



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

Berichtsjahr 2015 | Ausgabe 2016



INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT – Axel Rambow	4	Ambulante Operationen	35
AMBULANTE VERSORGUNG IN M-V		Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren.....	36
Zahlen und Fakten auf einen Blick.....	6	Arthroskopie	36
Wie arbeiten die Ärzte in M-V?		Balneophototherapie	37
Praxisstrukturen und Tätigkeitsformen	8	Blutreinigungsverfahren/Dialyse.....	38
Eine neue Generation – der medizinische Nachwuchs in M-V.....	10	Disease-Management-Programm (DMP).....	38
Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin gestartet.....	12	Herzschrittmacher-Kontrolle	40
Fachärztliche Weiterbildungsförderung	13	Histopathologie Hautkrebs-Screening	41
Der ärztliche Bereitschaftsdienst – Versorgung der Patienten außerhalb der Sprechzeiten.....	14	HIV-Infektionen/AIDS-Erkrankungen	42
QUALITÄTSSICHERUNG AKTUELL		Hörgeräteversorgung	42
Fortbildung in der KVMV.....	16	Hörgeräteversorgung – Kinder.....	43
Qualitätszirkel	18	Interventionelle Radiologie	43
Hygiene in der Arztpraxis	20	Intravitreale Medikamenteneingabe	43
Praxisassistenten mit <i>Care</i> -Qualifikation	22	Invasive Kardiologie	45
Die <i>Care</i> -Qualifikation in der Praxis.....	24	Diagnostische Katheterisierungen	45
Versorgung chronischer Wunden durch qualifizierte NÄPA	26	Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen	45
Qualitätsgesicherte Leistungen in der ambulanten Versorgung	28	Kapselendoskopie – Dünndarm	46
Entwicklung qualitätsgesicherter Leistungen in der ambulanten Versorgung	30	Koloskopie.....	47
Mitglieder der QS-Kommissionen	32	Totale Koloskopien.....	47
GENEHMIGUNGEN IN AUSGEWÄHLTEN LEISTUNGSBEREICHEN		Polypektomien	47
Akupunktur	34	Laboratoriumsuntersuchungen.....	48
		Langzeit-EKG.....	49
		Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie	50
		Magnetresonanztomographie (MR)-Angiographie	50
		Mammographie (kurativ)	52
		Mammographie-Screening.....	53
		Medizinische Rehabilitation.....	54
		Molekulargenetik.....	54

Neuropsychologische Therapie.....	54
Onkologie.....	55
Otoakustische Emissionen.....	57
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund.....	57
Phototherapeutische Keratektomie.....	57
Schlafbezogene Atmungsstörungen	57
Schmerztherapie.....	58
Sozialpsychiatrie	58
Soziotherapie.....	59
Stosswellenlithotripsie bei Harnsteinen.....	59
Strahlendiagnostik/-therapie	59
Konventionelle Röntgendiagnostik.....	59
Computertomographie	60
Osteodensitometrie	60
Strahlentherapie.....	61
Nuklearmedizin	61
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger ..	61
Ultraschalldiagnostik.....	63
Geräteprüfungen/apparative Ausstattung	64
Dokumentationsprüfungen – Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11	65
Säuglingshüfte.....	65
Im Wandel der Zeit – 25 Jahre Sonographie-Kommission	66
Vakuumbiopsie der Brust.....	68
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix Uteri	69
Genehmigungsentwicklung.....	70
Ansprechpartner Qualitätssicherung.....	72

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

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Kartengrundlage

© Lutum+Tappert

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN,



Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen wie kaum eine andere Berufsgruppe einer ständigen Qualitätsprüfung. Derzeit gibt es für ungefähr 50 Leistungsbereiche verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung, und circa 50 Prozent der Leistungen des EBM sind qualitätsgesichert und sanktionsbewehrt bis zum Genehmigungsentzug.

Somit ist es keine Überraschung, dass eine der wichtigsten Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) ist, die Versorgungsqualität der mehr als 3.000 niedergelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten zu sichern, kontinuierlich weiterzuentwickeln sowie nachhaltig zu fördern. Einen wesentlichen Beitrag dazu leisten die mittlerweile zahlreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die in der vertragsärztlichen Versorgung

durchgeführt und umgesetzt werden. Dazu gehören u.a. Eingangsprüfungen und Kolloquien, Stichprobenprüfungen, Prüfungen von schriftlichen und bildlichen Dokumentationen, Feedbacksysteme, Nachweise von Mindestfrequenzen und Hygieneproofungen, Re-Zertifizierungen, Praxisbegehungen, gerätebezogene Prüfungen, aber auch Beratungen, Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement in den Praxen sowie die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen. Viele von diesen Maßnahmen sind desgleichen freiwillige Vorhaben seitens der Ärzte und Psychotherapeuten zur Förderung der ambulanten Versorgungsqualität.

Ein Bereich, der sich in den letzten Jahren dynamisch entwickelt hat und immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist die Hygiene. Ein unverkennbar wichtiger Bereich, aber die Vielzahl von Gesetzen, Richtlinien, Normen und Vorschriften, die für Hygiene und Medizinprodukte für Arztpraxen und in eingeschränktem Maße auch für psychotherapeutische Praxen verbindlich sind, machen es für niedergelassene, angestellte und ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten schwierig, hier den Überblick zu behalten. Der Bereich Qualitätssicherung engagiert sich seit Jahren im Sachgebiet Hygiene, um Ansprechpartner und Berater für Ärzte und Psychotherapeuten zu sein, so dass auch die Hygiene – als Teil hoher Versorgungsqualität – in unserem KV-Bereich den hohen Anforderungen genügt.

All diese Maßnahmen sollen einer effektiven, effizienten und sicheren Patientenbehandlung dienen. Qualitätssicherung ist für uns mehr als die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht. Eine hohe Versorgungsqualität liegt im ureigenen Interesse von Ärzten und Psychotherapeuten. Ein Teil dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen ist der hier vorgelegte Qualitätsbericht, der gleichermaßen vom hohen eigenen Qualitätsanspruch in der ambulanten Ärzteschaft berichtet und direkt und indirekt Auskunft über die dynamische Entwicklung der individuellen Qualifikation und der Praxisausstattung gibt. Die vielfältigen und konsequent umgesetzten Maßnahmen zur Sicherung

einer hochqualitativen ambulanten Patientenversorgung sind seit jeher Teil des professionellen Handelns von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten.

Sehr geehrte Damen und Herren, mit diesem Qualitätsbericht erhalten Sie nun zum zwölften Mal eine komplexe und umfassende Übersicht über ein Jahr innerärztliche Qualitätssicherungsarbeit, die den hohen Stand der Patientenversorgung im ambulanten Bereich unseres Bundeslandes, die tagtäglichen Bemühungen der niedergelassenen Ärzteschaft um Sicherung, Verbesserung und innovativen Ausbau von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ihrer Patientenversorgung, aber auch die organisatorischen, unterstützenden und dokumentierenden Leistungen der Fachkommissionen und der Mitarbeiter des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung der KVMV zusammenfasst.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und laden Sie ein, mit uns in einen intensiven Dialog über die Ergebnisse zu treten.



Axel Rambow
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Die vielfältigen und konsequent umgesetzten Maßnahmen zur Sicherung einer hochqualitativen ambulanten Patientenversorgung sind seit jeher Teil des professionellen Handelns von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten.

AMBULANTE VERSORGUNG IN M-V

ZAHLEN UND FAKTEN AUF EINEN BLICK

In Mecklenburg-Vorpommern haben mit Stand September 2016 insgesamt 2.935 Ärzte und Psychotherapeuten (Personen) an der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung teilgenommen. Diese lassen sich in die Kategorien der Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten unterteilen (Abb. 1). Immer wieder wird vor einem drohenden Ärztemangel gewarnt. Bereits jeder vierte Arzt in M-V ist älter als 60 Jahre. Vor allem bei den Hausärzten ist das drohende Nachwuchsproblem schon jetzt deutlich spürbar. Ge-

genwärtig gibt es in M-V 121 offene Hausarztsitze. Das Durchschnittsalter allein der Hausärzte ist in den letzten Jahren von 52 auf 54 Jahre gestiegen (Abb. 3). Um dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken, hat die KVMV in den vergangenen Jahren Maßnahmen auf den Weg bringen können, um Niederlassungen im hausärztlichen Bereich zu unterstützen und für Ärzte attraktiver zu

Altersverteilung der zugelassenen und angestellten Ärzte

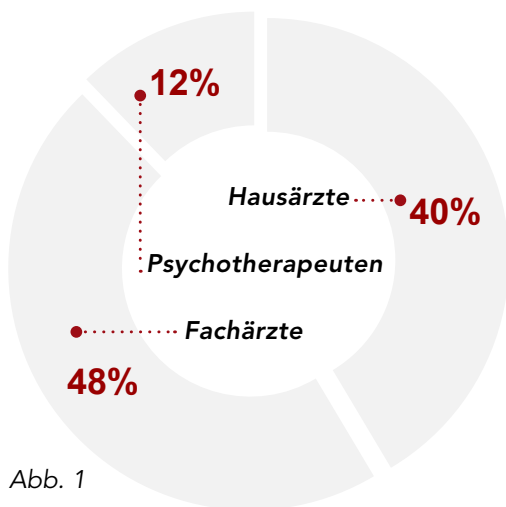


Abb. 1

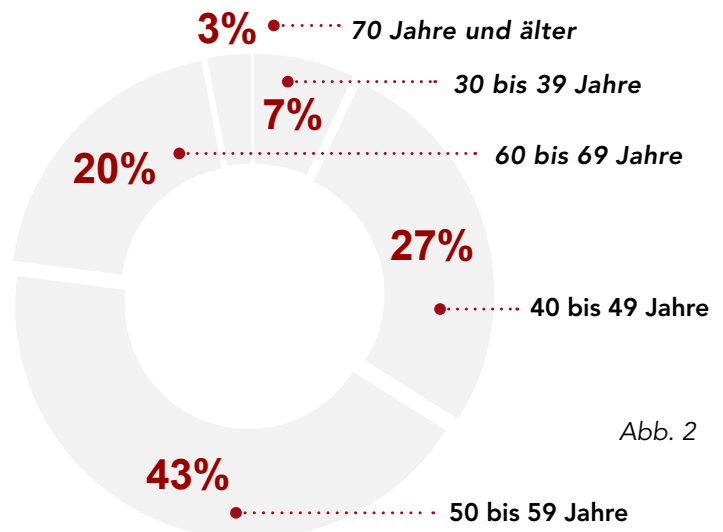


Abb. 2

ENTWICKLUNG DES DURCHSCHNITTSALTERS ZUGELASSENER U. ANGESTELLTER HAUSÄRZTE

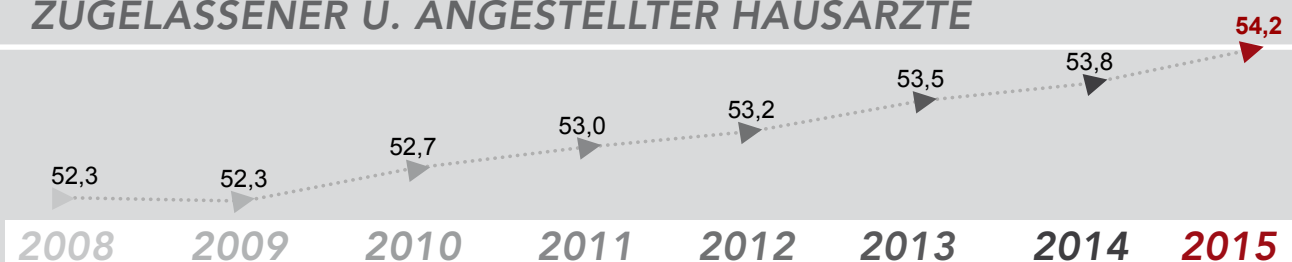


Abb. 3

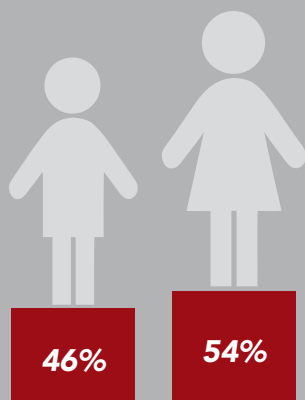


Abb. 4

gestalten. Hierzu zählen u.a. Investitionskostenzuschüsse, Gehaltskostenzuschüsse für die Anstellung von Ärzten, Zuschüsse für die Gründung von Nebenbetriebsstätten, die Übernahme von Kosten für die Kleinkindbetreuung oder auch die Übernahme von Umzugskosten bei Zulassungen in von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen. Die Unterstützungsprogramme sind möglicherweise ein ausschlaggebendes Kriterium dafür, dass seit 2010 erstmals ein leichter Zuwachs bei den Hausärzten zu verzeichnen ist. Auch 2015 haben sich in M-V mehr Hausärzte niedergelassen als die Tätigkeit beendet.

Anzahl der Ärzte nach Fachgebieten:

Personenzahl unabhängig vom Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne der Bedarfsplanung

Hausärzte	1.164
Psychologische Psychotherapeuten	285
Gynäkologen	199
Facharztinternisten	194
Augenärzte	126
Kinderärzte	123
Nervenärzte	119
Chirurgen	110
Orthopäden	109
HNO-Ärzte	88
Hautärzte	64
Radiologen	62
Ärztliche Psychotherapeuten	59
Urologen	59
Anästhesisten	45
Laborärzte	28
Nuklearmediziner	20
Pathologen	17
Physikalisch.-Rehab. Medizin	16
Neurochirurgen	14
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	13
Strahlentherapeuten	12
Humangenetiker	8

DIE MEDIZIN WIRD WEIBLICH

Während der Anteil der männlichen Medizinstudenten vor zehn Jahren in Deutschland überwog, waren im Jahr 2014 laut Statistischem Bundesamt mehr als 60 Prozent der Studierenden im Fach Humanmedizin Frauen (Abb. 4).

Auch unter den Vertragsärzten ist mit einem Anteil von 54 Prozent die Mehrheit weiblich. Gründe sind u.a. Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die in der ambulanten Versorgung flexibleren Arbeitsbedingungen sowie die neuen Möglichkeiten der Niederlassungs- und Anstellungsformen führen zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie und machen es möglich, dass immer mehr Frauen sich für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung entscheiden.

Hierbei fällt die Wahl am häufigsten auf eine hausärztliche Tätigkeit. Nicht weniger beliebt ist die Arbeit als Psychologische Psychotherapeutin. Das Fachgebiet der Chirurgie wählen vergleichsweise wenige Frauen.

Anzahl der Ärztinnen in der ambulanten Versorgung nach Fachgebieten:

Hausärzte	645
Psychologische Psychotherapeuten	199
Gynäkologen	148
Pädiater	98
Augenärzte	82
Facharztinternisten	67
Nervenärzte	58
HNO-Ärzte	54
Dermatologen	49
Ärztliche Psychotherapeuten	46
Radiologen	29
Orthopäden	22
Anästhesisten	14
Laborärzte	12
Chirurgen	11
Nuklearmediziner	11
Urologen	10
Strahlentherapeuten	9
Physikalisch.-Rehab. Medizin	7
Sonst. Gebiete	6
Pathologen	4
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	2
Lungenärzte	1
Neurochirurgen	1

WIE ARBEITEN DIE ÄRZTE IN M-V? PRAXISSTRUKTUREN UND TÄTIGKEITSFORMEN

Die Möglichkeiten, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, sind vielfältiger als je zuvor. Von der eigenen Zulassung über die Anstellung bis hin zur Gründung von Zweigpraxen ist mittlerweile fast alles möglich.

Die Einzelpraxis stellt mit 1.901 Ärzten die mit Abstand beliebteste Tätigkeitsform in M-V dar. Aber auch die Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft kann Vorteile bieten. Diese Kooperationsform haben 594 zugelassene Ärzte, die in 243 Gemeinschaftspraxen tätig sind, für sich gewählt.

Für Mediziner, für die eine selbstständige Tätigkeit in Form einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis nicht in Frage kommt, die aber trotzdem ambulant tätig sein möchten, bietet die Arbeit als angestellter Arzt eine Alternative. Dies bestätigt auch die in den letzten Jahren stetig gewachsene Anzahl angestellter Ärzte. Insbesondere das 2007 in Kraft getretene Vertragsrechtsänderungsgesetz, das es Vertragsärzten ermöglicht, auch Kollegen anderer Fachgebiete in Voll- oder Teilzeit zu beschäftigen, führte zu einer deutlichen Zunahme der Anstellungen. 2015 befanden sich 461 Vertragsärzte in einem Anstellungsverhältnis. Gegenwärtig sind es 506, das entspricht einem Anteil von rund 17 Prozent.

Auch die Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) stellt eine zunehmend attraktive Form der ärztlichen Tätigkeit dar. Grund hierfür ist u.a. der Vorteil der gemeinsamen ärztlichen Tätigkeit unter einem Dach. In M-V gibt es aktuell mehr als 50 zugelassene MVZ. Ende 2015 waren dort 265 Ärzte und Psychotherapeuten tätig, 252 von ihnen in einem Anstellungsverhältnis. Seit Einführung der MVZ-Gründung durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 hat die Anzahl der MVZ stetig zugenommen. MVZ können nur von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V oder von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,

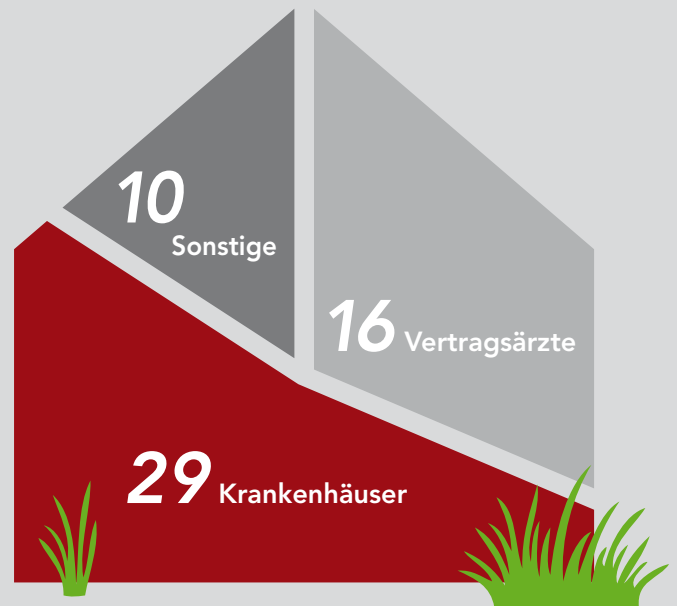


sowie von Kommunen gegründet werden. Mit dem 2012 eingeführten Versorgungsstrukturgesetz wurde der Gründerkreis eingeschränkt. Bereits vor 2012 gegründete MVZ genießen jedoch Bestandsschutz. Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes 2015 sind auch „fachgleiche“ MVZ zulässig. Damit sind reine Hausarzt-MVZ oder auch spezialisierte facharztgleiche MVZ möglich.

