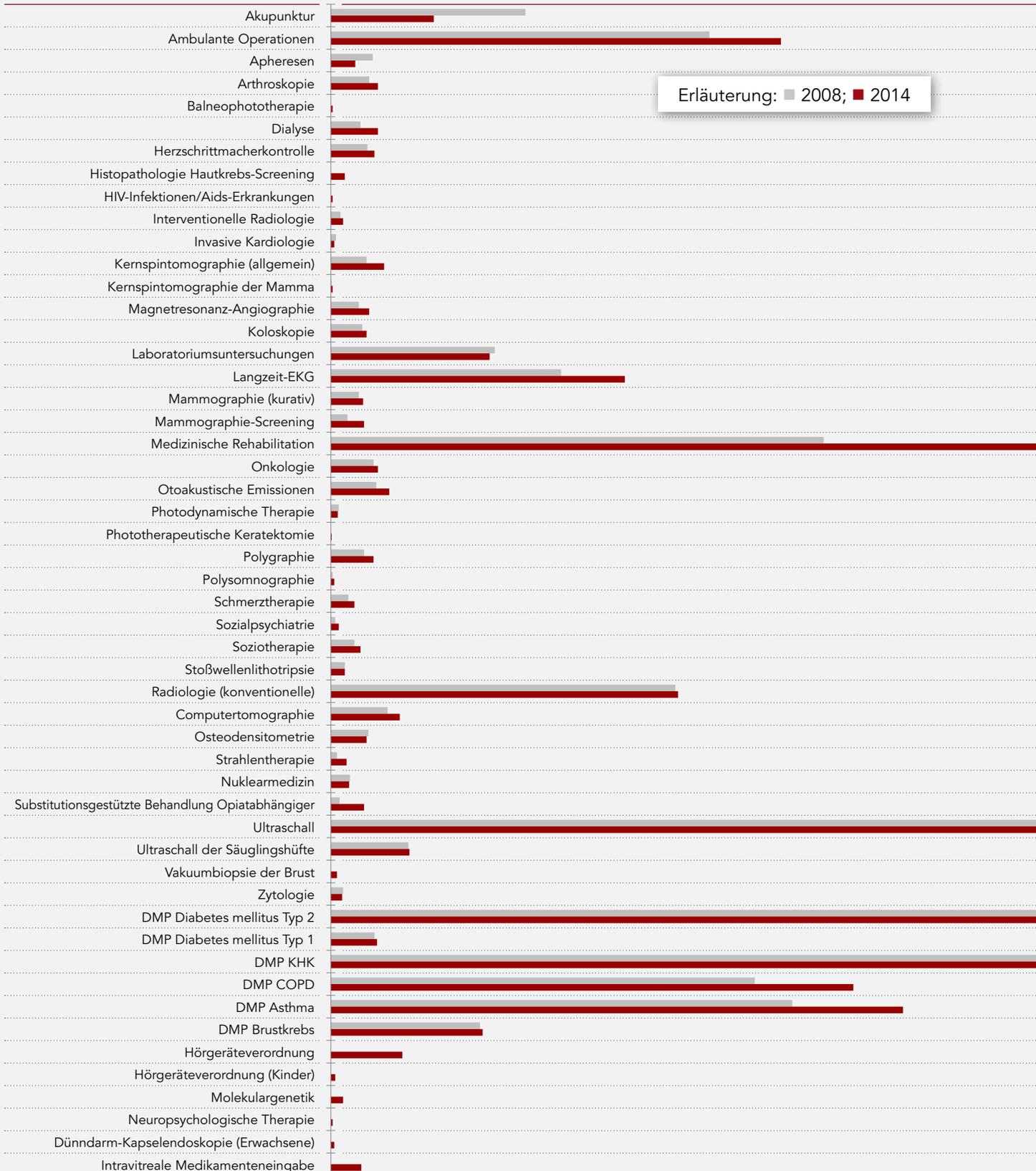
- Arthroskopie,
- konventionelle Röntgendiagnostik,
- Computertomographie und
- Magnetresonanztomographie

werden nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung bundesweit von mindestens vier Prozent aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen geprüft. Darüber hinaus werden auf Grundlage regionaler Vereinbarungen zusätzliche

Stichprobenprüfungen durchgeführt. Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung statt. Die Ergebnisse dieser obligaten und fakultativen Prüfungen sind von der KBV jährlich an den G-BA zu übermitteln. Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden unter Einbindung eines externen Datenanalytikers an den G-BA berichtet. Weitere Dokumentationsprüfungen, in der Hauptsache nach Vereinbarungen zu § 135 Abs. 2 SGB V, aber auch nach § 135 Abs. 1 und anderen finden regelhaft in weiteren Bereichen statt. Der Umfang reicht hier von einem Stichprobenumfang von drei Prozent bis zu einer Vollerhebung, einer verpflichtenden Zweitmeinung oder zusammenfassenden Jahresstatistiken. ■