*Die KVMV unterstützt niederlassungswillige Ärzte gerne bei ihrem Weg in die vertragsärztliche Tätigkeit. Die Abteilung Kassenärztliche Versorgung bietet hierfür individuelle Niederlassungsberatungen im Hause der KVMV an.
Das Sekretariat ist zu erreichen unter
Tel.: 0385.7431 371.*

ANZAHL MEDIZINISCHER VERSORGUNGSZENTREN

– nach ihren Trägern –

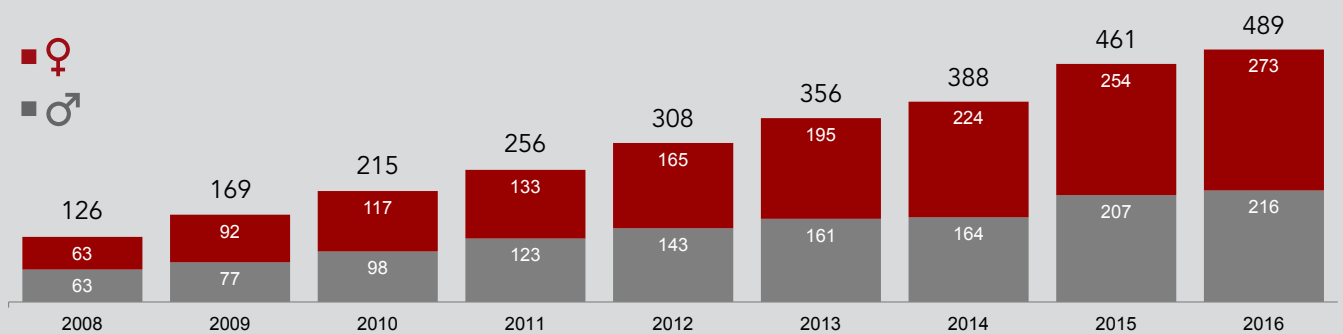


Stand: November 2016



Foto: www.clipdealer.com/bialasiewicz

ENTWICKLUNG DER ANGESTELLTEN HAUS- UND FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN NACH ♀♂



Stand: September 2016

EINE NEUE GENERATION – DER MEDIZINISCHE NACHWUCHS IN M-V

VERBUNDWEITERBILDUNG – BETEILIGTE KLINIKEN ZUM FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN



Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) hat sehr früh erkannt, dass bereits Medizinstudenten die ambulante Versorgung nähergebracht werden muss, um das Interesse der jungen Mediziner für eine spätere Niederlassung zu wecken. Dies gestaltet sich jedoch durch das überwiegend klinisch geprägte Studium und die in erster Linie stationär geprägten Facharztweiterbildungen schwierig. Diesen Wettbewerbsnachteil gegenüber den Kliniken versucht die KVMV mit einem dafür entwickelten Förderprogramm entgegenzuwirken. Als eine der ersten wesentlichen Maßnahmen ist die Finanzierung der Einrichtung einer Stiftungsprofessur für den Lehrstuhl „Allgemeinmedizin“ an der Universität Rostock zu nennen. Er konnte 2009 besetzt werden. 2011 folgte die Einrichtung eines weiteren Lehrstuhls für Allgemeinmedizin an der Universität Greifswald.

- Kliniken mit Rotationsstellen**
- Kliniken mit 5 Rotationsstellen/Jahr**

Weitere Möglichkeiten, den Studierenden die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung näherzubringen, bieten die während des Studiums notwendigen Famulaturen. Diese sind während der unterrichtsfreien Zeiten in stationären und ambulanten Einrichtungen zu absolvieren. Seit Oktober 2013 gibt es auf Bundesebene zudem eine einmonatige Pflichtfamulatur in der hausärztlichen Versorgung. Dabei unterstützt die KVMV Famulaturen in ambulanten Arztpraxen mit einem monatlichen Zu-

schuss von je 200 Euro. Darüber hinaus erhalten Studierende, die ihre Famulatur außerhalb der Universitätsstädte absolvieren, einen Zuschlag von weiteren 100 Euro je vollen Monat. Im Jahr 2015 haben 288 Studierende (Personen) diese Förderung für insgesamt 338 absolvierte Famulaturen erhalten.

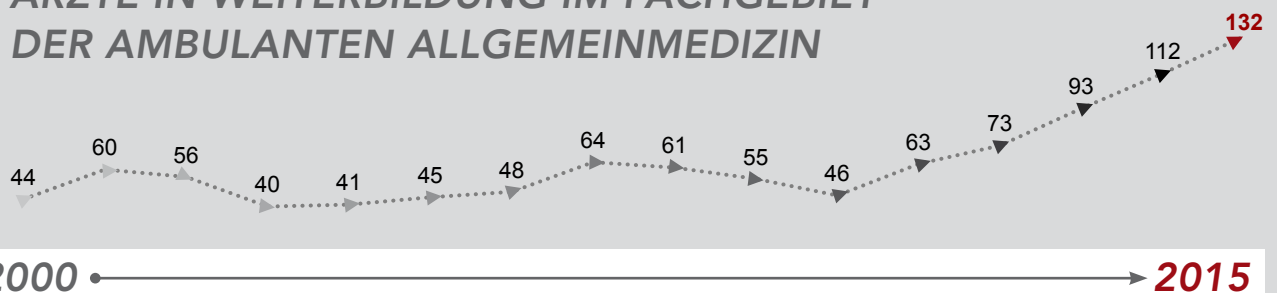
Ebenfalls erhalten Studierende, die sich für ein allgemeinmedizinisches Blockpraktikum auf dem Land entscheiden, Zuschüsse zu den entstehenden Fahrkosten. Daneben fördern das Land M-V und die KVMV gemeinsam die Durchführung eines Tertials des Praktischen Jahres in hausärztlichen Praxen mit einem monatlichen Zuschuss. Bereits seit 2007 besteht in der KVMV das Referat Verbundweiterbildung. Seine Mitarbeiter unterstützen angehende Fachärzte bei allen Fragen rund um die Facharztweiterbildung. Insbesondere erfahren die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Unterstützung bei der Organisation der einzelnen Weiterbildungsstellen und bei der Suche nach geeigneten Bewerbern. Vor diesem Hintergrund bestehen zudem Kooperationen mit zugelassenen Krankenhäusern, die für die Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin extra Stellen ausweisen. Bisher konnten bereits mit 20 Kliniken entsprechende Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden.



Foto: www.clipdealer.com/SeanPrior

Eine wichtige Neuerung besteht seit dem Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes, das eine Erhöhung der Stellenzahl und finanziellen Förderung der Weiterbildung seit 1. Juli 2016 vorsieht. Die Zahl der bundesweit zu fördernden Weiterbildungsstellen für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin wurde um 2.500 auf insgesamt 7.500 Stellen erhöht. Erstmals ist seit 1. Oktober 2016 eine Förderung für bundesweit 1.000 Weiterbildungsstellen angehender Fachärzte der Grundversorgung möglich, davon entfallen anteilig auf M-V 19,6 Stellen. Die Auswahl der förderwürdigen Facharztgruppen erfolgt jährlich auf Landesebene gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.

ÄRZTE IN WEITERBILDUNG IM FACHGEBIET DER AMBULANTEN ALLGEMEINMEDIZIN



EINE NEUE GENERATION – DER MEDIZINISCHE NACHWUCHS IN M-V

KOMPETENZZENTRUM ALLGEMEINMEDIZIN IN M-V

Angehende Hausärzte erhalten in M-V die Möglichkeit, an einer qualitativ ergänzenden Weiterbildung teilzunehmen, die sie fit für die Praxis macht. Dazu wurde das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin gegründet. Bei einer Pressekonferenz am 4. Mai 2016 gab die damalige Sozialministerin Birgit Hesse (SPD) gemeinsam mit

Prof. Jean-Francois Chenot aus Greifswald (v.l.), Stefanie Stoff-Ahnis von der AOK Nordost, Prof. Emil Reisinger aus Rostock sowie die ehemalige Sozialministerin Birgit Hesse (SPD) und der Vorstandsvorsitzende der KVMV, Axel Rambow.

Vertraglich vereinbart ist, dass die Allgemeinmedizinischen Fakultäten der Universitäten Rostock und Greifswald jeweils zwei „Tage der Weiterbildung“ anbieten. Dazu sollen drei Informationsveranstaltungen für weiterbildungsbefugte

Ärzte in den Hansestädten stattfinden. Das erfolgreiche, aber im Januar 2016 ausgelaufene Mentoring-Programm für Ärzte in Weiterbildung der Allgemeinmedizin wird nun in Greifswald fortgeführt und in Rostock begonnen.

Knapp 1.180 Fachärzte für Allgemeinmedizin praktizierten im Juni 2016 im Land. Allerdings fehlten 116 Hausärzte laut Bedarfsplanung. Der demografische Wandel mache auch vor den Medizinern nicht halt. „Knapp 24 Prozent der Hausärzte in M-V sind

älter als 60 Jahre“, mahnte Axel Rambow, Vorstandsvorsitzender der KVMV, vor einem drohenden Ärztemangel. „Wir sind froh, dass die zahlreichen Maßnahmen, die wir in den vergangenen Jahren gemeinsam mit dem Land



Foto: KVMV/Alwardt

Den Startschuss gaben: Prof. Jean-Francois Chenot aus Greifswald (v.l.), Stefanie Stoff-Ahnis von der AOK Nordost, Prof. Emil Reisinger aus Rostock sowie die ehemalige Sozialministerin Birgit Hesse und der Vorstandsvorsitzende der KVMV, Axel Rambow.

der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), der AOK Nordost sowie den Universitäten Greifswald und Rostock den Start bekannt. Es sei von großer Bedeutung, dass angehende Hausärzte zu einer fundierten Weiter-

FACHÄRZTLICHE WEITERBILDUNGSFÖRDERUNG

und den Krankenkassen eingeleitet haben, nun Früchte tragen. Wir können feststellen, dass sich die Zahl der Hausärzte in M-V seit 2010 nicht mehr verringert hat“, bilanzierte Rambow. Sie steige leicht. Die Einrichtung des Kompetenzzentrums sehe er als weitere wirksame Maßnahme gegen den drohenden Hausärztemangel im Land.

Zu den zahlreichen Fördermaßnahmen, die Rambow ansprach, gehörte die Einrichtung eines Stiftungslehrstuhls Allgemeinmedizin an der Universitätsmedizin Rostock. „Wir freuen uns“, so Prof. Dr. Emil Reisinger, Dekan der Universitätsmedizin Rostock, „dass die Schaffung des Stiftungslehrstuhls zusammen mit der KVMV im Jahre 2005 den Grundstein dafür gelegt hat, dass sich die Allgemeinmedizin in Mecklenburg-Vorpommern so gut entwickelt hat“.

Allgemeinmediziner übernehmen die medizinische Basisversorgung der Bevölkerung, erklärte Dr. Dieter Kreye, stellvertretender KVMV-Vorstand, „und dafür wird eine breitgefächerte Ausbildung gebraucht. Durch das Kompetenzzentrum verbessern wir die Weiterbildung der angehenden Allgemeinmediziner und schaffen für sie eine emotionale Heimat“, so der Hausarzt aus Neubrandenburg. Er hoffe, dass sich auch andere Krankenkassen für dieses Projekt begeistern, denn schließlich würden nicht nur die AOK-Versicherten altern und dann einer intensiveren medizinischen Versorgung bedürfen.

Das Engagement der AOK Nordost liege darin begründet, dass sie schon heute über die Hausärzte von morgen nachdenke. „Ich bin überzeugt davon“, so Stefanie Stoff-Ahnis, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost, „dass es mit dem neuen Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin besser gelingt, die angehenden Ärzte an den Universitäten bereits frühzeitig zu vernetzen und sie in der Region zu verwurzeln“.

Die Förderung für die fachärztliche Weiterbildung ist auf weitere Fachgebiete ausgedehnt worden. Bislang wurde in M-V nur die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin finanziell unterstützt. Seit 1. Oktober 2016 sind Zuschüsse für weitere Fachrichtungen möglich. Hintergrund ist die seit 1. Juli 2016 geltende neue Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) haben entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zum 1. Oktober die förderfähigen grundversorgenden Fachgebiete festgelegt.

Damit können Vertragsärzte bzw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) eine finanzielle Unterstützung von monatlich 4.800 Euro bei Vollzeitätigkeit erhalten, wenn sie Ärzte in Weiterbildung in folgenden Fachrichtungen ausbilden: Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Heilkunde, Nervenheilkunde inklusive Psychiatrie und Neurologie, Orthopädie, Kinder- und Jugendmedizin, Urologie (unter dem Vorbehalt, dass die laut Bundesvereinbarung notwendige Anpassung in der (Muster-) Weiterbildungsordnung erfolgt, wonach eine fakultative Weiterbildungszeit von mindestens 24 Monaten in der ambulanten Versorgung vorgesehen ist).

Da die zu fördernden Fachgebiete regelmäßig zu überprüfen und neu festzulegen sind, wurde die aktuelle Vereinbarung bis 31. Dezember 2017 befristet. Die Förderstellen im Facharztbereich sind bundesweit auf 1.000 begrenzt, davon entfallen anteilig auf M-V 19,6 Stellen im ambulanten Bereich.

Die Kriterien für eine Förderung sind im Wesentlichen in der Bundesvereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V festgelegt. Dazu gehören u.a.:

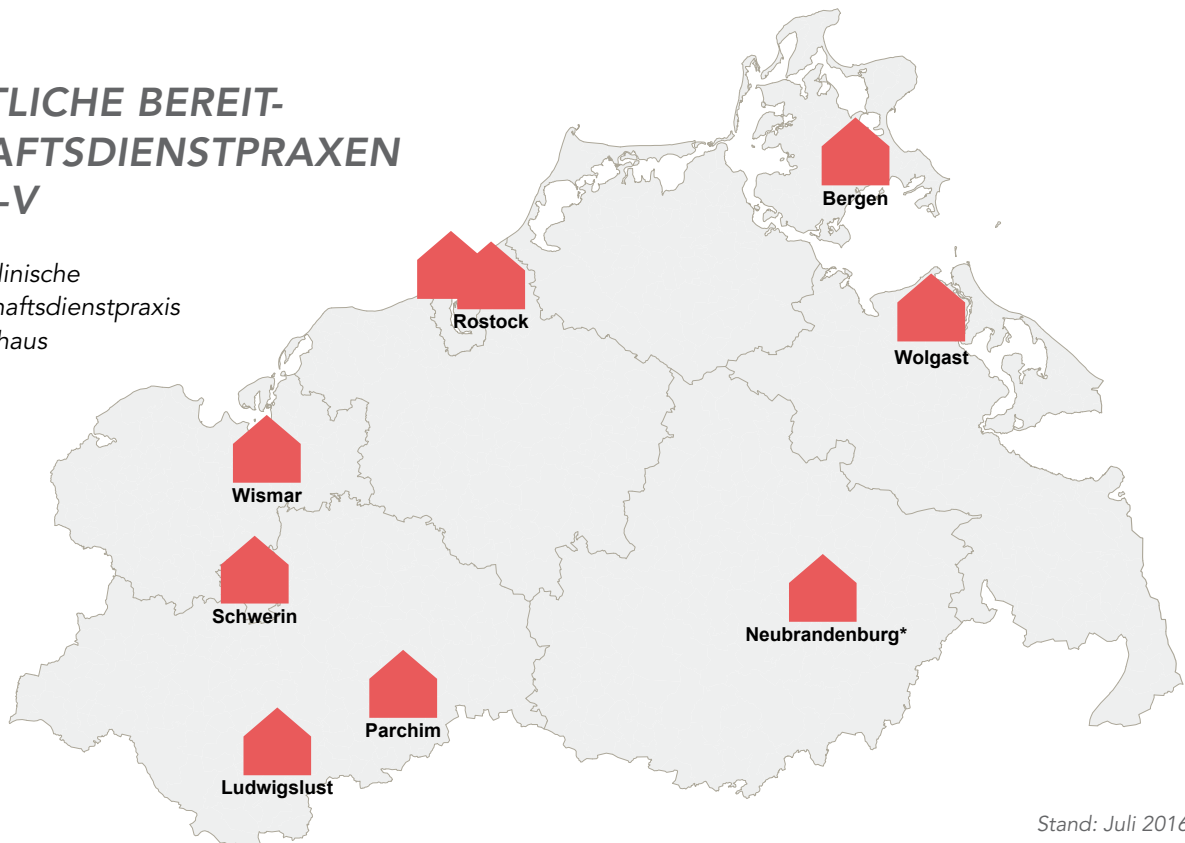
- der beantragte Weiterbildungsabschnitt muss eine zusammenhängende Weiterbildungszeit von mindestens zwölf Monaten (Vollzeit) umfassen,
- die beantragenden Praxen dürfen nicht spezialisiert und müssen überwiegend konservativ tätig sein,
- die Ärztin/der Arzt in Weiterbildung erklärt, dass sie/er nach Beendigung der Weiterbildungszeit im vertragsärztlichen Bereich in der geförderten Fachgruppe tätig sein wird.

Die Förderung ist ebenso wie die Genehmigung zur Anstellung eines Arztes in Weiterbildung mindestens drei Monate vor dem Beginn der Anstellung bei der KVMV zu beantragen.

DER ÄRZTLICHE BEREITSCHAFTSDIENST VERSORGUNG DER PATIENTEN AUSSERHALB DER SPRECHZEITEN

ÄRZTLICHE BEREIT- SCHAFTSDIENSTPRAXEN IN M-V

* außerklinische
Bereitschaftsdienstpraxis
im Ärztehaus



Stand: Juli 2016

Der ärztliche Bereitschaftsdienst gewährleistet die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten. Wenn der Arzt seine Praxis schließt, bedeutet dies nicht, dass er Feierabend hat. Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist zunächst einmal zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet.

In jedem der 62 Bereitschaftsdienstbereiche wird für die Versorgung der Patienten ein allgemeinärztlicher Hausbesuchsdienst vorgehalten. Darüber hinaus gibt es in Wismar, Neubrandenburg, Schwerin, Greifswald, Rostock, Waren und Stralsund kinderärztliche Bereitschaftsdienste. Die Vertragsärzte übernehmen die medizinische Versorgung außerhalb der üblichen Sprechzeiten neben ihrem normalen Praxisalltag. Unterstützt

werden sie dabei von mehr als 100 freiwillig am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten, z.B. Krankenhausärzten, Ärzten aus anderen KV-Bereichen oder Ärzten im Ruhestand.

Zusätzlich gibt es zum Hausbesuchsdienst in größeren Städten Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern. Gleichzeitig besteht seit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes am 1. Januar 2016 die Pflicht zum Einrichten solcher Praxen sowie zur Kooperation mit Krankenhäusern. Bereits neun solcher Anlaufpraxen wurden bisher eingerichtet, sie werden von den Patienten gut angenommen. Durch die Hausbesuchsdienste und die Bereitschaftsdienstpraxen wurde in M-V ein engmaschiges Versorgungsnetz für die Patienten geschaffen.



Foto: KVMV/Büttner

Während ein niedergelassener Arzt einen festen Patientenstamm hat, erwarten Ärzte im Bereitschaftsdienst meist bis dato unbekannte Patienten mit den unterschiedlichsten Beschwerden bzw. Erkrankungen. Dies ist besonders bei fachübergreifenden Krankheitsbildern für den Arzt nicht immer einfach. Deshalb bietet die KVMV regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für alle interessierten Ärzte an. In Zusammenarbeit mit Referenten verschiedener Fachgebiete kann ein umfassendes Fortbildungsprogramm geboten werden, das sowohl von Neueinsteigern als auch von bereits etablierten Vertragsärzten mit großem Interesse angenommen wird.

Die Fortbildungstermine werden regelmäßig auf der Internetseite und im Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern veröffentlicht.

QUALITÄTSSICHERUNG AKTUELL

FORTBILDUNG IN DER KVMV

Neben den Berufsordnungen verpflichtet auch das SGB V alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung (§ 95d SGB V). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dazu in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer die „Regelung der Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V“ beschlossen, die am 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist. Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen – unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind – innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) nachweisen, in der Regel durch ein Zertifikat ihrer Berufskammer. Das Verfahren ist seit über zehn Jahren etabliert. Für den Erhalt und die Weiterentwicklung ihrer beruflichen Kompetenz können Vertragsärzte und -psychotherapeuten verschiedene Fortbildungsarten nutzen. Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne z.B. bei Vorträgen, Seminaren oder Fachtagungen, als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, die Durchführung von Peer Reviews, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Dabei stehen Präsenzveranstaltungen an erster Stelle, zunehmend nutzen Vertragsärzte und -psychotherapeuten aber auch IT-gestützte Angebote.

Qualitätssicherung und -förderung durch die KVMV beschränkt sich nicht nur auf die Umsetzung von Vereinbarungen und Richtlinien, sondern zeigt sich auch in vielfältigen Beratungs- und Fortbildungsangeboten für ihre Mitglieder:

- Pharmakotherapieberatung im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung,
- Arzneimittelberatungen,
- Praxisgründungsseminare,
- Qualitätsmanagementseminare,



- Seminare zur Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten,
- Hygiene-Update,
- Moderatorenschulung für ärztliche Qualitätszirkel,
- Seminar zur Deeskalation in der Arztpraxis,
- Beratung zur Heilmittelverordnung,
- Fortbildung – Verordnung medizinischer Rehabilitation.