Herzschrittmacheruntersuchung		Langzeit-EKG-Untersuchung		Konventionelle Röntgendiagnostik		Computertomographie		Kernspintomographie	
50		224		362		80		61	
4		18		15		3		4	
4		14		15		3		4	
–		4		–		–		–	
gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3
3	–	1	–	6	–	1	–	4	–
1	–	10	2	8	–	2	–	–	–
–	–	3	1	1	–	–	–	–	–
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1		16		8		–		–	
–		1		–		–		–	
–		1		–		–		–	
–		1		–		–		–	
–		1		–		–		–	
–		4		–		–		–	
–		–		–		–		–	

Entwicklung der Genehmigungen



	Tendenz	Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Akupunktur	→	105	124	125	123	119	118	121
Ambulante Operationen	→	460	472	516	517	516	516	526
Apheresen	←	50	25	26	26	27	28	34
Arthroskopie	→	45	49	52	53	54	54	58
Balneophototherapie	→			2	2	2	2	2
Dialyse	→	48	52	53	61	53	54	57
Herzschrittmacherkontrolle	→	43	47	52	49	49	50	54
Histopathologie Hautkrebs-Screening	→			18	16	16	16	16
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	→			1	1	2	2	2
Interventionelle Radiologie	→	12	13	13	13	13	14	14
Invasive Kardiologie	←	6	3	2	2	2	4	4
Kernspintomographie (allgemein)	→	39	44	53	50	60	61	64
Kernspintomographie der Mamma	→	1	1	1	1	2	2	2
Magnetresonanztomographie	→	29	37	42	41	43	44	44
Koloskopie	●	44	45	44	42	44	41	44
Laboratoriumsuntersuchungen	←	192	195	192	192	190	182	183
Langzeit-EKG	→	272	298	309	315	321	337	350
Mammographie (kurativ)	→	31	35	30	31	33	37	37
Mammographie-Screening	←	36	36	34	31	32	38	33
Medizinische Rehabilitation	→	690	748	755	793	817	844	876
Onkologie	→	50	49	46	49	52	54	58
Otoakustische Emissionen	→	55	58	60	59	64	67	70
Photodynamische Therapie	←	9	9	9	9	8	8	7
Phototherapeutische Keratektomie	→				1	1	1	1
Polygraphie	→	40	41	41	48	48	49	53
Polysomnographie	●	4	4	4	4	4	4	4
Schmerztherapie	→	23	26	26	26	27	27	26
Sozialpsychiatrie	→	5	5	5	8	8	9	9
Soziotherapie	→	28	29	29	28	34	34	39
Stoßwellenlithotripsie	●	16	16	16	17	16	16	16
Radiologie (konventionelle)	←	405	394	397	399	393	398	401
Computertomographie	→	61	65	73	69	78	79	80
Osteodensitometrie	←	43	42	45	43	38	41	12
Strahlentherapie	→	7	10	14	9	15	18	17
Nuklearmedizin	→	21	22	23	22	20	21	23
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	→	11	11	26	31	38	38	29
Ultraschall	→	1070	1103	1178	1192	1181	1205	1212
Ultraschall der Säuglingshüfte	←	89	91	90	91	92	90	87
Vakuumbiopsie der Brust	→		4	1	2	5	7	12
Zytologie	→	12	12	11	11	11	13	13
DMP Diabetes mellitus Typ 2	→	1018	1019	1025	1023	1025	1057	1056
DMP Diabetes mellitus Typ 1	→	51	51	51	53	53	53	56
DMP KHK	←	993	998	1000	1038	1002	1006	990
DMP COPD	→	534	559	586	583	611	599	604
DMP Asthma	→	575	607	637	631	663	656	661
DMP Brustkrebs	←	174	176	178	177	175	174	173
Hörgeräteverordnung	→					82	82	82
Hörgeräteverordnung (Kinder)	→					3	5	5
Molekulargenetik	→					14	14	16
Neuropsychologische Therapie	→						2	4
Dünndarm-Kapselendoskopie (Erwachsene)	-							4
Intravitreale Medikamenteneingabe	-							35

Ansprechpartner – Qualitätssicherung

QS-Gebiet von A bis Z

Tel.: 0385.7431-...