Eine unzureichende Fortbildung kann Sanktionen nach sich ziehen, 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 Fortbildungsver-säumnisse innerhalb von zwei Jahren,
- Einleitung eines Verfahrens auf Zulassungsentzug

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

– mit Erfüllung in Prozent –

2010 → 99,5%**2011 → 96,4%****2012 → 99,1%****2013 → 97,3%****2014 → 98,6%****2015 → 97,9%**

Foto: KVMV

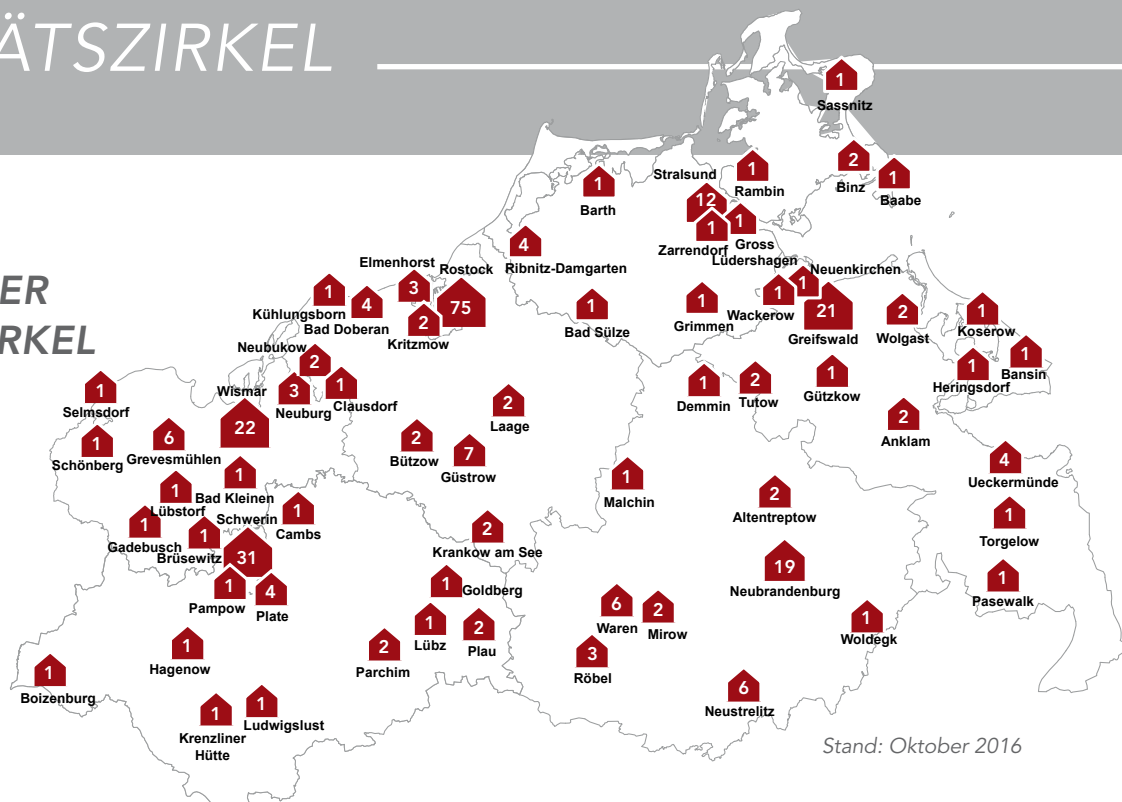
Heike Fuchs, Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V bei ihrem Referat zur Fortbildung "Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten in der HNO-Praxis".

beim Zulassungsausschuss, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

Im Jahr 2015 waren in der KVMV 240 Vertragsärzte und -psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. 235 von ihnen haben den Nachweis gegenüber der KVMV fristgerecht und vollständig erbracht. Es mussten keine Sanktionen durch die KVMV eingeleitet werden.

QUALITÄTSZIRKEL

VERTEILUNG ANERKANNTER QUALITÄTSZIRKEL



Seit mehr als 20 Jahren haben sich Qualitätszirkel als bewährte Methode ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert. Mit dem Beschluss der Qualitätssicherungs-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden sie 1993 als Verfahren der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung anerkannt. Qualitätszirkel bieten Ärzten und Psychotherapeuten einen geschützten Raum, um sich frei von 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. Qualitätszirkel nutzen die Erfahrungen der Teilnehmer, 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,
- freie Themengestaltung,
- Moderator m. entsprechender Moderatorenausbildung,
- Protokollerstellung,
- Anwesenheitsliste mit der Möglichkeit, bei Anerkennung des Qualitätszirkels Fortbildungspunkte zu erlangen.

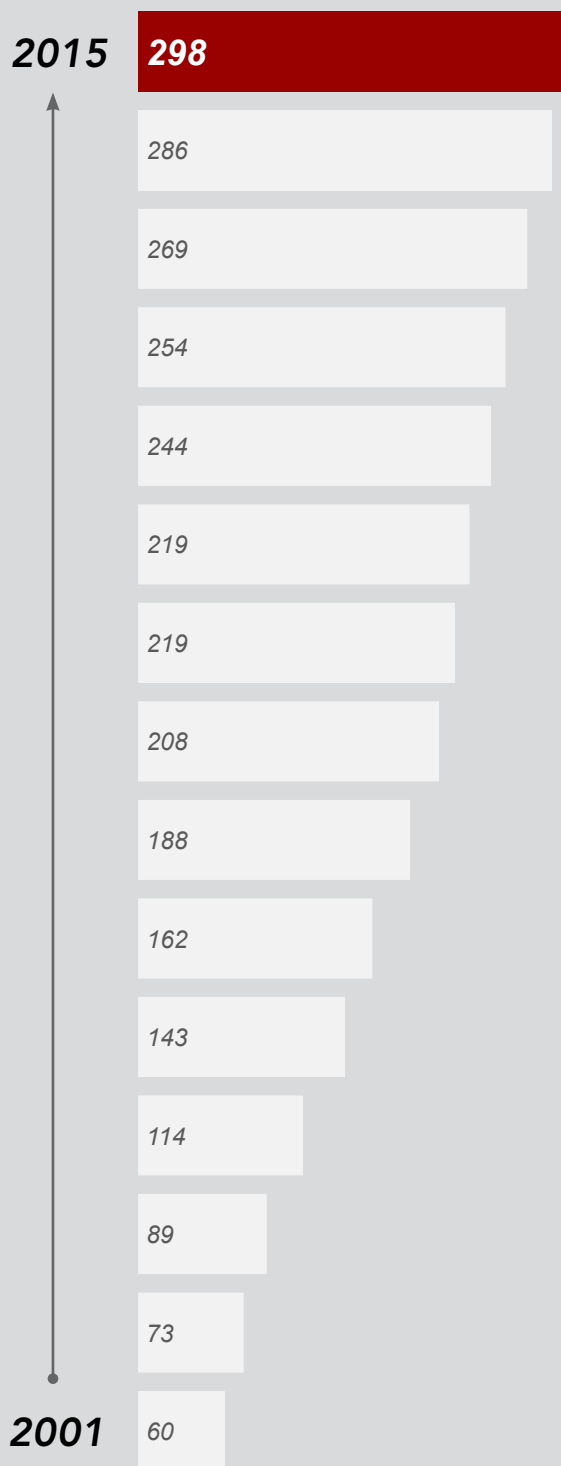
Das Instrument „Qualitätszirkel“ hat sich in der ambulanten medizinischen Versorgung als ein fester Bestandteil der Fortbildung etabliert. Sie finden regelmäßig zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten interdisziplinär oder fachübergreifend statt. Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) unterstützt ihre Mitglieder hierbei organisatorisch und finanziell. Jährlich organisiert sie eine Moderatorenschulung mit professionellen Trainern auf der Grundlage entsprechender Vorstandsbeschlüsse. 2015 wurden 19 Moderatoren neu ausgebildet.

Entwicklung der Qualitätszirkel

In M-V beteiligten sich von den rund 2.900 zugelassenen Haus- und Fachärzten und Psychotherapeuten im Jahr 2015 ca. 300 Moderatoren in 298 Zirkeln, an denen ca. 1.700 Vertragsärzte und -psychotherapeuten teilnahmen. Darüber hinaus engagiert sich die KVMV im Projekt „Frühe Hilfen“. 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) Entwicklung der Kinder niederschlagen können, wird die Vermittlung passgenauer Hilfen sowie die systema-

tische Vernetzung unterschiedlich intensiver Hilfs- und Unterstützungsangebote in einem kommunalen Netzwerk „Frühe Hilfen“ angestrebt. Es sollen mögliche Probleme so früh wie möglich erkannt werden. Die Zielgruppe beschränkt sich auch auf Schwangere und junge Mütter und Väter, Eltern mit ihren Kindern von null bis drei Jahren sowie Familien mit hohen Belastungen und Problemen. Bei der Einführung neuer Maßnahmen sind dessen ungeachtet die bestehenden Versorgungssituationen und gegebenen Voraussetzungen zu prüfen. M-V ist mit der Herausforderung der Versorgung in einer überwiegend dünn besiedelten Region und einer geringen Einwohnerzahl insgesamt konfrontiert. Weiterhin ist im Land bereits Vieles auf den Weg gebracht worden, um Familien durch präventive Angebote zu unterstützen und Kinder besser vor Gefährdungen zu schützen. Unter anderem besteht, durchgeführt vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, seit 1. Juli 2012 die Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“, deren Ziel es ist, die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen im Bereich der „Frühen Hilfen“ zu verbindlichen Netzwerkstrukturen zusammenzuführen. Nach einem ersten Austausch zu Beginn von 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 wurde geplant, perspektivisch Moderatorentandems, bestehend aus jeweils einem Facharzt und einem Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe, auszubilden und entsprechende interprofessionelle Qualitätszirkel in den Regionen einzurichten. So sind zukünftig flächendeckend interprofessionelle Qualitätszirkel vorhanden. Dementsprechend wurden in 2015 zwei Kinder- und Jugendärzte sowie zwei Vertreter der Kinder- und Jugendhilfe als sogenannte Tandemtrainerpaare ausgebildet. Folglich konnte der erste Qualitätszirkel im Rahmen der „Frühen Hilfen“ unter dem Namen „IQZ Rostock“ seine Tätigkeit im April 2016 aufnehmen. Von der Bildung einer eigenen Koordinierungsstelle innerhalb der KVMV wurde abgesehen, da vorerst vorhandene Strukturen im Land genutzt werden sollten.

ENTWICKLUNG DER QUALITÄTSZIRKEL



HYGIENE IN DER ARZTPRAXIS

Die Einhaltung von Hygienestandards zur Infektionsprävention ist für die Arztpraxen selbstverständlich. Zur Hygiene gibt es in Deutschland auf Bundes- und Landesebene eine Fülle von Gesetzen, Verordnungen, Normen, Empfehlungen und Informationen aus Fachkreisen. Sie reichen von baulichen, technischen oder organisatorischen Maßnahmen über Vorschriften zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation bis hin zum Hygienemanagement. Die Anforderungen an die Hygiene und an eine adäquate Aufbereitung von Medizinprodukten sind in ihrer Gesamtheit komplex und in der Praxis nicht immer leicht zu überschauen. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und die Integration in den Praxisalltag sind teils aufwändig und kostenintensiv. Jedoch helfen richtig angewandte Hygienemaßnahmen, die Sicherheit der Patienten und des Praxispersonals zu erhöhen und somit langfristig die Gesundheit zu erhalten. Praxisbegehungen durch die zuständigen Landesbehörden zeigen, dass in den Praxen vor allem fachliche Unsicherheiten zu Problemen in der Umsetzung des gesetzlich geforderten Hygienemanagements führen. Um den Ärzten und Psychotherapeuten eine Unterstützung zu geben, hat die KVMV einen Informations- und Beratungsservice für Arztpraxen aufgebaut, die Hygieneberatung. Zwei Kollegen aus dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung gehen auf den zunehmenden Informationsbedarf der Ärzte ein. Durch ein hohes Maß an Engagement, Kommunikation und Pflege eines Netzes aus den in Mecklenburg-Vorpommern im Bereich Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten involvierten Behörden, Fachpersonal und Firmen ist in den letzten Jahren ein Miteinander in der Umsetzung gesetzlicher Regelungen Wirklichkeit geworden.

Nicht zuletzt seit der Ende Februar 2012 geltenden Landeshygieneverordnung – „Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern (MedHygVO M-V)“ – ist die Einhaltung der Hygienevorschriften in den Vordergrund gerückt und dementsprechend möchten die Praxen erfahren, was sie beachten müssen. Auf der Basis des



Infektionsschutzgesetzes stellt diese Verordnung spezifische Forderungen an Arztpraxen, Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyseeinrichtungen.

Für alle Arztpraxen ist z.B. neben der Erfüllung der hygienischen Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb von medizinischen Einrichtungen die Vorhaltung eines Hygieneplanes, in dem alle hygienebezogenen Prozesse in der Praxis nachvollziehbar beschrieben und dokumentiert sein müssen, vorgeschrieben. Daneben gibt es spezielle Verpflichtungen, die sich im niedergelassenen Bereich nur für Einrichtungen des ambulanten Operierens und für die Dialyseeinrichtungen ergeben. Dies betrifft insbesondere die Bestellung bzw. die Beschäftigung von Krankenhaushygienikern, Hygienefachkräften, Hygienebeauftragten Ärzten und fachlich geeignetem Personal.

Die KVMV berät sich seit Jahren in gemeinsamen Gesprächsrunden mit den zuständigen Mitarbeitern des



Foto: KVMV/Schilder

Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V, des Landesamts für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (LAGuS M-V) und der Ärztekammer M-V über die Umsetzung der MedHygVO M-V im ambulanten Bereich. Im Ergebnis dieser Beratungen konnten Missverständnisse ausgeräumt und Gemeinsamkeiten gefunden werden. Dies kommt den ambulanten Arztpraxen in der Umsetzungsrealität zugute.

Für die Umsetzung der Landeshygieneverordnung ist in Mecklenburg-Vorpommern das LAGuS zuständig. Begehungen finden unter dessen Kontrolle durch die örtlichen Gesundheitsämter statt.

Neben der allgemeinen Hygiene fällt die Kontrolle der korrekten Aufbereitung von Medizinprodukten und der Einhaltung des Arbeitsschutzes ebenfalls unter die Zuständigkeit des LAGuS. Hier finden jährliche Informationsveranstaltungen in der KVMV mit betreffenden Fachgruppen und Mitarbeiterinnen des LAGuS zur fachspezifischen Vor-

bereitung der geplanten Begehungen dieser Praxen statt. Einen weiteren Schwerpunkt zur Unterstützung der Ärzte bilden jährliche Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Hygiene, Aufbereitung von Medizinprodukten und MRSA, die von der KVMV angeboten und unterstützt werden. Es besteht darüber hinaus eine gute Zusammenarbeit mit der Ärztekammer M-V im Bereich der Fortbildungsmaßnahmen für Medizinisches Fachpersonal. Im Journal der KVMV wird regelmäßig in einer Artikelserie „Hygiene in der Arztpraxis“ über aktuelle Themen informiert.

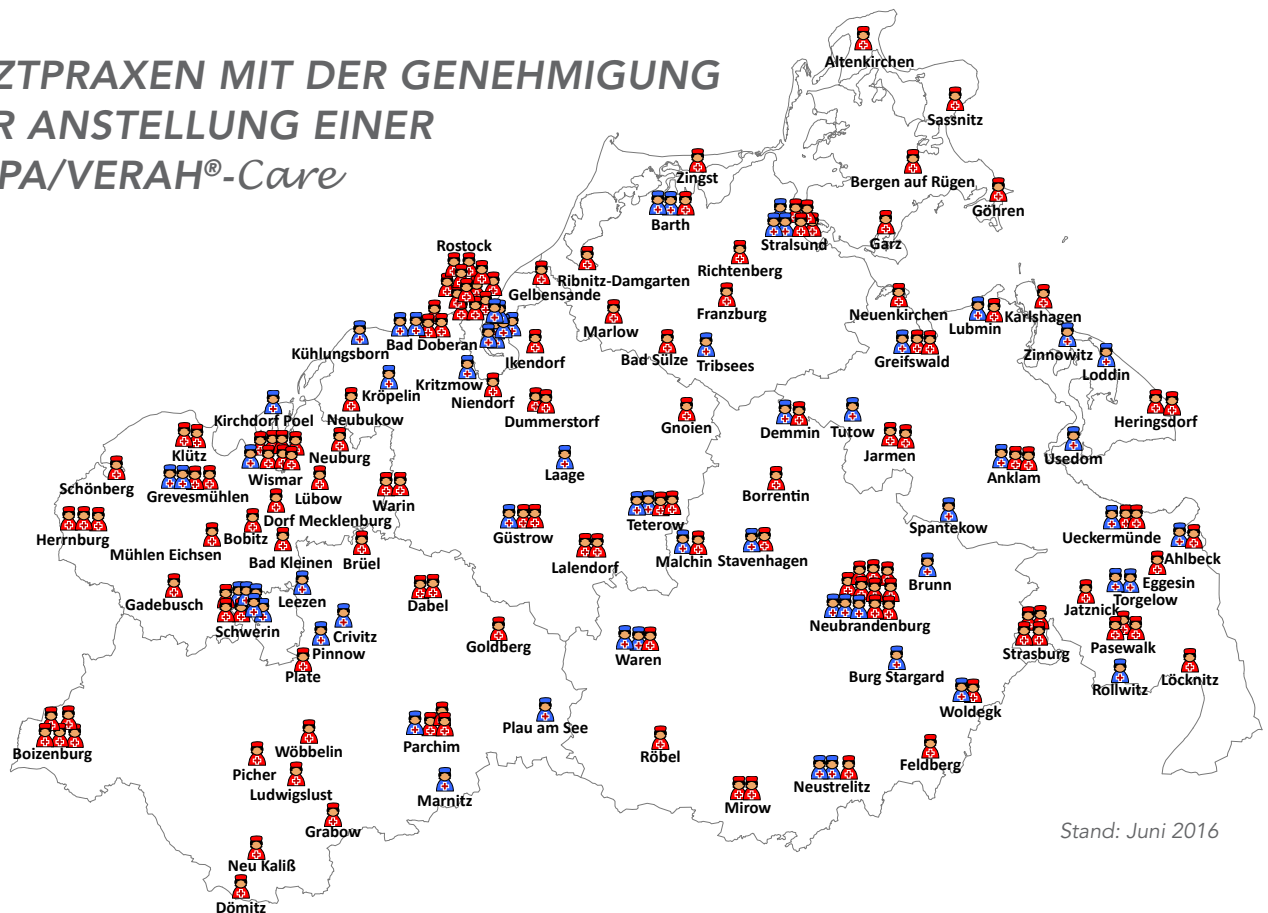
Fachliche Unterstützung erfährt die KVMV dabei vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC Hygiene und Medizinprodukte), das seinen Sitz im Gebäude der KV Baden-Württemberg hat. Gegründet wurde es im Juli 2010 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und vierzehn Kassenärztliche Vereinigungen (KVen). Das Kompetenzzentrum hilft den beteiligten KVen und der KBV fachlich bei Stellungnahmen zu laufenden Gesetzgebungsverfahren. Zudem vertritt es die Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft auf Fachkongressen und bei allen mit Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten befassten Organisationen. So finden die besonderen Belange der Vertragsärzte in den eher klinikdominierten Fachgremien adäquat Gehör.

Ein Werk des Kompetenzzentrums ist der Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“. Die KVMV hat dieses umfangreiche Informations- und Nachschlagewerk für ihre Mitglieder drucken lassen und es allen operierenden Fachgebieten und den Dialysepraxen zur Verfügung gestellt. Gerne erhalten auch alle weiteren interessierten Ärzte dieses Buch auf Anfrage. Ebenfalls erhältlich ist seit einem Jahr ein Hygieneleitfaden, der speziell auf die Bedürfnisse psychotherapeutischer Praxen zugeschnitten ist. Gerne ist die KVMV auch bei Muster-Hygieneplänen behilflich. Neben allumfassenden Exemplaren, welche im Rahmen einer Word-Bearbeitung exakt auf die individuellen Bedürfnisse einer jeden Praxis angepasst werden können, stehen durch die Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum auch spezialisierte Hygienepläne für gastroenterologische Praxen (manuelle Aufbereitung, teilmaschinelle Aufbereitung und maschinelle Aufbereitung) zur Verfügung.

Die KVMV freut sich, die Ärzte auf dem komplexen Gebiet der Hygiene unterstützen zu können und möchte auch zukünftig ein offener und zuverlässiger Gesprächspartner bleiben. Nicht zuletzt ist es innerärztlichem Engagement, wie das der Mitglieder der Kommission Ambulantes Operieren, zu verdanken, dass Probleme verstanden, erkannt und möglichst praxisnah gelöst werden.

PRAXISASSISTENZ MIT *Care*-QUALIFIKATION

ARZTPRAXEN MIT DER GENEHMIGUNG ZUR ANSTELLUNG EINER NÄPA/VERAH®-Care



Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) hat die AOK Nordost bereits 2014 einen *Care*-Vertrag als Zusatzqualifikation für VERAH® (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) oder NäPa (Nicht-ärztliche Praxisassistentin) geschlossen. Um die immer älter und kränker werdende Bevölkerung gerade in ländlichen Gebieten optimal versorgen zu können, kommen bereits seit 2009 NäPa in M-V zum Einsatz. Im November 2016 gab es mehr als 200 NäPa in knapp 170 Hausarztpraxen. Circa 160 NäPa haben bereits eine zusätzliche *Care*-Qualifikation erworben.

Im Mittelpunkt der Tätigkeit der *Care*-Fachkräfte steht das Fallmanagement. Es 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 entlasten damit die Ärztin/den Arzt. Zu ihren Aufgaben gehören nicht nur die ärztlich angeordneten Hilfeleistungen wie z.B. das Anlegen einer Langzeitblutdruckmessung, das Bestimmen von Blutzuckerwerten oder die Gabe von Injektionen. Vielmehr bilden die NäPa mit *Care*-Qualifikation eine wichtige Schnittstelle innerhalb des bedarfsgerechten Fallmanagements für alle weiteren versorgenden Beteiligten wie Therapeuten, Hilfsmittelanbieter oder auch Pflegeteams. So können die Praxisassistenten mit *Care*-Qualifikation die Patienten auf eine stationäre Aufnahme vorbereiten, nach Klinikaufhalten alle pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen koordinieren und die häusliche Umgebung genauestens bewerten.

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

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

Die Bilanz einer Leistungserbringer- und Versichertenbefragung durch die AOK Nordost im Jahr 2015 ergab ein positives Feedback zum Programm. 98 Prozent der befragten Versicherten äußerten sich zufrieden mit der Betreuung durch die NÄPa-/VERAH®-*Care*-Mitarbeiter, wobei sich 97 Prozent der Versicherten weiterhin gut durch den Hausarzt betreut fühlten. Diese positive Resonanz bestärkte die KVMV, das Konzept auf andere Krankenkassen auszuweiten. Seit März 2016 hat nun die BARMER GEK durch den Einsatz von Praxisassistenten mit *Care*-Qualifikation die medizinische Versorgung von vor allem älteren und chronisch Kranken sowie mobil eingeschränkten Versicherten verbessert.



Arztpraxen mit einer NÄPa/VERAH in Ausbildung: 84



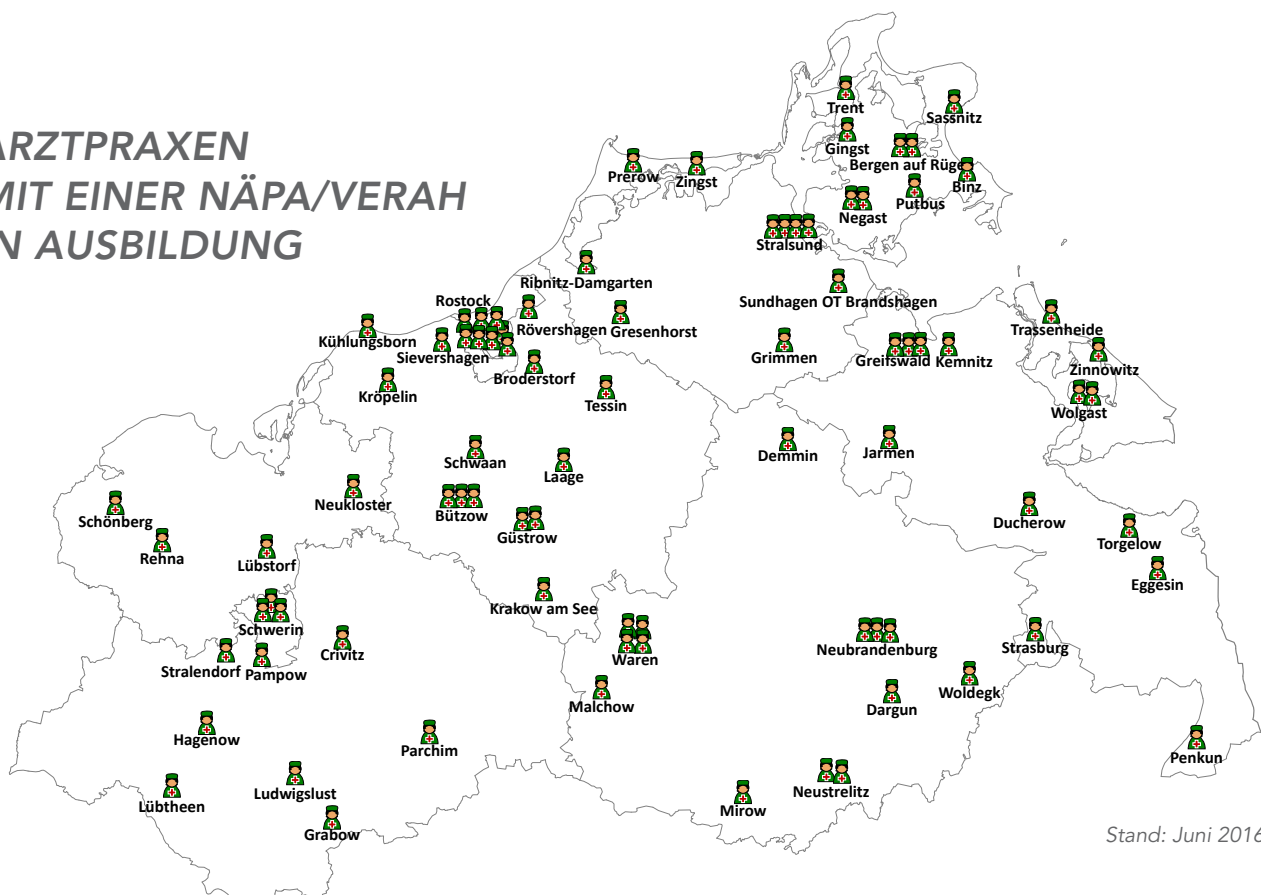
Arztpraxen mit der Genehmigung zur Anstellung einer NÄPa/VERAH: 197



davon Arztpraxen mit Genehmigung zur Anstellung einer NÄPa-/VERAH-Care: 134

Stand: Juni 2016

ARZTPRAXEN MIT EINER NÄPA/VERAH IN AUSBILDUNG



Stand: Juni 2016

DIE Care-QUALIFIKATION IN DER PRAXIS

Interview mit Dr. med. Dieter Kreye, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) sowie Vorsitzender des Hausärzteverbandes M-V.



Foto: KVMV/Schrubbe

Worin sehen Sie die Notwendigkeit einer VERAH®/NäPa bzw. einer mit Care-Zusatzqualifikation?

Dr. Kreye: Seit nunmehr sieben Jahren sind NäPa und VERAH® und seit zwei Jahren zusätzlich mit Care-Qualifikation in unserem Land unterwegs. Sie sind eine gute Entlastung für jeden Hausarzt, denn die VersorgungsAssistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) oder Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) mit und ohne Zusatzqualifikation unterstützt den Hausarzt innerhalb und außerhalb der Praxis. Zeit ist das größte Defizit, das wir im Praxisalltag zu bewältigen haben. Die VERAH®/NäPa fahren Hausbesuche, leisten Hilfestellung bei Prävention und Rehabilitation, unterstützen bei Koordinations- und Managementaufgaben insbesondere bei multimorbiden und chronisch Erkrankten. Wir haben hier ein sehr gutes Konzept zur Unterstützung der Hausarztpraxis, quasi einen Meilenstein für die bevorstehenden steigenden Anforderungen bei der Patientenversorgung, entwickelt. Die Vorteile sind vielschichtig. Durch einen regelmäßigen Patientenkontakt entwickelt sich oftmals zwischen der VERAH®/NäPa und dem Patienten ein enges Vertrauensverhältnis, da unseren MitarbeiterInnen in der

Regel mehr Zeit für einen Hausbesuch eingeräumt wird. So erfahren sie Dinge, die uns als Ärzten nicht selten verschlossen blieben. Die VERAH®/NäPa bekommen Raum für eigenverantwortliches Handeln. Ihre Arbeit wird vielseitiger. Eine in 2015 durchgeführte Evaluation des Vertrages ergab unter anderem, dass bei 91 Prozent der befragten VERAH® auch die persönliche Weiterentwicklung eine wesentliche Rolle spielt. Und die Bindung guter MitarbeiterInnen an unsere Praxen wird in der Zukunft ein wichtiges Wettbewerbsmoment sein!

Wie ist das Konzept entstanden?

Dr. Kreye: Ausgangspunkt der Entwicklung war das AGnES-Konzept der Uni Greifswald, das in einem mehrseitigen Projekt mit der KVMV und den Krankenkassen unter Koordinierung des Ministeriums für Gesundheit und Soziales M-V getestet wurde. Da es aber nicht richtig zu den Erfordernissen in den Hausarztpraxen passte, hatte das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) in Zusammenarbeit mit dem Verband medizinischer Fachberufe (VmF) schon teilweise parallel das eigene VERAH®-Konzept entwickelt. Nur zum besseren Verständnis, die NäPa werden von den jeweiligen Ärztekammern ausgebildet. Diese Definition der Praxisassistentin und die erfolgreiche Erprobung im Test haben einen wesentlichen Beitrag für die gesetzliche Beauftragung des Bewertungsausschusses vom 14. März 2008 zur Erarbeitung einer Vergütungsregelung für ärztlich angeordnete Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten und damit ihrer Implementierung in die Regelversorgung geleistet. Dies war ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung von immer mehr älteren Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern. Mittlerweile haben in M-V mehr als 200 medizinische Fachangestellte die Abschlussprüfung zur VERAH® oder NäPa bestanden. Eine Vielzahl befindet sich noch in der Ausbildung.

Wie sehen Sie die Zukunft einer qualifizierten nicht-ärztlichen Fachkraft?

Dr. Kreye: Die nachrückende Ärztegeneration legt ganz großen Wert auf eine arbeitsteilige Patientenver-

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

sorgung im Team. Diesem Wunsch kommt das Konzept sehr entgegen. Und wir sind in M-V noch einen Schritt weiter gegangen. Gemeinsam mit der AOK Nordost haben wir nach Versorgungsschwerpunkten gesucht, bei denen der Einsatz von qualifizierten MitarbeiterInnen weitere Entlastung und/oder Qualitätsverbesserungen bringen konnte. Die Etablierung der draufsattelnden *Care*-Qualifikation mit den Modulen Fall- und Schnittstellenmanagement, Stärkung und Unterstützung der Eigenkompetenz in der Häuslichkeit sowie der Wundversorgung durch Vertrag in 2014 war das Ergebnis. Dass sich im Jahr 2016 die BARMER GEK in diesen Vertrag eingeklinkt hat, belegt, dass die Ergebnisse auch für die Krankenkassen vielversprechend sind. Gegenwärtig steht die Einführung „Geriatric“ als ein weiteres Modul vor dem Abschluss. Es wird der flächendeckenden und vor allem hausarztbasierten Betreuung geriatrischer PatientInnen einen erheblichen positiven Schub ermöglichen. Damit werden wir über die Landesgrenzen hinaus wichtige Meilensteine setzen. Und noch eins: Auch im fachärztlichen Versorgungsbereich konnte die KVMV als erstes Projekt in unserem Bundesland mit der AOK Nordost einen Vertrag für die Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliche Fachkräfte bei chronischen Wunden vereinbaren.

Dr. Kreye, vielen Dank für das aufschlussreiche Gespräch.

Das Interview führte Kirsten Martensen aus dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV.

ZUSATZQUALIFIKATION *Care*

Nach Vorliegen der Grundausbildung zur VERAH®/NäPa schulen AOK Nordost, IhF und KVMV gemeinsam und paritätisch. Die 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
- Moderne Wundversorgung

VERSORGUNG CHRONISCHER WUNDEN DURCH QUALIFIZIERTE NÄPA

Hochqualifiziertes medizinisches Fachpersonal mit erweiterten Kompetenzen im Rahmen der Übernahme von ärztlich delegierbaren Leistungen in Verbindung mit einem umfassenden Fallmanagement wird in Zukunft eine unersetzliche Komponente in der Patientenbetreuung darstellen. Um das vorhandene Potenzial auch im fachärztlichen Bereich zu nutzen, gilt es, diese Entwicklung aktiv und gemeinsam voranzutreiben. In einer ländlichen Region wie Mecklenburg-Vorpommern kann eine arztentlastende Struktur beim Facharzt die Versorgung von Patienten mit ausgewählten Krankheitsbildern bzw. Indikationen sinnvoll ergänzen.

Zur besonderen Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden hat die KVMV eine Vereinbarung mit der AOK Nordost für den Einsatz von spezialisierten Fachkräften im Auftrag von Fachärzten (FA für Chirurgie) geschlossen. Im Fokus steht die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden in der Häuslichkeit durch eine nicht-ärztliche Fachkraft mit Zusatzqualifikation in der Betreuung und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden im Auftrag des Facharztes. Anspruchsberechtigt sind Versicherte mit chronischen Wunden, die trotz bisheriger mindestens sechswöchiger ambulanter Behandlung mindestens weitere sechs Wochen einer fachärztlichen Behandlung bedürfen.

Die Wundversorgung im Auftrag des Facharztes kann durch:

- dreijährig examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen,
- Krankenschwestern und -pflegern,
- Kinderkrankenschwestern und -pflegern,

soweit diese eine dreijährige Berufserfahrung sowie eine Weiterbildungsmaßnahme „Chronische Wunde“ (Wundmentor, Wundschwester, Wundexperte) von mindestens 48 Fortbildungsstunden mit abschließender Zertifizierung, z.B. durch die Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW), nachweist und ein Anstellungsverhältnis in der Praxis/MVZ besteht. Diese nicht-ärztliche Fachkraft unterstützt den Facharzt bei der Identifikation



des Patienten in der Praxis und bei der Aufnahme in die Versorgung. Die Aufgaben umfassen zudem eine intensiviertere Behandlung des Patienten in der eigenen Häuslichkeit sowie eine gegebenenfalls langfristige, sekundärpräventive Begleitung des Patienten.

Ziele der fachärztlichen Behandlung und der nicht-ärztlichen Betreuung durch die spezialisierte Wundschwester:

- Verkürzen der Wundbehandlung durch Optimieren der Wundversorgung und Steigerung des Wundheilungspotenzials mit dem Ziel des vollständigen Wundverschlusses und der Vermeidung schwerer Wundstadien;
- Vermeiden stationärer Aufenthalte einschließlich unnötiger Krankentransportfahrten im Zusammenhang mit der chronischen Wunde;
- Verbessern der Lebensqualität des Versicherten ins-

Auch der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) darauf reagiert, dass die Delegation von ärztlichen Leistungen, insbesondere vor dem Hintergrund der Herausforderungen des demografischen Wandels, einen wichtigen Baustein zur Verbesserung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung darstellt.

In einigen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern wird absehbar die Bevölkerungszahl sinken und das Durchschnittsalter der zu versorgenden Patienten steigen. Um die ambulante Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherzustellen, ist beabsichtigt, die bisherigen Maßnahmen zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte sowie zur Konzentration auf originär ärztliche Tätigkeiten auszubauen. Zu diesem Zweck soll mit der Neufassung des § 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V die Einsatzmöglichkeit von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen delegationsfähiger Leistungen (ärztlich angeordneter Hilfeleistungen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 und 3) gestärkt werden. Um das bestehende Potenzial für eine Delegation ärztlicher Leistungen zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte voll auszuschöpfen, sollen bisherige Voraussetzungen, wie die Beschränkung auf den hausärztlichen Versorgungsbereich, aufgehoben werden. Vorgesehen ist ein flächendeckendes Erbringen delegationsfähiger Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen. Die weitere konkrete Umsetzung dieser geplanten Maßnahmen durch die Partner der Bundesmantelverträge bleibt derzeit noch abzuwarten. Die ersten positiven Ansätze sind mit der Förderung von Kooperationsverträgen zwischen Vertragsärzten und Pflegeeinrichtungen und durch die Aufnahme von neuen, extrabudgetären Vergütungsbestandteilen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab ab 1. Juli 2016 bereits erfolgt. Nun gilt es, die Anreize zur Delegation ärztlicher Leistungen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich kontinuierlich auszubauen.

Mit dem besonderen Versorgungsangebot zum Einsatz qualifizierter nicht-ärztlicher Fachkräfte in der fachärztlichen Versorgung mit Spezialisierung auf die Versorgung chronischer Wunden zeigen KVMV und AOK Nordost einmal mehr, dass die Erarbeitung und Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte durch die regionalen Vertragspartner vor Ort ein unverzichtbarer Bestandteil in der Gestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen ist. Auch ohne ausdrückliches gesetzgeberisches Handeln lassen sich durch konstruktive Zusammenarbeit Maßnahmen zur Verbesserung des patientenorientierten Versorgungsangebotes etablieren.



Foto: KVMV/Schilder

besondere durch die Verbesserung der Mobilität und damit Gewährleistung der sozialen Integration der Patienten, z.B. durch Verringern der Beschwerden, Reduzieren der Schmerzen, Ödeme und trophischen Störungen im betreffenden Hautareal sowie Abheilen von Wunden;

- Fördern der Selbstständigkeit und Autonomie des Patienten im Umgang mit der Grunderkrankung und Behandlung der Wunde;
- Stärken der Patientensicherheit;
- Maßnahmenplanung zur Vermeidung von Rezidiven in Kooperation mit dem Hausarzt;
- Erhöhen der Heilungsraten, Senken der Rezidivraten, Vermeiden von Rezidiven;
- effizienter Umgang mit modernen, häufig hochpreisigen Wundtherapeutika;
- korrektes Codieren der Wunddiagnosen.

QUALITÄTSGESICHERTE LEISTUNGEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Weite Teile der ambulanten Versorgung unterliegen einer verpflichtenden Qualitätssicherung (QS). Im Fokus stehen dabei eine effiziente und sichere Patientenbehandlung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) setzen die Vorgaben zur QS entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag um. Dabei nutzen sie ein breites Spektrum unterschiedlicher Instrumente, die zielgerichtet ausgewählt und kombiniert werden.

Grundlagen der meisten QS-Maßnahmen im vertragsärztlichen Bereich sind bundesweit einheitliche QS-Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Geschlossen werden sie von den Partnern des Bundesmantelvertrages, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband. Fester Bestandteil solcher Vereinbarungen ist die Festlegung von Anforderungen an die Versorgungsqualität, insbesondere zur Strukturqualität (z.B. Nachweis besonderer Qualifikationsvoraussetzungen, Gerätequalität, Praxisausstattung), aber auch zu prozess- und ergebnisbezogenen Kriterien. Die Einhaltung der Vorgaben wird regelhaft und systematisch durch die KVen überprüft. Sanktionen sind im Regelwerk definiert und reichen von Wiederholungsprüfungen, Auflagen zur Mängelbeseitigung, Nichtvergütung der Leistungen bzw. Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen bis hin zum Widerruf der Abrechnungsgenehmigung. QS-Regelungen bestehen aktuell für ca. 50 Leistungsbereiche. Hinzu kommen die sechs Krankheitsbilder der Disease-Management-Programme (DMP). Kompetenzzentren des KV-Systems wie das CoC „Hygiene und Medizinprodukte“ unterstützen die Vertragsärzte bei der Umsetzung der Qualitätsanforderungen.