A	Akupunktur	Anika Gilbrich	249	
	Ambulantes Operieren	Stefanie Moor	384	
	Apheresen	Monika Schulz	383	
	Arthroskopie	Brit Tesch	382	
B	Balneophototherapie	Anika Gilbrich	249	
	C	Chirotherapie	Kirsten Martensen	243
Computertomographie		Martina Lanwehr	375	
D	Diabetes Begleiterkrankungen DAK	Marie Gillmeier	385	
	Diabetischer Fuß	Marie Gillmeier	385	
	Dialyse	Monika Schulz	383	
	DMP Asthma	Kirsten Martensen	243	
	DMP Brustkrebs	Kirsten Martensen	243	
	DMP COPD	Kirsten Martensen	243	
	DMP Diabetes Typ 1 und 2	Marie Gillmeier	385	
	DMP KHK	Monika Schulz	383	
	Dünndarm-Kapselendoskopie	Brit Tesch	382	
	E	Entwicklungsneurologie	Anke Voglau	377
		F	Früherkennungsuntersuchung	Caroline Janik
	Funktionsstörung der Hand		Brit Tesch	382
	G	Gestationsdiabetes	Marie Gillmeier	385
		H	Hautkrebsscreening	Anika Gilbrich
Hepatitis C	Caroline Janik		177	
Herzschrittmacher	Caroline Janik		177	
HIV/Aids	Liane Ohde		210	
Homöopathie	Brit Tesch		382	
Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor		384	
Humangenetik	Silke Seemann		387	
Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann		387	
HZV	Caroline Janik		177	
I	Interventionelle Radiologie		Martina Lanwehr	375
	Intravitreale Medikamenteneingabe	Brit Tesch	382	
	Invasive Kardiologie	Caroline Janik	177	
K	Koloskopie	Brit Tesch	382	
	Künstliche Befruchtung	Silke Seemann	387	

<i>L</i>	Labor	Silke Seemann	387
	Langzeit-EKG	Caroline Janik	177
<i>M</i>	Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	375
	Mammographie-Screening	Liane Ohde	210
	MRSA	Caroline Janik	177
<i>N</i>	MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	375
	Neugeborenencreening	Silke Seemann	387
<i>O</i>	Nuklearmedizin	Martina Lanwehr	375
	Onkologie	Kirsten Martensen	243
<i>P</i>	Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	375
	Osteoporose	Caroline Janik	177
	Otoakustische Emission	Stefanie Moor	384
	Palliativversorgung	Anke Voglau	377
	PDT/PTK	Brit Tesch	382
	Pflegeheim Plus/Pflege komplett	Caroline Janik	177
	Physikalisch-medizinische Leistungen	Kirsten Martensen	243
	Praxisassistentin	Marie Gillmeier	385
	Psychosomatische Grundversorgung	Anke Voglau	377
	Psychotherapie/Neuropsychologie	Anke Voglau	377
<i>Q</i>	Psychotherapie Informationsstelle	Anika Gilbrich	249
	Qualitätsmanagement	Martina Lanwehr	375
<i>R</i>	Qualitätszirkel	Anika Gilbrich	249
	Radiologie	Martina Lanwehr	375
<i>S</i>	Rehabilitation	Liane Ohde	210
	Rheumatologie	Marie Gillmeier	385
	Schlafapnoe	Kirsten Martensen	243
	Schmerztherapie	Stefanie Moor	384
	Sozialpsychiatrie	Anke Voglau	377
	Soziotherapie	Anke Voglau	377
	Stoßwellenlithotripsie	Monika Schulz	383
	Strahlentherapie	Martina Lanwehr	375
	Substitutionsbehandlung	Liane Ohde	210
	Suchtvereinbarung	Liane Ohde	210
<i>T-Z</i>	Tonsillotomie	Stefanie Moor	384
	Ultraschall	Marion Rothe	376
	Vakuumbiopsie der Brust	Martina Lanwehr	375
	Willkommen Baby	Caroline Janik	177
	Zytologie	Silke Seemann	387



ΕΙΔ
ΡΚΟΥΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙ
ΔΕΚΛΗΤΙΟ
ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ

...τε και πάσας ἰσας
...κατὰ δύναμιν
...ἐγγραφὴν τήνδ
...διδάξαντά με τ
...ἐμοῖσιν και
...μετάδε
...ἀδελφείο
...τὴν τέχν
...ἀνευ μισθοῦ κ
...καὶ
...μετάδδον ποιήσ
...ἐμὲ

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Straße 22 · 19057 Schwerin · Telefon: 0385.7431-0 · Fax: 0385.7431-222 · E-Mail: info@kvmv.de · www.kvmv.info