Zusätzlich gibt es Vorgaben zur QS durch Richtlinien (RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), z.B. QM-RL, Q-Beurteilungs-RL zu verschiedenen Verfahren der bildgebenden Diagnostik, Qualitätsprüfungs-RL vertragsärztliche Versorgung, QS-RL zu Dialyse-Behandlungen. Neben der etablierten sek-

1 GENEHMIGUNGSE RTEILUNG PRÜFUNG EINES ARZTES MIT NACHWEISEN

ARZTBEZOGENE ANFORDERUNGEN

Fachliche Qualifikation:

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

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE ANFORDERUNGEN

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:

- schriftliche Nachweise/Erklärungen,
- Gewährleistungserklärungen,
- Baupläne,
- Hygienepläne,
- Praxisbegehungen.

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:

- Aus- und Fortbildungsnachweise,
- Kooperationsbescheinigungen.

2 BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

torspezifischen Qualitätssicherung legen komplexe Versorgungspfade und die Vernetzung der Versorgungsstrukturen eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Betrachtung nahe. Der Gesetzgeber hat den G-BA verpflichtet, dazu entsprechende Regelungen (sektorenübergreifende QS-RL) zu erlassen.

2 GENEHMIGUNGSERHALT FOLGEVERPFLICHTUNG ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNG JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG (§135 ABS. 2 SGB V)

- Fallsammlungsprüfung,
- Hygieneprüfung,
- Frequenzprüfung,
- Selbstüberprüfung,
- Überprüfung der Präparatequalität,
- Jahresstatistik,
- kontinuierliche Fortbildung,
- Qualitätszirkel,
- Nachweise zur Praxisorganisation,
- Abnahme- und Konstanzprüfung,
- Wartungsnachweise,
- externe Ringversuchsnachweise,
- Stichproben-/Dokumentationsprüfungen.

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

- Dialyse (nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)),
- Arthroskopie,
- konventionelle Röntgendiagnostik,
- Computertomographie,
- Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie (Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach RL des G-BA),
- Herzschrittmacher-Kontrolle,
- Langzeit-EKG,
- schlafbezogene Atmungsstörungen,
- Nuklearmedizin,
Umfang: Mindestens nach der Qualitätsprüfungs-RL vertragsärztlicher Versorgung,

- Akupunktur,
- Histopathologie im Hautkrebs-Screening,
- HIV/Aids,
- Hörgeräteversorgung,
- Hörgeräteversorgung-Kinder,
- Kapselendoskopie des Dünndarms,
- Koloskopie,
- Magnetresonanztomographie-Angiographie,
- Mammographie (kurativ),
- neuropsychologische Therapie,
- phototherapeutische Keratektomie,
- Schmerztherapie,
- Ultraschalldiagnostik,
- Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte,
- Vakuumbiopsie der Brust,
- Zytologie der Zervix uteri,
- Molekulargenetik,
- intravitreale Medikamenteneingabe,
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V,
- Apheresen,
- substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V.

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG NACH § 95d SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT NACH § 135a ABS. 2 SGB V

ENTWICKLUNG QUALITÄTSGESICHERTER LEISTUNGEN IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

BIS 1997

ambulante Operationen
Arthroskopie
Blutreinigung/ Dialyse
Herzschrittmacher-Kontrolle
Labor-Spezial
Langzeit-EKG
LDL-Apherese
Magnetresonanztomographie (MRT)
Onkologie
otoakustische Emissionen
Psychotherapie
Schlafapnoe
Schmerztherapie
Sozialpsychiatrie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik/-therapie
• diagnostische Radiologie
• Mammographie (kurativ)
• Computertomographie
• Osteodensitometrie
• Strahlentherapie
• Nuklearmedizin
Substitution
Ultraschall diagnostik
Zytologie

1998 BIS 2005

DMP Asthma/COPD
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
DMP koronare Herzerkrankung (KHK)

invasive Kardiologie
Koloskopie
Magnetresonanztomographie der Mamma (MRM)
Mammographie-Screening
medizinische Rehabilitation
photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
Soziotherapie
Ultraschall diagnostik der Säuglingshüfte
ambulante Operationen
Arthroskopie
Blutreinigung/Dialyse
Herzschrittmacher-Kontrolle
Labor-Spezial
Langzeit-EKG
LDL-Apherese
Magnetresonanztomographie (MRT)
Onkologie
otoakustische Emissionen
Psychotherapie
Schlafapnoe
Schmerztherapie
Sozialpsychiatrie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik/-therapie
• diagnostische Radiologie
• Mammographie (kurativ)
• Computertomographie
• Osteodensitometrie
• Strahlentherapie
• Nuklearmedizin
Substitution
Ultraschall diagnostik
Zytologie

2006 BIS 2015

Akupunktur
Balneophototherapie
Dünndarm-Kapselendoskopie
Histopathologie (Hautkrebs-Screening)
HIV/Aids
Hörgeräteversorgung
Hörgeräteversorgung (Kinder)
interventionelle Radiologie
intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
Lp(a)-Apherese
Magnetresonanz-Angiographie (MRA)
Mammographie (kurativ)
Molekulargenetik
neuropsychologische Therapie
phototherapeutische Keratektomie (PTK)
Vakuumbiopsie der Brust
ambulante Operationen
Arthroskopie
Blutreinigung/Dialyse
DMP Asthma/COPD
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
DMP koronare Herzerkrankung (KHK)
Herzschrittmacher-Kontrolle
invasive Kardiologie
Koloskopie
Labor-Spezial
Langzeit-EKG
LDL-Apherese
Magnetresonanz-Tomographie der Mamma (MRM)

Magnetresonanz-Tomographie (MRT)
Mammographie-Screening
medizinische Rehabilitation
Onkologie
otoakustische Emissionen
photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
Psychotherapie
Schlafapnoe
Schmerztherapie
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik/-therapie
• diagnostische Radiologie
• Mammographie (kurativ)
• Computertomographie
• Osteodensitometrie
• Strahlentherapie
• Nuklearmedizin
Substitution
Ultraschalldiagnostik
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
Ultraschalldiagnostik im 2. Trimenon
Zytologie

MITGLIEDER DER QS-KOMMISSIONEN

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung (QS) in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von QS-Kommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb 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, Praxisbegehungen vorzunehmen sowie Stichprobenprüfungen durchzuführen. Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. So können, je nach Bewertungskriterium, Maßnahmen ergriffen werden. Im Vordergrund steht hier der kollegiale Austausch in einem Beratungsgespräch oder bei einer Hospitation. Möglich sind aber auch Empfehlungen der QS-Kommissionen von z.B. einer erneuten Prüfung, Kolloquium, Praxisbegehung, der Nichtvergütung von Leistungen bis hin zum Genehmigungsentzug.

Eine QS-Kommission besteht gemäß der QS-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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-Bereichs- oder themenübergreifende Kommissionen zu bilden. Neben den Vorsitzenden der Kommission nehmen in der Regel mindestens zwei weitere ärztliche Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen QS-Vereinbarungen ist des Weiteren die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen, so z.B. bei der Substitution oder bei der Onkologie. Insgesamt sind im Bereich der KVMV circa 100 Vertragsärzte und -psychotherapeuten sowie Sachverständige in Kommissionen tätig.

ALLE GEBIETE RADIOLOGIE

8 Ärzte der KVMV,
1 Sachverständiger

ARTHROSKOPIE

3 Ärzte der KVMV

AKUPUNKTUR

3 Ärzte der KVMV

AMBULANTES OPERIEREN

5 Ärzte der KVMV

APHERESE

6 Ärzte der KVMV

DIALYSE/BLUTREINIGUNG

6 Ärzte der KVMV

DIABETOLOGIE

3 Ärzte der KVMV

GERIATRIE/GERONTOPSYCHIATRIE/ AMBULANTE GERIATRISCHE REHABILITATION

5 Ärzte der KVMV

HERZSCHRITTMACHER UND LANGZEIT-EKG (KARDIOLOGIE-KOMMISSION)

4 Ärzte der KVMV

INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

3 Ärzte der KVMV

KOLOSKOPIE

3 Ärzte der KVMV

KURATIVE MAMMOGRAPHIE/VAKUUMBIOPSIE

4 Ärzte der KVMV

LABOR5 Ärzte der KVMV,
1 Fachwissenschaftler der Medizin**MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE**

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

METHADON3 Ärzte der KVMV,
2 Vertreter der Landesverbände,
1 Vertreter der Ersatzkassen**ONKOLOGIE**

6 Ärzte der KVMV

**PHOTODYNAMISCHE THERAPIE/
PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE**

2 Ärzte der KVMV

PSYCHOTHERAPIE2 Ärzte der KVMV,
1 Psychologischer Psychotherapeut der KVMV**QUALITÄTSMANAGEMENT**4 Ärzte der KVMV,
1 Psychotherapeut der KVMV**SCHMERZTHERAPIE**

4 Ärzte der KVMV

SONOGRAPHIE6 Ärzte der KVMV,
1 Sachverständiger der KVMV**ZYTOLOGIE**3 Ärzte der KVMV,
1 Fachwissenschaftler der Medizin

GENEHMIGUNGEN IN AUSGEWÄHLTEN LEISTUNGSBEREICHEN

AKUPUNKTUR

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1. Januar 2007, zuletzt geändert 1. Januar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	118
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

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	–	8
▸ davon bestanden	–	8
Anzahl Wiederholungsprüfungen insgesamt	–	–
Anzahl Kolloquien insgesamt	–	–

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse

	normale Fälle	Ausnahmefälle
Anzahl geprüfter Dokumentationen	89	78
Anzahl unvollständiger/nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	–	–

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	118
--	-----

AMBULANTE OPERATIONEN

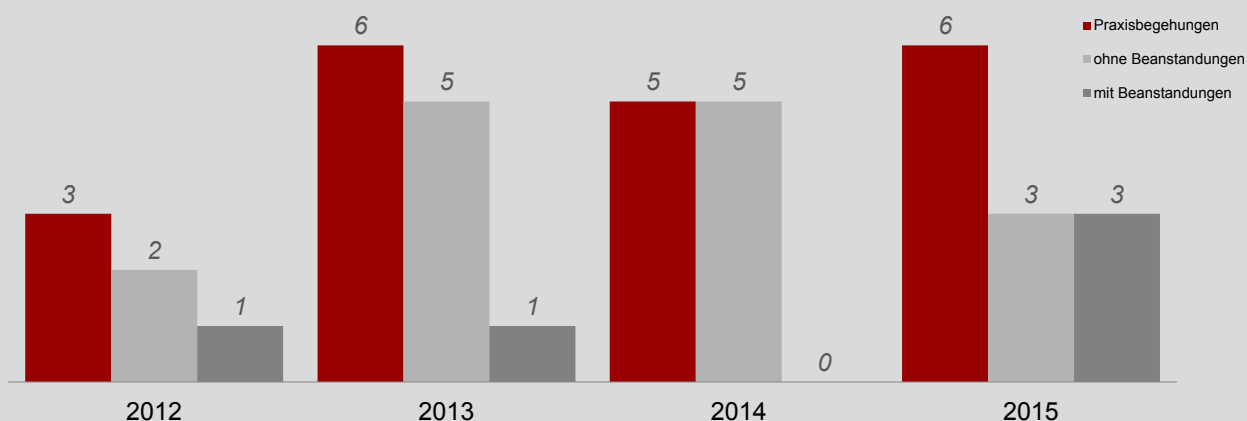
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Dezember 2011.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	505
Anzahl beschiedener Anträge	29
▸ davon Anzahl Genehmigungen	29
Anzahl Praxisbegehungen	5
▸ davon ohne Beanstandungen	5
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	50*

*Die große Anzahl von Rückgaben/Beendigungen der Genehmigung kommt durch eine KV-Umfrage zustande.

PRAXISBEGEHUNGEN IM RAHMEN VON GENEHMIGUNGSVERFAHREN



Datengrundlage: 31.12.2015

APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

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: 6. März 2015.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	37
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Rückgabe/Beendigung/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

LDL-Apherese bei *familiärer* Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung

Anzahl Erstanträge	–
Anzahl Folgeanträge	3
▸ davon angenommen	3

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	9
▸ davon angenommen	8
▸ davon abgelehnt	1
Anzahl Folgeanträge	81
▸ davon angenommen	81

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

Anzahl Erstanträge	8
▸ davon angenommen	8
Anzahl Folgeanträge	28
▸ davon angenommen	28

ARTHROSKOPIE

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Oktober 1994, zuletzt geändert (redaktionelle Änderungen): 1. Januar 2015. Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, gültig seit: 3. März 2010, zuletzt geändert: 1. Januar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	55
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien (§ 8)	–
Anzahl Praxisbegehungen (§ 6 Abs. 3)	–

Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen			4
Stichprobenprüfungen			
Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2015)			38
Anzahl geprüfter Ärzte			5
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2			3
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3			2
	Prüfungen gemäß	Prüfungen gemäß	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	§ 4 Abs. 2:	§ 4 Abs. 3:	
▸ keine Beanstandungen	1	–	
▸ geringe Beanstandungen	–	–	
▸ erhebliche Beanstandungen	–	–	
▸ schwerwiegende Beanstandungen	2	2	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine <i>schriftliche Empfehlung/Verpflichtung</i> 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 <i>Beratungsgespräch</i> eingeladen/aufgefordert wurden (gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a)			2

BALNEOPHOTOTHERAPIE

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Oktober 2010.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung		3
Anzahl beschiedener Anträge		1
▸ davon Anzahl Genehmigungen		1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		–
Anzahl Praxisbegehungen (§9 Abs. 5)		–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		–
Wartungsnachweise (§ 8)		
Anzahl abrechnende Ärzte (3. Quartal 2015)		3
Anzahl geprüfte Ärzte (§ 8 Abs. 2)		3
▸ davon Nachweise erbracht		3
▸ davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht		–

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN/DIALYSE

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Oktober 1997, zuletzt geändert: 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, Gültigkeit: seit 24. Juni 2006, zuletzt geändert: 4. Februar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	58
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 3)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommissionen (§ 7 Abs. 3 Satz 1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum: 1. Januar bis 31. Dezember 2015)

Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1:

	I/2015	II/2015	III/2015	IV/2015
	24	24	24	24
Anzahl der Kommissionssitzungen (gemäß § 7 Abs. 4)				4
Anzahl Stichprobenprüfungen (gemäß § 8 Abs. 1)				11
▸ davon ohne Beanstandungen				8
▸ davon mit Beanstandungen				3

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM (DMP)

Einer verbesserten Koordination und Optimierung von Behandlungs- und Betreuungsprozessen chronisch Kranker über die Grenzen einzelner Versorgungssektoren hinaus auf der Grundlage medizinischer Evidenz, zur Vermeidung von Folgeerkrankungen sowie einer wirtschaftlichen Versorgung wurde das Disease-Management-Programm (DMP) im Jahr 2003 eingeführt. Seitdem ist nicht nur die Zahl der Teilnehmer stetig gestiegen, die DMP sind auch inhaltlich weiterentwickelt und in ihren Abläufen vereinfacht worden. Die Ausgestaltung der Verträge in Form und Inhalt wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. So wurde bereits im Jahr 2003 der erste DMP-Vertrag im Bereich der KVMV geschlossen. In diesen Verträgen wurden unter anderem Regelungen zu den Versorgungsinhalten entsprechend den Anforderungen an die strukturierten

Behandlungsprogramme, zur Qualitätssicherung, zum Datenmanagement und zur Vergütung der beteiligten Ärzte bzw. Krankenhäuser getroffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung legt in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten fest, für die DMP entwickelt werden sollen. Seit dem Jahr 2002 erfolgte die Auswahl nach Kriterien, die im SGB V festgelegt sind, zu folgenden Indikationen:

- Diabetes mellitus Typ 1,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- Brustkrebs,
- Koronare Herzkrankheit (Modul Herzinsuffizienz),
- Asthma bronchiale,
- COPD.

An die Inhalte der Programme sind folgende 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,
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten,
- Schulungen der Leistungserbringer und Versicherten,
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten.

Mit dem Inkrafttreten 2012 des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ging die Richtlinienkompetenz auf den G-BA über. Auf dieser Grundlage überführte der G-BA die DMP Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs formal in eine Richtlinie mit dem Ziel, sämtliche G-BA-Regelungen zu DMP zusammenführen. In dieser Richtlinie werden die indikationsspezifischen Anforderungen als Anlage zur Richtlinie geregelt, jedoch ausschließlich für neu aktualisierte DMP.

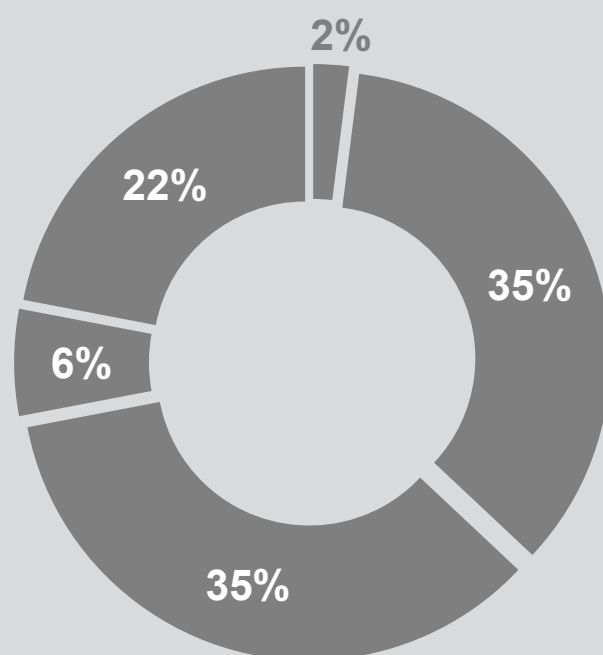
Dabei obliegt eine Überprüfungspflicht dem Bundesversicherungsamt (BVA) hinsichtlich einer Übereinstimmung dieser Verträge mit den Grundlagen des Fünften SGB V, der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung sowie der Richtlinien des G-BA. Bei Vorliegen der gestellten Anforderungen erteilt das BVA die Zulassung.

Um die Versorgungsqualität zu verbessern und die Programmziele zu erreichen, sind in den strukturierten Behandlungsprogrammen Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) vorgesehen. Hierbei spielt die Dokumentationsverpflichtung des behandelnden Arztes eine entscheidende Rolle. Diese Verpflichtung, für jedes Programm differenziert nach Ersteinschreibung und Folgebehandlung, stellt für die Ärzte einen hohen organisatorischen Aufwand dar. Diese Daten ermöglichen es jedoch, regelmäßig Evaluationen zur Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in Form von arztbezogenen Feedback-Berichten zu erstellen. Die KBV stellt hierzu den „Gemeinsamen Einrichtungen“ von KVen und regionalen Krankenkassenverbänden ein modulares Rückmeldesystem zur Verfügung. In diesen Gemeinsamen Einrichtungen werden die Berichte zur Zielwerterreichung in den DMP über alle Ärzte analysiert und beraten sowie ggf. über Maßnahmen zur Erreichung einzelner Qualitätsziele beschlossen. In einer der letzten Sitzungen der Gemeinsamen Einrichtung, in der über die zuletzt vorliegenden Ergebnisse beraten wurde, kamen die Mitglieder zu dem Ergebnis, dass im

ANTEIL TEILNEHMENDE ÄRZTE NACH INDIKATION

(Mehrfachteilnahme möglich)

DMP Diabetes mellitus Typ 1:	58	= 2 Prozent
DMP Diabetes mellitus Typ 2:	1044	= 35 Prozent
DMP Koronare Herzerkrankung:	1045	= 35 Prozent
DMP Brustkrebs:	171	= 6 Prozent
DMP Asthma bronchiale/COPD:	661	= 22 Prozent



Vergleich zu anderen DMP-Regionen die Erreichung der QS-Ziele in der KVMV vornehmlich positiv ausfällt und die Zielwerte häufig über den bundesweiten Durchschnittswerten liegen.

Dieser Feedbackbericht ermöglicht vor allem aber dem Arzt eine Einschätzung der Versorgungslage des Patienten. Hierbei werden die Praxisergebnisse im Vergleich zum Durchschnitt zu den anderen teilnehmenden Leistungserbringern dargestellt. Diese Ergebnisse können dem Arzt z.B. als Basis für die Arbeit in Qualitätszirkeln dienen.

Diabetes mellitus Typ 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	58
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	52
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	6

Diabetes mellitus Typ 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1044
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	990
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	54

Koronare Herzerkrankung

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1045
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1020
▸ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	25

Brustkrebs

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	171
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt	171

Asthma bronchiale

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	661
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	653
▸ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	27

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	661
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	606
▸ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	23

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. April 2006.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	55
Anzahl beschiedener Anträge	6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5

Stichprobenprüfungen

Anzahl abrechnende Ärzte (3. Quartal 2015)	53
Anzahl geprüfte Ärzte	3
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	3

Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:		
▸ keine Beanstandungen	2	–
▸ geringe Beanstandungen	–	–
▸ erhebliche Beanstandungen	1	–
▸ schwerwiegende Beanstandungen	–	–
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine <i>schriftliche Empfehlung/Verpflichtung</i> zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a)		1

HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

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 seit: Änderungen zum 1. Juli 2008, zuletzt geändert: 19. Januar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	15
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien (gemäß § 9 Abs. 6)	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 9 Abs. 5)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Frequenzregelungen (§ 5 Abs. 1 und 2)

Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung	15 ≥ 1.000
---	------------

Dokumentationsprüfungen (§ 8) – Prüfprozess

Anzahl geprüfte Ärzte (gemäß § 8 Abs. 2)	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Kolloquien (gemäß § 8 Abs. 5b)	–

Dokumentationsprüfungen (§ 8) – Mängelanalyse

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

HIV-INFEKTIONEN/AIDS-ERKRANKUNGEN

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Juli 2009.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Frequenzregelungen (§ 10 Abs. 1 Nr. 1)

Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	2 ≥ 25
--	--------

Fortbildungen (§ 10 Abs. 1 Nr. 2)

Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung (gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2)	2
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung (gemäß § 10 Abs. 4)	–

Dokumentationsprüfungen (§ 8) – Prüfprozess

Anzahl geprüfter Ärzte (gemäß § 8 Abs. 2)	2
▸ davon bestanden	2
Kolloquien (gemäß § 8 Abs. 3)	–

Dokumentationsprüfungen (§ 8) – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Dokumentationen insgesamt	20
▸ davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	20

HÖRGERÄTEVERSORGUNG

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	83
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Kolloquien	–
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Messtechnische Kontrollen (§ 8 Abs. 1, Nr. 1)

Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	83
--	----

Fortbildungsverpflichtungen (§ 8 Abs. 1, Nr. 2)

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

HÖRGERÄTEVERSORGUNG – KINDER

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 beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien (gemäß § 9 Abs. 5)	–
Praxisbegehungen (gemäß § 9 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Messtechnische Kontrollen (§ 8 Abs. 1, Nr. 1)

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

Fortbildungsverpflichtungen (§ 8 Abs. 1, Nr. 2)

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

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Juli 2006, zuletzt geändert: 1. Oktober 2010.

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe Genehmigungen (§ 3 Abs. 2)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

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

Zur Behandlung verschiedener Augenerkrankungen, wie etwa einer feuchten altersabhängigen Makuladegeneration, einer Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems oder einer chorioidalen Neovaskularisation aufgrund einer pathologischen My-

opie, steht neben anderen Behandlungsverfahren auch die Injektion eines das Gefäßwachstum hemmenden und Netzhautschwellung zurückbildenden Wirkstoffs, eines VEGF-Blockers (Vascular-Endothelial-Growth-Factor), in den Glaskörperaum zur Verfügung, die Intravitreale Me-



IVM-Kommissionssitzung: (v.l.) Dr. med. Norbert Schulz, Brit Tesch (KVMV), Dr. med. Carsten Nowack, Anette Winkler (KVMV), Prof. Dr. med. Frank Wilhelm.

destens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund;

- selbständige Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie);
- erfolgreiche Teilnahme an einem mindestens vierstündigen IVM-Kurs.

Räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen:

- Operationsraum (gemäß QS-Vereinbarung für ambulantes Operieren);
- Anwendung der fachgerechten Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren;
- Vorhalten eines OP-Mikroskops.

dikamenteneingabe (IVM). 2014 wurde diese Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Ärzte, die das Verfahren anwenden, benötigen eine Genehmigung der KVMV. Unter bestimmten Voraussetzungen durften Augenärzte bis 31. März 2015 jedoch auch ohne KV-Genehmigung IVM-Leistungen durchführen und die neuen Gebührenordnungspositionen abrechnen. Welche Anforderungen nachgewiesen werden müssen, regelt eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung. In dieser werden die Anforderungen aufgeführt, die bei einem Antrag nachzuweisen sind.

Fachliche Anforderungen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“;
- selbständige Auswertung unter Anleitung von min-

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung hat der Arzt die Aufgabe, die Indikation und die Durchführung zu dokumentieren. Die KV fordert jährlich von mindestens zehn Prozent der Ärzte, die IVM-Leistungen durchführen und abrechnen, die Dokumentation zur Indikationsstellung von zehn abgerechneten Fällen als Stichprobenprüfung an. Diese Dokumentationsprüfungen wurden zunächst bis 30. Juni 2017 befristet. In Abhängigkeit von den Prüfergebnissen vereinbaren KBV und GKV-Spitzenverband, ob und gegebenenfalls wie die Prüfungen weitergeführt werden. Um die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und um eine fachgerechte Stichprobenprüfung gemäß QS-Vereinbarung vornehmen zu können, wurde im Dezember 2015 eine IVM-Kommission gegründet.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	35
Anzahl abrechnender Ärzte (im 3. Quartal 2015)	32
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien (gemäß § 8 Abs. 3)	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 8 Abs. 2)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

INVASIVE KARDIOLOGIE

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Oktober 1999, zuletzt geändert: 1. Januar 2013.

DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 8 Abs. 3)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Frequenzregelungen

	< 150	≥ 150
Anzahl Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM-Nr. 34291)	1	1
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	1	entfällt

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedener Anträge (neu)	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 8 Abs. 3)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Frequenzregelungen

	< 150	≥ 150
Anzahl Ärzte mit <i>insgesamt</i> abgerechneten Katheterisierungen (EBM-Nr. 34291, 34292)	2	1
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	1	entfällt
	< 50	≥ 50
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM-Nr. 34292)	2	1
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	1	entfällt

KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

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.

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben eine Qualitätssicherungsvereinbarung für die Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen mittels Dünndarm-Kapselendoskopie (QS-Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie) geschlossen. Die Kapselendoskopie des Dünndarms ist Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 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 QS-Vereinbarung ist, neben Regelungen zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen sowie zur Dokumentation (§§ 3-7), die verpflichtende Übermittlung einer Jahresstatistik (§ 8). Die Datenübertragung erfolgt ausschließlich durch die Applizierer, 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.

Die Übergangsregelung (§ 11) 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 (gem. Präambel 13.1 Nr. 4 des EBM) 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 nach zwei Jahren nach Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistik geprüft werden soll, ob Kriterien für anlassbezogene (Stichproben-)Prüfungen vorgegeben werden sollen.

Genehmigungen Applizierer

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Applikation	6
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Genehmigung erteilt	3
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Genehmigungen Auswerter

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	6
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Genehmigung erteilt	3
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Dokumentationsprüfung § 7 Abs. 6 (fakultativ)

Anzahl abrechnender Ärzte (Applizierer) gesamt	4
Anzahl überprüfte Ärzte (gemäß § 7 Abs. 6)	–
Anzahl überprüfte Ärzte (gemäß § 8 Abs. 4)	–

KOLOSKOPIE

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Oktober 2002, zuletzt geändert: 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 seit: mit Änderungen zum 1. Juli 2008, zuletzt geändert: 19. Januar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur <i>kurativen</i> Koloskopie	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <i>kurativen und präventiven</i> Koloskopie	46
Anzahl beschiedener Anträge (ausschließlich zur <i>kurativen</i> Koloskopie)	–
Anzahl beschiedener Anträge (<i>kurative und präventive</i> Koloskopie)	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	–
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 8 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

TOTALE KOLOSKOPIEN

Frequenzregelungen

	< 200	≥ 200
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	4	43
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	3	entfällt

Dokumentationsprüfungen

Prüfungen (gemäß § 6 Abs. 3a-e)	14
▸ davon bestanden	11
▸ davon nicht bestanden	3
Prüfungen (gemäß § 6 Abs. 3f)	1
▸ davon bestanden	1
Überprüfungen (gemäß § 6 Abs. 3g)	–

POLYPEKTOMIEN

Frequenzregelungen

	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	5	42
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	2	entfällt

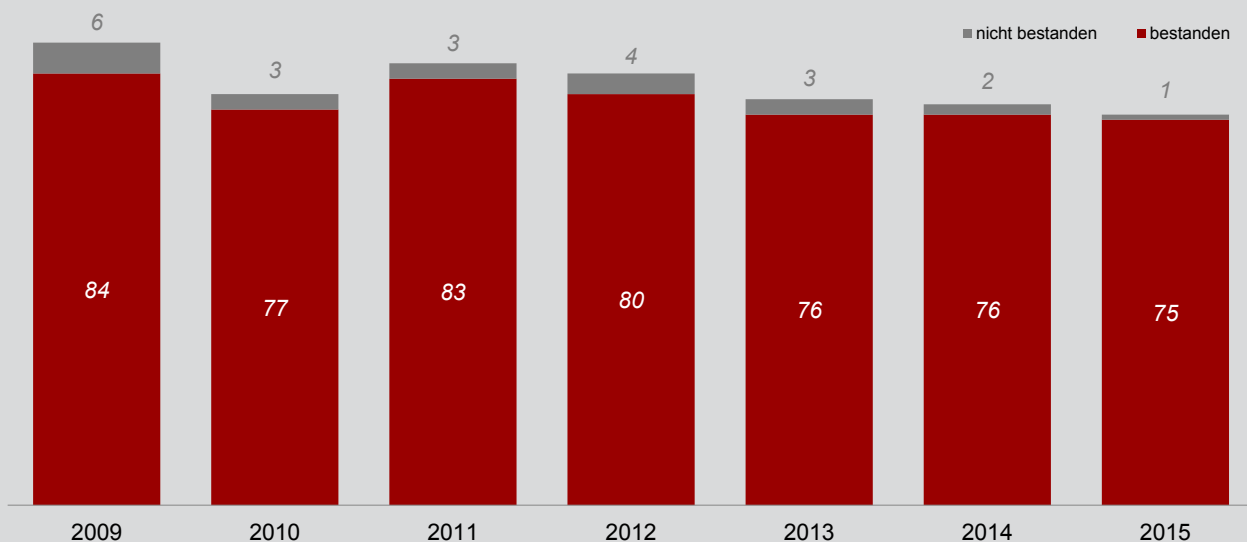
Dokumentationsprüfungen

Prüfungen (gemäß § 6 Abs. 4a-c)	15
▸ davon bestanden	13
▸ davon nicht bestanden	2
Prüfungen (gemäß § 6 Abs. 4d)	–

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Praxen	39
halbjährliche Prüfungen (gemäß § 7 Abs. 3)	75
▸ davon bestanden	74
▸ davon nicht bestanden	1
Wiederholungsprüfungen (gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb von drei Monaten)	1
▸ davon bestanden	1

PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT



LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Richtlinien der KBV für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V (gültig seit: 1. Oktober 1987, zuletzt geändert: 9. Mai 1994) i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Januar 1993, zuletzt geändert (redaktionelle Änderungen): 1. Januar 2015.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	179
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1
▸ davon bestanden	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	8

LANGZEIT-EKG

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung <i>nur zur Aufzeichnung</i>	108
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <i>zur Aufzeichnung und Auswertung</i>	249
Anzahl beschiedener Anträge	31
▸ davon Anzahl Genehmigungen	31
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	23

Stichprobenprüfungen

Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2015)	160
Anzahl geprüfter Ärzte	14
Routineprüfungen (gemäß § 4 Abs. 2)	10
Kriterienbezogene (Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3)	4

Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4	Prüfungen gemäß § 4
	Abs. 2:	Abs. 3:
▸ <i>keine</i> Beanstandungen	4	2
▸ <i>geringe</i> Beanstandungen	5	1
▸ <i>erhebliche</i> Beanstandungen	1	1
▸ <i>schwerwiegende</i> 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)		1
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/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 ((auch: veranlasst wurde) gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b)		–
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)		1
Anzahl mit Auflagen versehene 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		–

MAGNETRESONANZ-/KERNSPINTOMOGRAPHIE

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. April 1993, zuletzt geändert (redaktionelle Änderungen): 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, zuletzt geändert: 1. Januar 2016.

Genehmigungen Allgemeine Kernspintomographie

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	68
Anzahl beschiedener Anträge	8
▸ davon Anzahl Genehmigungen	8
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 6 Abs. 5)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Stichprobenprüfungen

Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2015)	64
Anzahl geprüfter Ärzte	4
Routineprüfungen (gemäß § 4 Abs. 2)	4
Kriterienbezogene (Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3)	–

Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6:

▸ keine Beanstandungen

**Prüfungen
gemäß
§ 4 Abs. 2:
4**

MAGNETRESONANZ (MR)-ANGIOGRAPHIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Oktober 2007, zuletzt geändert: 1. Oktober 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.

Die Magnetresonanz-Angiographie (MR-Angiographie) ist ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Sie stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Katheter in ein arterielles Gefäß eingeführt werden muss, noch zur Bilderzeugung

Röntgenstrahlen und ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. 2007 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) zur MR-Angiographie erstmals in Kraft getreten. Zum 1. Oktober 2015 wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung in einigen Punkten überarbeitet und aktualisiert.

Die Dokumentationsprüfungen der letzten Jahre zeigen, dass die Qualität im Bereich der MR-Angiographie auf einem kontinuierlich hohen Stand ist. Wesentlicher Bestandteil der QS-Vereinbarung bleiben daher Vorgaben zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen sowie die regelmäßigen Dokumentationsprüfungen. Hierzu werden jährlich mindestens zwölf Dokumentationen von 20 Prozent der Ärzte, die MR-Angiographien durchführen und abrechnen, angefordert. Für diese Prüfungen liegt der Schwerpunkt auf der Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung. Die Beurteilung der Dokumentationen hinsichtlich einer sachgerechten Indikationsstellung erfolgt aufgrund einer nach Gefäßart und -region gegliederten Liste von klinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie begründen, und die in der Anlage 2 der QS-Vereinbarung enthalten sind. Mit Inkrafttreten der aktualisierten QS-Vereinbarung wird hierauf ein noch stärkerer Fokus gelegt. Demnach sollen auch Begründungen für Indikationen zu MR-Angiographien, die nicht in der Anlage 2 aufgeführt sind, künftig in die Beurteilung der Nachvollziehbarkeit einfließen. Wie bisher bleibt es bei den MR-Angiographien der Venen dabei, dass – bis zu einer Höchstgrenze von 30 durchgeführten

Untersuchungen – alle Dokumentationen des ausgewählten Arztes eingereicht werden. Mit Inkrafttreten der aktualisierten QS-Vereinbarung zum 1. Oktober 2015 wird neben den Untersuchungen der Venen, über deren Prüfergebnisse bislang schon gesondert berichtet wurde, ein weiterer Fokus auf die Darstellung der Prüfergebnisse der Untersuchung der Hirngefäße gelegt. Über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen wird wie bisher ausführlich berichtet, wobei zukünftig die Qualitätsergebnisse zu den Untersuchungen der Hirngefäße und der Venen einzeln dargestellt werden. Eine weitere Änderung der aktualisierten QS-Vereinbarung betrifft den Stellenwert der einzelnen Techniken der MR-Angiographie. Diese werden im Zuge der medizinisch-technischen Entwicklung zunehmend in unterschiedlicher Häufigkeit angewendet. Bislang mussten von den 150 nachzuweisenden MRA jeweils 20 Prozent mit der Time-of-Flight- (ToF), der Phasenkontrast- (PC) und der kontrastmittelverstärkten (CE-) Technik erstellt worden sein. Dies wurde nun flexibilisiert. Von den nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mindestens 20 Prozent mit der kontrastmittelverstärkten CE-Technik erstellt worden sein. Die Prozentvorgaben für die ToF und die PC entfallen zukünftig.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	49
Anzahl beschiedener Anträge (neu)	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	7
Anzahl Kolloquien	–
Praxisbegehungen (gemäß § 8 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Dokumentationsprüfungen (§ 7)

Anzahl abrechnender Ärzte	47
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (gemäß § 7 Abs. 2)	10
▸ davon ohne Beanstandungen	10
Kolloquien (gemäß § 7 Abs. 9)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (gemäß § 7 Abs. 9)	–

Dokumentationsprüfungen (§ 7) – Mängelanalyse

	ohne Venen	Venen
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	120	4
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1, 2, 3 erfüllt ist	Anlage 2 Nr. 1,2,3,4,6,7 118	Anlage 2 Nr. 5 4
▸ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbare/ eingeschränkt nachvollziehbare Dokumentationen § 7 Abs. 7	118	4
▸ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbare Dokumentationen § 7 Abs. 7	2	–

MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

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): 1. Januar 2016.

Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Mammographien bereits erhalten haben bzw. eine Genehmigung beantragen, müssen unter anderem folgende fachliche Qualitätsnachweise gegenüber der KVMV erbringen:

- 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.

Seit nunmehr 13 Jahren haben die Ärzte in M-V die Möglichkeit, eine Beurteilung von Fallsammlungen bei der KVMV vorzunehmen. Zur Durchführung dieser Beurteilungen hat die KV Bayerns eine spezielle Software entwickelt. Diese ermöglicht es den mammographierenden Ärzten gemäß der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie

(Mammographie-Vereinbarung)“ seit 2008, eine digitale Beurteilung im Hause der KVMV durchzuführen. Im Jahr 2015 haben elf Ärzte diese Möglichkeit genutzt, wobei ihnen ihre fachliche Kompetenz bestätigt wurde.

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 KBV, 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 (neu)	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 14 Abs. 7)	–

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt C

Anzahl Prüfungen (Erstprüfung, keine Wiederholungsprüfungen)	1
▸ davon bestanden	1

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt D

Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben (reguläre Selbstüberprüfung)	11
▸ davon erfolgreiche Teilnahme	11
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (gemäß § 11 Abs. 2e)	–
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen (gemäß § 11 Abs. 3b)	1
▸ davon bestanden	1
Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen (gemäß § 11 Abs. 3c)	–

Dokumentationsprüfungen gemäß Abschnitt E

Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde (reguläre Prüfungen)	15
▸ davon erfüllt	15
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag, gültig seit: 1. Januar 2004, zuletzt geändert: 5. Februar 2016. 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: 19. Januar 2016.

Seit vielen Jahren wird die Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs eingesetzt. Nach Beschluss durch den Deutschen Bundestag im Jahr 2002 zur Einführung eines flächendeckenden und qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings wurde erstmals 2006, flächendeckend 2007 in M-V das Mammographie-Screening angeboten. In einem Rhythmus von zwei Jahren besteht ein Anspruch auf eine Mammographie-Untersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Ziel dieses Screenings ist es, möglichst frühzeitig den Brustkrebs zu erkennen. Mit einer entsprechenden Behandlung verbessern sich in der Regel die Chancen der Frauen auf eine Heilung deutlich, denn die Größe des Tumors ist ein entscheidender Faktor für die Prognose.



Stand: November 2016

Diese Untersuchungen finden in sogenannten Screening-Einheiten statt. Das sind Zentren, die auf die Mammographie spezialisiert sind und eine ausschließliche Zulassung hierfür haben. Jede Screening-Einheit wird von zwei programmverantwortlichen Ärzten erfolgreich geleitet, wobei sie ihren Hauptsitz an den vier Brustzentren in M-V haben. Die Befunder in den Screening-Einheiten sind zum größten Teil niedergelassene Radiologen. In ihren Praxen werden die Mammographie-Screeningaufnahmen erstellt. Diese Screening-Einheiten sind Einheiten mit ländlicher und städtischer Zielgruppe. Durch die Installation von vier Screening-Einheiten und den dazugehörigen Mammographie-Standorten kann den anspruchsberechtigten Frauen fristgerecht ein Termin zum Mammographie-Screening angeboten werden. Die Prozesse innerhalb der Screening-Einheiten sind über die Jahre gefestigt

und ständig verbessert worden. Der Workflow ist effizient aufgebaut. Die gesetzlich vorgegebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden fristgerecht und erfolgreich durchgeführt. So liegt die Brustkrebsentdeckungsrate in der Erst- und in der Folgerunde weit über den Vorgaben. Die Zusammenarbeit mit den Brustzentren ist nachhaltig, dies zeigt auch die rege Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen. Die Teilnahme rate der anspruchsberechtigten Frauen am Mammographie-Screening liegt in allen vier Screening-Einheiten über dem Bundesdurchschnitt. Die Screening-Einheit Schwerin zählt dabei zu den besten in Deutschland. Mit 69,71 Prozent Teilnehmer rate hat sie fast die Rate der EU-Leitlinie von über 70 Prozent erreicht.

Genehmigungen

Screening-Einheiten	4
programmverantwortliche Ärzte	8
▸ davon mit Genehmigung zum Erbringen von Vakuumbiopsien	8
kooperierende Ärzte	24
▸ Befunder von Mammographieaufnahmen	13
▸ histopathologische Beurteilung	5
▸ Erbringen von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	5
- davon mit Genehmigung zum Erbringen von Vakuumbiopsien	1

MEDIZINISCHE REHABILITATION

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. März 2005.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	887
Anzahl beschiedener Anträge	14
▸ davon Anzahl Genehmigungen	14
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

MOLEKULARGENETIK

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. April 2012, zuletzt geändert: 1. Juli 2015).

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	16
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	–
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit: 24. Februar 2012.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	4
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

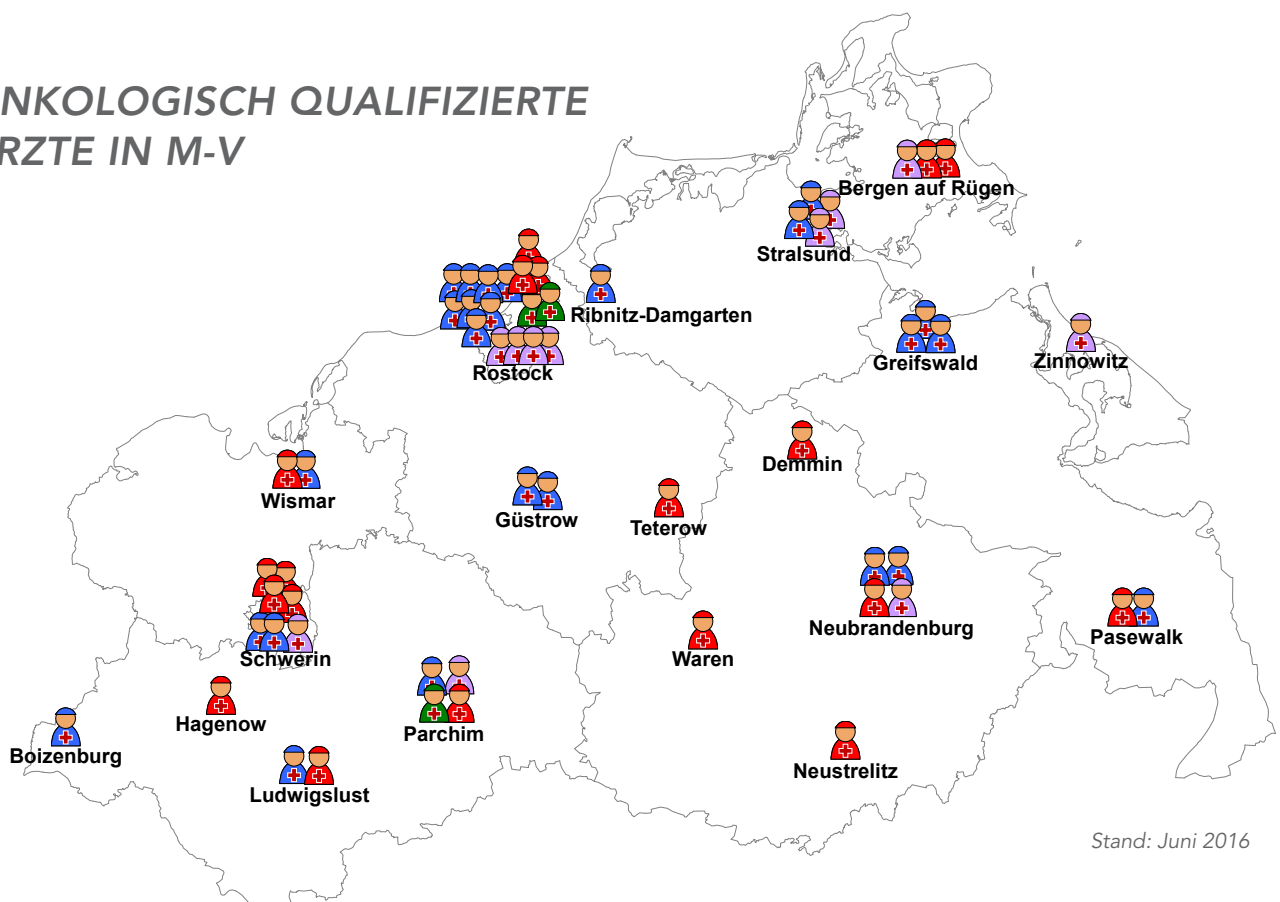
ONKOLOGIE

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 Bundesmantelvertrag, gültig seit: 1. Oktober 2009, zuletzt geändert: 1. Januar 2016.

Mit dem Ziel der Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung trafen die KBV und der GKV-Spitzenverband eine Vereinbarung, die sich in der bundesweit gültigen Onkologie-Vereinbarung nach Anlage 7 BMV widerspiegelt. Dadurch sollte in der vertragsärztlichen onkologischen Versorgung eine Alternative zur





stationären Behandlung geschaffen werden. Um den regionalen Gegebenheiten gerecht zu werden, ermöglicht sie den Kassenärztlichen Vereinigungen, Modifikationen vorzunehmen. So wurde in einer regionalen Umsetzungsvereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung mit den Krankenkassen in M-V z.B. eine Herabsetzung der Patientenzahlen aus Sicherstellungsgründen vereinbart.

ONKOLOGISCH QUALIFIZIERTE ÄRZTE IN M-V



Von den 56 onkologisch qualifizierten Ärzten in M-V haben 17,9 Prozent per 18. Januar 2016 eine befristete Genehmigung aus Sicherstellungsgründen erhalten. Trotz der auf Landesebene geschlossenen Umsetzungsvereinbarung musste der Vorstand der KVMV im Jahr 2015 zwei onkologisch qualifizierten Ärzten die Genehmigungen aufgrund von zu geringen Patientenzahlen entziehen.

Hinsichtlich einer fachkundigen Qualitätssicherung wurden den Onkologie-Kommissionen der KVen verschiedene Aufgaben zur Einhaltung der Qualitätssicherungsmaß-

-  Chirurgen (Anzahl: 3)
-  Gynäkologen (Anzahl: 11)
-  Internisten (Anzahl: 25)
-  Urologen (Anzahl: 19)

nahmen gemäß § 135 SGB V übertragen. Danach hat der onkologisch qualifizierte Arzt unter anderem folgende zusätzliche Pflichten zu erfüllen und nachzuweisen:

- Nachweis von jährlich 50 Fortbildungspunkte in onkologischen Fortbildungsveranstaltungen;
- mindestens zwei industrieneutrale, durch die Ärztekammer zertifizierte Pharmakotherapieberatungen pro Jahr;
- eine jährliche Fortbildung des Praxispersonals.

Es ist die Aufgabe der Geschäftsstelle der Onkologie-Kommission, auf der Grundlage der Onkologie-Vereinbarung acht Prozent der teilnehmenden Ärzte mit jeweils 20 Fällen pro Jahr in Form einer stichprobenweisen Überprüfung hinsichtlich einer einheitlichen Dokumentation zu begutachten. Wie in der Onkologie-Vereinbarung festgehalten, muss der onkologisch qualifizierte Arzt eine patientenbezogene Dokumentation 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 2015 durchgeführte Stichprobenprüfung ergab bei der Vollständigkeit und der Orientierung der Behandlung an den aktuellen, einschlägig interdisziplinär abgestimmten Leitlinien bei fünf Ärzten, welche regulär geprüft wurden, folgendes Ergebnis:

- ein Arzt ohne Beanstandungen,
- vier Ärzte mit geringen Beanstandungen.

Diese Überprüfung spiegelt die gute einheitliche Dokumentation der onkologisch qualifizierten Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern wider.



Zum sechsten Mal bestand für die Onkologen in M-V die Möglichkeit, an einer durch die KVMV organisierten industrieneutralen Pharmakotherapieberatung teilzunehmen. Am 6. Mai 2015 referierte Prof. Dr. Karin Kraft der Universitätsmedizin Rostock, Lehrstuhl für Naturheilkunde, über „Komplementärtherapie im Rahmen der Onkologie“.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	58
▸ darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	6
▸ darunter Anzahl Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	9
<hr/>	
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
<hr/>	
Anzahl Kolloquien	1
▸ davon bestanden	1
<hr/>	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
<hr/>	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	2

Dokumentationsprüfungen § 10

Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	5
▸ davon ohne Beanstandungen	1
▸ davon mit Beanstandungen	4

Fortbildungsverpflichtungen § 7 1.-3.

Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	58
--	----

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit: 24. November 1995.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	71
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. August 2001, zuletzt geändert: 1. Juli 2014.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7
Anzahl beschiedener Anträge (neu und erneut gemäß § 6 Abs. 6)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Oktober 2007; zuletzt geändert: 1. Juli 2014.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

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	60
▸ davon Genehmigungen <i>ausschließlich</i> zur Polygraphie	54
▸ davon Genehmigungen zur Polygraphie <i>und</i> Polysomnographie	2
▸ davon Genehmigungen <i>ausschließlich</i> zur Polysomnographie	4

Anzahl beschiedener Anträge	6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	6
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 8 Abs. 3)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

SCHMERZTHERAPIE

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	27
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien (gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4)	1
▸ davon bestanden	1
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 9 Abs. 3)	1
▸ davon ohne Beanstandungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Versorgung

Anzahl Kolloquien (gemäß § 5 Abs. 7)	–
--------------------------------------	---

Dokumentationsprüfungen (gemäß § 7 Abs. 2 (fakultativ))

Anzahl geprüfter Ärzte	6
▸ davon Anforderungen erfüllt	6
Anzahl geprüfter Dokumentationen	30
▸ davon ohne Beanstandungen	15
▸ davon mit Beanstandungen	15

Dokumentationsprüfungen (gemäß § 7 Abs. 2 (fakultativ))

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	27
---	----

SOZIALPSYCHIATRIE

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 Bundesmantelvertrag-Ärzte, gültig seit: 1. Juli 2009, zuletzt geändert: 1. Oktober 2012, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, gültig seit: 1. Juli 2013.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	8
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

SOZIOThERAPIE

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, gültig seit: 1. Januar 2002, Neufassung seit 15. April 2015.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	37
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit: 24. November 1995.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	15
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

STRAHLENDIAGNOSTIK/-THERAPIE

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. April 1993, zuletzt geändert: 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 2016.

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

Genehmigungen (§ 4 und § 5)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	407
Anzahl beschiedener Anträge	13
▸ davon Anzahl Genehmigungen	13
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 14 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	7

Stichprobenprüfung

Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2015)	354
---	-----

Anzahl geprüfter Ärzte	17
Routineprüfungen (gemäß § 4 Abs. 2)	17
kriterienbezogene Prüfung (gemäß § 4 Abs. 3)	–
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:
▸ keine Beanstandungen	7
▸ geringe Beanstandungen	10
▸ erhebliche Beanstandungen	–
▸ 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)	10

COMPUTERTOMOGRAPHIE **Genehmigungen (§ 4 und § 7)**

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	81
Anzahl beschiedener Anträge	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	7
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 14 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	6

Stichprobenprüfung

Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2015)	78
Anzahl geprüfter Ärzte	3
Routineprüfungen (gemäß § 4 Abs. 2)	3
kriterienbezogene Prüfung (gemäß § 4 Abs. 3)	–
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:
▸ keine Beanstandungen	2
▸ geringe Beanstandungen	1
▸ erhebliche Beanstandungen	–
▸ 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)	2

OSTEODENSITOMETRIE **Genehmigungen (§ 4 und § 8)**

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	11
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 14 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

STRAHLENTHERAPIE**Genehmigungen (§ 9)**

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	19
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 14 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

NUKLEARMEDIZIN**Genehmigungen (§ 10)**

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	24
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 14 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

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

Das oberste Ziel jeder Behandlung Opiatabhängiger ist die Abstinenz. Die alltägliche Arbeit der Schwerpunktpraxen „Sucht“ hat jedoch gezeigt, dass dieses Ziel nur in kleinen Schritten erreicht werden kann. Um überhaupt eine anderweitig erforderliche Behandlung zu beginnen bzw. eine Anbindung an das Suchthilfesystem zu finden, um so aus dem Kreislauf Sucht herauszufinden, ist die Substitution für viele Patienten der einzige Ausweg.

Die Zahl der Drogentoten in Deutschland ist im zweiten Jahr in Folge wieder gestiegen. Das geht aus dem Bericht der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler für das Jahr 2015 auf der Datengrundlage von 2014 hervor. Im Jahr 2014 starben 1.032 Menschen an den Folgen von illegalem Drogenkonsum. Das entspricht einem Anstieg von etwa drei Prozent gegenüber 2013. Der zweithöchste Anstieg ist in M-V zu verzeichnen.

Die am häufigsten konsumierte Droge ist Cannabis. Bei mehr als 80 Prozent aller Sicherstellungen von Drogen

durch die Polizei handelt es sich um Cannabisprodukte. Die Zahl der Hilfesuchenden, die wegen eines häufigen Cannabiskonsums Beratungsstellen der Suchthilfe aufsuchen und sich in eine Erstbehandlung beispielsweise wegen depressiver Verstimmungen, Angstzuständen, Wahnvorstellungen oder Psychosen begeben mussten, nimmt stetig zu.

Die substitutionsgestützte Behandlung von Opiatabhängigen erfolgt in M-V hauptsächlich in den Schwerpunktpraxen „Sucht“, die sich überwiegend in den größeren Städten befinden. In Regionen außerhalb dieser Orte werden Opiatabhängige von einigen Hausärzten substituiert. Diese Ärzte haben eine Genehmigung, gemäß BtMVV § 5 Abs.3 auch ohne Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ nach Konsiliarregelung bis maximal drei Opiatabhängige gleichzeitig zu substituieren. Sie erhalten Unterstützung bei der Substitutionsbehandlung von einem Suchtarzt aus einer Schwerpunktpraxis in ihrer Region. Mindestens einmal im Quartal muss der Opi-

atabhängige sich in der Praxis des Schwerpunktarztes vorstellen. Bei diesen Terminen werden weitere Schritte für das Erreichen der Suchtmittelfreiheit besprochen und ggf. begleitende Maßnahmen eingeleitet. Mit Stand vom 31. Dezember 2015 substituierten 30

Ärzte und 18 Ärzte in Zusammenarbeit mit einem Konsiliariums. Fachlichkeit, Qualität und Qualitätssicherung sind die besten Instrumente für eine erfolgreiche substitutionsgestützte Behandlung. Die Zusammenarbeit beider Ärzte wird dokumentiert.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	30
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Praxisbegehungen (§ 11 Abs. 5)	–
Anzahl Rückgaben/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	18

Dokumentationsprüfungen (§ 9 Abs. 3)

Anzahl abrechnender Ärzte	24
Anzahl geprüfter Ärzte	15
Anzahl geprüfter Fälle	55
▸ keine Beanstandungen	48
▸ geringe Beanstandungen	5
▸ erhebliche Beanstandungen	2
▸ schwerwiegende Beanstandungen	–

Fünf-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)

Anzahl geprüfter Fälle	34
▸ davon ohne Beanstandungen	32
▸ davon mit Beanstandungen	2

Zwei-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 3 Abs. 6)

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

Patienten Anmeldungen

Anzahl Patientenmeldungen	348
▸ davon Patienten mit Diamorphinsubstitution	–

Abmeldungen

Summe Anzahl Abmeldungen	146
--------------------------	-----

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 31. Oktober 2008 in der Fassung vom 18. Dezember 2012.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1.238
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte) (neu § 14)	101
▸ davon Anzahl Genehmigungen	101
Anzahl beschiedener Anträge (Anwendungsbereiche) (neu)	243
▸ davon Anzahl Genehmigungen	178
▸ davon Anzahl Ablehnungen	65
Anzahl Kolloquien (§ 14 Abs. 6)	2
▸ davon bestanden	2
▸ davon nicht bestanden	–
Anzahl Praxisbegehungen (§ 14 Abs. 5)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	75
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	102

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nach Anwendungsbereichen

AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	22
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	24
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	26
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	63
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	61
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	419
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	64
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	6
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	110
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	–
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	86
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	524
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	6
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	118
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	43

AB 8.3	weibliche Genitalorgane, B-Modus,	216
AB 9.1	geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	206
AB 9.1a	systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	157
AB 9.2	weiterführende Differenzialdiagnostik der Feten, B-Modus	25
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	100
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	85
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	51
AB 12.1	Haut, B-Modus	6
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	6
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	70
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	44
AB 20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	1
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	12
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	36
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	69
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	11
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	54
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	1
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominale und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	48
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	31

GERÄTEPRÜFUNGEN/APPARATIVE AUSSTATTUNG

Apparative Ausstattung (§ 9)

Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme (US-Systeme, gemäß § 2c, Stichtag 31.3.2016)	1357
Anzahl insgesamt abgenommener US-Systeme (gemäß § 2c)	1456
Anzahl geprüfter US-Systeme im Jahr 2015 (gemäß § 2c)	173

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

Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	54
▸ davon US-Systeme ohne Beanstandungen	45
▸ davon mit Beanstandungen	9
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten (§ 13 Abs. 6)	9
▸ davon US-Systeme ohne Beanstandungen	9
Widerrufe (gerätebezogen)	–

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN – ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 11**Anzahl Prüfungen**

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter Ärzte	45	6
▸ davon Anforderungen erfüllt	38	6
▸ davon Anforderungen nicht erfüllt	7	–

Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter ärztlicher Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bemerkung: gemeint ist die Anzahl der geprüften Fälle, nicht die Anzahl der geprüften Ärzte)	225	30
▸ davon ohne Beanstandungen	158	24
▸ davon mit Beanstandungen	67	6

bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	6	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	3	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	6	–
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	1	–

bei Beanstandungen der Bilddokumentation

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	12	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	1	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	52	5

SÄUGLINGSHÜFTE**Genehmigungen**

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	85
Anzahl beschiedener Anträge (neu)	5
▸ davon Anzahl Genehmigungen	5
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (gemäß § 11 Abs. 4)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	7
Anzahl abrechnender Ärzte III/2015	85

Dokumentationsprüfungen

	Initialprüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
Anzahl geprüfter Ärzte	3	8	16
▸ davon Anforderungen erfüllt	2	5	12
▸ davon mit Beanstandungen (gemäß § 9 Abs. 2a)	1	3	4
▸ davon mit Beanstandungen (gemäß § 9 Abs. 2b)	–	–	–

	nach Initialprüfung	nach 2-Jahres- Prüfung	nach 5-Jahres- Prüfung
Wiederholungsprüfungen (gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2)	1	3	2
▸ davon Anforderungen erfüllt	1	2	2
▸ davon mit Beanstandungen (gemäß § 9 Abs. 2a)	–	1	–
▸ Einleitung qualitätssichernde Maßnahmen	–	–	–
Beratungen (gemäß § 10 Abs. 2)			2
Dokumentationsprüfungen – Mängelanalyse			
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen			396
▸ davon regelgerecht (Stufe I)			298
▸ davon eingeschränkt (Stufe II)			88
▸ davon unzureichend (Stufe III)			10
ausgesprochene Empfehlungen (gemäß § 10 Abs. 3)			–
bei Dokumentationen der Stufe III (analog § 8 Abs. 2)			10
▸ davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation			7
▸ davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation			–
▸ davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation			3

IM WANDEL DER ZEIT – 25 JAHRE SONOGRAPHIE-KOMMISSION

von Dr. med. Michael Wejda, Vorsitzender der Sonographie-Kommission

Die Sonographie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) nahm als eine der ersten Fachkommissionen am 20. Februar 1991 die Arbeit als Sachverständigengremium im Auftrag des Vorstandes der KVMV mit der Aufgabe der Qualitätssicherung in der Ultraschalldiagnostik in der vertragsärztlichen Versorgung auf. In der Gründerzeit und Aufbauphase der Sonographie-Kommission der KVMV war die Sonographie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ein verlässlicher und geschätzter Seniorpartner. Eine wichtige Richtschnur für die Arbeit der Sonographie-Kommission stellte die am 10. Februar 1993 in Kraft getretene Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschallvereinbarung) dar, die mit Wirkung vom 1. April 2009 von der neuen aktuellen Ultraschallverordnung abgelöst wurde. Die Ultraschallvereinbarung regelt insbesondere die fachlichen und apparativen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschallleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Weiterhin stellen die Durchführungsbestimmungen der KVMV sowie die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung in der

Version vom 18.04.2006) die Rechtsgrundlage dar. Die Sonographie-Kommission blickt auf eine erfolgreiche 25-jährige Tätigkeit zurück, die Erfahrungen der Kommissionstätigkeit der Gründungsmitglieder und früheren und späteren Mitstreiter wurden an die nachrückenden Mitglieder weitergegeben. Nicht unerwähnt bleiben die letzten Staffelstabübergaben nach 19-jähriger Verwaltungstätigkeit in der Sonographie-Kommission der KVMV von Gerlinde Geick an Marion Rothe (2009) und

Verabschiedung von Dr. med. Wilhelm Severin (r.) durch den stellv. Vorsitzenden der KVMV Fridjof Matuszewski (l.)



die der Kommissionsmitglieder Dr. med. Hartmut Jahn nach 22-jähriger Tätigkeit (2013), Dipl. Med. Bernd Stephan nach 23-jähriger Tätigkeit (2014), sowie Dr. med. Wilhelm Severin als Vorsitzender der Kommission nach 24-jähriger Tätigkeit (2015).

Aktuell setzt sich die Kommission aus zwei fachärztlichen Internisten, einem Allgemeinarzt, zwei Gynäkologen, einem Kinderarzt sowie einer Orthopädin zusammen. Der überwiegende Teil der sieben Mitglieder blickt auf eine 10- bis 14-jährige Tätigkeit in der Kommission zurück. Sechsmal im Jahr treffen sich die Mitglieder zu ihren Sitzungen, zusätzlich werden erforderliche Kolloquien abgesichert und Beratungsgespräche von den Mitgliedern der Sonographie-Kommission und deren Sachverständigen angeboten und geführt. Zu speziellen Themen wurden durch die Kommission zentrale Veranstaltungen organisiert, so zur Thematik Anforderungen an die Qualität der ärztlichen Dokumentation und Ausführung sonographischer Untersuchungen der Säuglingshüfte und deren gerätetechnische Anforderungen, Informationsveranstaltungen zu Themen der Qualitätsprüfung im Einzelfall unter Beachtung der gültigen Durchführungsbestimmungen der KVMV, zur Qualitätssicherung der Sonographie



Fachgespräch während einer Kommissionssitzung

verordnung (Abnahmeprüfung) war ein zusätzliches Aufgabenfeld neben dem laufenden Tagesgeschäft der Antrags-Genehmigungsverfahren und der Qualitätsprüfungen im Einzelfall. Ab 2013 erfolgten vier Jahre nach der Abnahmeprüfung erstmalig nach der neuen Ultraschallverordnung die ersten Konstanzprüfungen, die in vierjährigem Abstand durchgeführt werden und zur Überprüfung der apparativen Qualität im weiteren Nutzungsverlauf dienen.



Fotos: KVMV

Sonographie-Kommission: (v.l.) Dr. med. Michael Wejda, Dr. med. Rosel Kolp, Dr. med. Eckart Möbius, Marion Rothe (KVMV), Dr. med. Dorothea Gehrke, Dr. med. Wilhelm Severin und Dr. med. Jörg Müller.

abdomineller und retroperitonealer Organe, der Schilddrüse sowie zu gerätetechnischen Anforderungen bei der Qualitätssicherung. Dieses stieß auf große Resonanz bei der betreffenden Ärzteschaft.

Das Inkrafttreten der neuen Ultraschallverordnung zum 1. April 2009 stellte natürlich eine neue Herausforderung an die Arbeit der Sonographie-Kommission dar. Neue gültige fachliche und apparative Voraussetzungen mussten für die Erteilung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik beachtet werden. Die Bestandsprüfung der bereits verwendeten Ultraschallsysteme nach der neuen Ultraschall-

Die Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V stellen einen zentralen Schwerpunkt der Kommissionstätigkeit dar. Jährlich werden bei aktuell vier Prozent der Ärzte, die über eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik verfügen, per Zufallsprinzip die Dokumentationen von fünf abgerechneten Ultraschalluntersuchungen abgefordert, ob die nach §10 Abs. 2 bis 4 geforderten Angaben vollständig und nachvollziehbar sind. Hier sieht die Kommission eine wichtige Möglichkeit im kollegialen Austausch mit den zu prüfenden Ärzten, Einfluss auf die Qualität von Leistungen der Ultraschalldiagnostik zu nehmen.

Hinweise und Empfehlungen sollen dazu beitragen, die Sensibilität der Ärzte weiter zu schärfen, eine hohe Qualität bei der Ausführung und der Ultraschalldiagnostik abzusichern. Das einerseits zum Wohle der Patienten, als auch, um gegenüber den Krankenkassen eine qualitätsgerechte Leistungshonorierung einzufordern. Ein besonderer Schwerpunkt in der Qualitätsprüfung nach der Ultraschallverordnung stellt die regelmäßige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte dar, die bereits seit 2006 qualitätsgesichert ist. Zum 1. April 2012 wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Sonographie der Säuglingshüfte aktualisiert, die sehr hohen Anforderungen wurden konkretisiert. Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme der für diesen Anwendungsbereich zugelassenen Ärzte dient als Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (nach §12 sowie gemäß Anlage 5 der Ultraschallverordnung). Zur Vermeidung von unnötigen Rücksprachen, Nachforderungen oder Nachbegutachtungen wurden die Anforderungsschreiben der zu prüfenden Dokumentationen bei der Abnahmeprüfung, Konstanz-

prüfung, der ärztlichen Dokumentation im Einzelfall und der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte sowie der Schwangerschaftsbetreuung entsprechend der Mutterschaftsrichtlinien überarbeitet und präzisiert, deren Umsetzung steht unmittelbar bevor. Für einen detaillierten Überblick über die Genehmigungsverteilung, den Genehmigungsgrad, die Geräteprüfung, die apparative Ausstattung sowie über die Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen im Einzelfall in der KVMV ist im Qualitätsbericht 2014 der Sonographie-Kommission zu finden.

Die Zielstellung der Sonographie-Kommission in ihrer zukünftigen Arbeit liegt in der weiteren Absicherung einer hohen Qualität der Ausführung und Abrechnung von diagnostischen Ultraschalleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie sieht sich als Bindeglied im kollegialen Austausch mit den Ärzten beim Umsetzen der geltenden rechtlichen Regelungen. Dabei steht das Bemühen im Vordergrund, den bürokratischen Aufwand bei der Umsetzung dieser Zielstellung auf ein Mindestmaß zu begrenzen.

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. Oktober 2009, zuletzt geändert (redaktionelle Änderungen): 1. Januar 2015.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	12
Anzahl beschiedener Anträge (neu)	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien (gemäß § 12 Abs. 2)	–
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 11 Abs. 3)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Dokumentationsprüfungen § 9 – Prüfprozess

Anzahl abrechnender Ärzte	8
Anzahl geprüfter Ärzte (gemäß § 9 Abs. 1)	–
Wiederholungsprüfungen (gemäß § 9 Abs. 5)	–
Kolloquien (gemäß § 9 Abs. 5)	–
Anzahl vorgezogene Überprüfungen (gemäß § 9 Abs. 8 – Auffälligkeiten in der „Auflistung“)	–

Dokumentationsprüfungen § 9 – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Dokumentationen	–
----------------------------------	---

ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	12
Anzahl beschiedener Anträge (neu)	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Präparateprüfungen (gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3)	1
▸ davon bestanden	1
Anzahl Praxisbegehungen (gemäß § 11 Abs. 2)	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Überprüfungen der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess

Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2015)	12
Anzahl geprüfter Ärzte (gemäß § 7 Abs. 3)	5
▸ davon bestanden	5
Anzahl Wiederholungsprüfungen (gemäß § 7 Abs. 6)	–
Anzahl Kolloquien (gemäß § 7 Abs. 6)	–
Anzahl Widerrufe (gemäß § 7 Abs. 6)	–

Überprüfungen der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation (§ 7 Abs. 3)	60
▸ davon ohne Beanstandungen	60

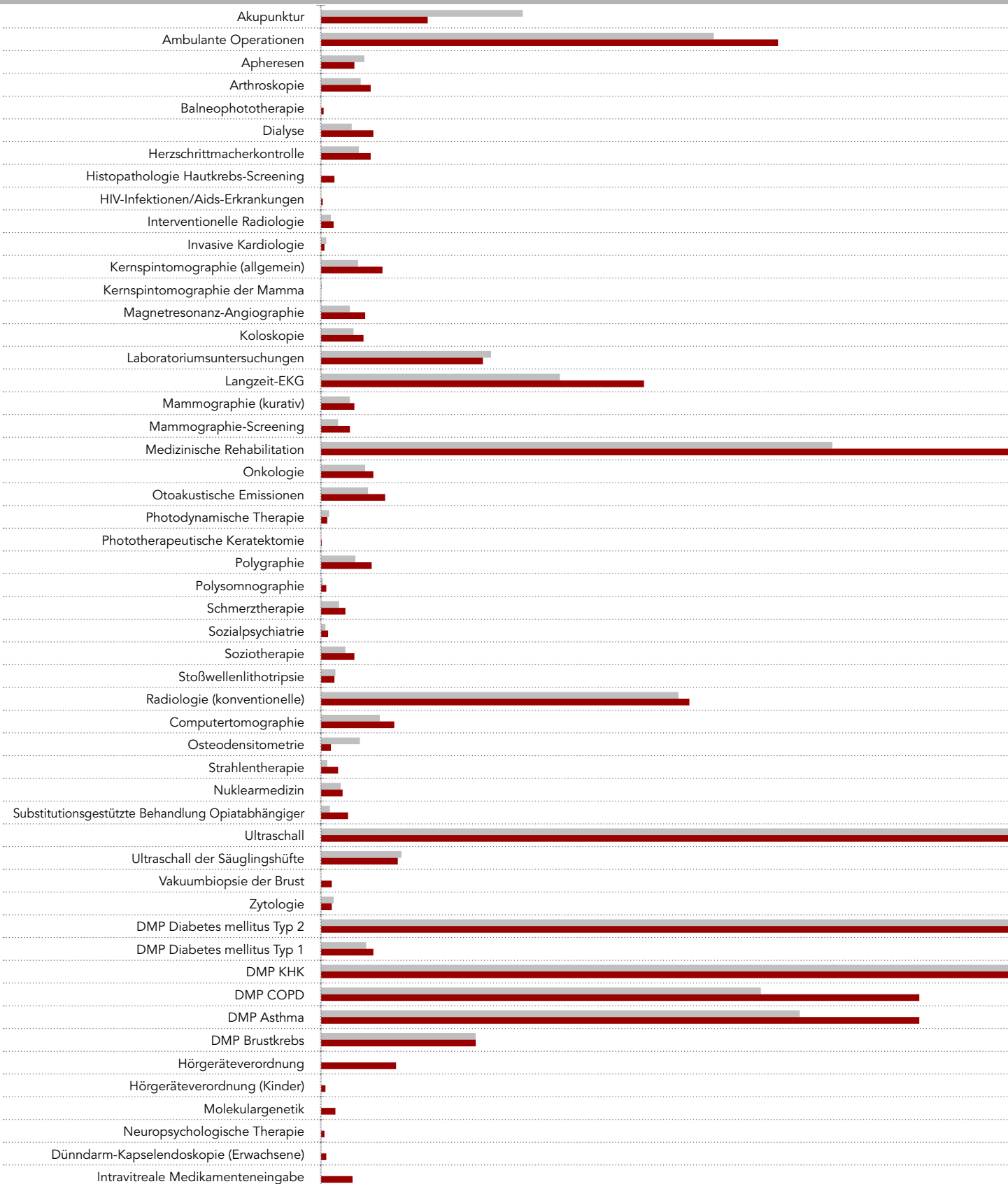
Prüfungen der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess

Anzahl abrechnender Praxen (3. Quartal 2015)	9
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	8
▸ davon ohne Auffälligkeiten	7
▸ davon mit Auffälligkeiten	1
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	–
Anzahl Kolloquien	–

Fortbildungsverpflichtungen § 9

Anzahl Ärzte, die 2015 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (gemäß § 9 Abs. 1) vorgelegt haben	12
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2015 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden:	
▸ Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	34
▸ Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2	33

GENEHMIGUNGSENTWICKLUNG



Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung

	Tendenz	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Akupunktur	←	125	123	119	118	121	118
Ambulante Operationen	←	516	517	516	516	526	505
Apheresen	→	26	26	27	28	34	37
Arthroskopie	→	52	53	54	54	58	55
Balneophototherapie	→	2	2	2	2	2	3
Dialyse	→	53	61	53	54	57	58
Herzschrittmacherkontrolle	→	52	49	49	50	54	55
Histopathologie Hautkrebs-Screening	←	18	16	16	16	16	15
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	→	1	1	2	2	2	2
Interventionelle Radiologie	→	13	13	13	14	14	14
Invasive Kardiologie	→	2	2	2	4	4	4
Kernspintomographie (allgemein)	→	53	50	60	61	64	68
Kernspintomographie der Mamma	→	1	1	2	2	2	2
Magnetresonanztomographie	→	42	41	43	44	44	49
Koloskopie	→	44	42	44	41	44	47
Laboratoriumsuntersuchungen	←	192	192	190	182	183	179
Langzeit-EKG	→	309	315	321	337	350	357
Mammographie (kurativ)	→	30	31	33	37	37	37
Mammographie-Screening	←	34	31	32	38	33	32
Medizinische Rehabilitation	→	755	793	817	844	876	887
Onkologie	→	46	49	52	54	58	58
Otoakustische Emissionen	→	60	59	64	67	70	71
Photodynamische Therapie	←	9	9	8	8	7	7
Phototherapeutische Keratektomie	→	–	1	1	1	1	1
Polygraphie	→	41	48	48	49	53	56
Polysomnographie	→	4	4	4	4	4	6
Schmerztherapie	→	26	26	27	27	26	27
Sozialpsychiatrie	→	5	8	8	9	9	8
Soziotherapie	→	29	28	34	34	39	37
Stoßwellenlithotripsie	←	16	17	16	16	16	15
Radiologie (konventionelle)	→	397	399	393	398	401	407
Computertomographie	→	73	69	78	79	80	81
Osteodensitometrie	←	45	43	38	41	12	11
Strahlentherapie	→	14	9	15	18	17	19
Nuklearmedizin	→	23	22	20	21	23	24
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	→	26	31	38	38	29	30
Ultraschall	→	1178	1192	1181	1205	1212	1238
Ultraschall der Säuglingshüfte	←	90	91	92	90	87	85
Vakuumbiopsie der Brust	→	1	2	5	7	12	12
Zytologie	→	11	11	11	13	13	12
DMP Diabetes mellitus Typ 1	→	1025	1023	1025	1057	1056	1044
DMP Diabetes mellitus Typ 2	→	51	53	53	53	56	58
DMP KHK	→	1000	1038	1002	1006	990	1045
DMP COPD	→	586	583	611	599	604	661
DMP Asthma	→	637	631	663	656	661	661
DMP Brustkrebs	←	178	177	175	174	173	171
Hörgeräteverordnung	→	–	–	82	82	82	83
Hörgeräteverordnung (Kinder)	→	–	–	3	5	5	5
Molekulargenetik	→	–	–	14	14	16	16
Neuropsychologische Therapie	→	–	–	–	2	4	4
Dünndarm-Kapselendoskopie (Erwachsene)	→	–	–	–	–	4	6
Intravitreale Medikamenteneingabe	→	–	–	–	–	35	35

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl	
A	Akupunktur	Anika Gilbrich	249	
	Ambulantes Operieren	Stefanie Moor	384	
	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	Kirsten Martensen	243	
	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 Krethe	385	
	Diabetischer Fuß	Marie Krethe	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 Krethe	385	
	DMP KHK	Monika Schulz	383	
	Dünndarm-Kapselendoskopie	Brit Tesch	382	
	E	Entwicklungsneurologie	Anke Voglau	377
F	Facharztvertrag chronische Wunde	Marie Krethe	385	
	Früherkennungsuntersuchung	Caroline Janik	177	
	Funktionsstörung der Hand	Brit Tesch	382	
G	Gesund schwanger	Caroline Janik	177	
	Gestationsdiabetes	Marie Krethe	385	
H	Hautkrebscreening	Anika Gilbrich	249	
	Hepatitis C	Caroline Janik	177	
	Herzschrittmacher	Caroline Janik	177	
	Histopathologie-Hautkrebscreening	Silke Seemann	387	
	HIV/Aids	Liane Ohde	210	
	Homöopathie	Brit Tesch	382	
	Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	384	
	Molekulargenetische Untersuchung	Silke Seemann	387	
	Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann/Stefanie Moor	387/384	
	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	
	Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen	Caroline Janik	177	
	Krebsregister	Kirsten Martensen	243	
L	Labor	Silke Seemann	387	
	Langzeit-EKG	Caroline Janik	177	

TEL.: 0385.7431- ...

	OS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
M	Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	375
	Mammographie-Screening	Liane Ohde	210
	Medikationskonsil	Caroline Janik	177
	MRSA	Caroline Janik	177
	MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	375
N	Neugeborenenenscreening	Silke Seemann	387
	Nuklearmedizin	Martina Lanwehr	375
O	Onkologie	Kirsten Martensen	243
	Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	375
	Osteoporose	Caroline Janik	177
	Otoakustische Emission	Stefanie Moor	384
P	Palliativversorgung	Anke Voglau	377
	PDT/PTK	Brit Tesch	382
	Pflegeheim Plus/Pflege komplett	Caroline Janik	177
	Physikalisch-medizinische Leistungen	Kirsten Martensen	243
	Polygraphie/Polysomnographie	Kirsten Martensen	243
	Nicht-ärztliche Praxisassistenten	Marie Krethe	385
	Praxisnetze	Caroline Janik	177
	Psychosomatische Grundversorgung	Anika Gilbrich	249
	Psychotherapie/Neuropsychologie	Anke Voglau	377
	Psychotherapie Informationsstelle	Anika Gilbrich	249
Q	Qualitätsmanagement	Stefanie Reinhardt	244
	Qualitätsbericht	Kirsten Martensen	243
	Qualitätszirkel	Anika Gilbrich	249
R	Radiologie	Martina Lanwehr	375
	Rehabilitation	Liane Ohde	210
	Reproduktionsmedizin	Silke Seemann	387
S	Schmerztherapie	Stefanie Moor	384
	Sozialpsychiatrie	Anke Voglau	377
	Soziotherapie	Anke Voglau	377
	Stoßwellenlithotripsie	Monika Schulz	383
	Strahlentherapie	Martina Lanwehr	375
	Substitutionsbehandlung	Liane Ohde	210
	Schwerpunktpraxen Sucht (Strukturvertrag § 73 a)	Liane Ohde	210
T	Tonsillotomie	Stefanie Moor	384
U	Ultraschall	Marion Rothe	376
V	Vakuumbiopsie der Brust	Martina Lanwehr	375
	VERAH®-Care	Marie Krethe	385
W	Willkommen Baby	Caroline Janik	177
Z	Zytologie	Silke Seemann	387

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

