

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

Berichtsjahr 2016 | Ausgabe 2017



Inhaltsverzeichnis

VORWORT – Vorstand	4	Blutreinigungsverfahren/Dialyse.....	28
		Disease-Management-Programm (DMP).....	30
		Herzschrittmacher-Kontrolle	34
		Histopathologie Hautkrebs-Screening	35
		HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	36
		Hörgeräteversorgung	36
		Hörgeräteversorgung – Kinder.....	37
		Interventionelle Radiologie	37
		Intravitreale Medikamenteneingabe	38
		Invasive Kardiologie	38
		Kapselendoskopie – Dünndarm	39
		Koloskopie.....	40
		Laboratoriumsuntersuchungen.....	41
		Langzeit-EKG.....	42
		Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie	43
		Magnetresonanztomographie-Angiographie.....	43
		Mammographie (kurativ)	44
		Mammographie-Screening.....	45
		Molekulargenetik.....	45
		Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA) ...	46
		Neuropsychologische Therapie.....	46
		Onkologie.....	47
		Otoakustische Emissionen.....	48
		PET und PET/CT	49
		Photodynamische Therapie am Augenhintergrund ...	49
		Phototherapeutische Keratektomie.....	49
		Schlafbezogene Atmungsstörungen	50
		Schmerztherapie.....	50
		Sozialpsychiatrie	51
		Soziotherapie.....	51
		Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	51
		Strahlendiagnostik/-therapie	52
		Konventionelle Röntgendiagnostik	52
		Computertomographie	53
		Osteodensitometrie	53
		Strahlentherapie	53
AMBULANTE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG – AKTUELL			
Zahlen und Fakten auf einen Blick.....	6		
Altersverteilung der Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten.....	8		
Letter of Intent: Mehr Barrierefreiheit von Praxen.....	9		
Ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechzeiten – der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV	10		
Nachwuchsförderung verbessert.....	12		
QUALITÄTSSICHERUNG – AKTUELL			
Qualitätszirkel.....	14		
Qualitätsmanagement.....	18		
QUALITÄTSSICHERUNG – ALLGEMEIN			
Genehmigungsverfahren	20		
Kommissionen	22		
QUALITÄTSSICHERUNG – GENEHMIGUNG IN AUSGEWÄHLTEN LEISTUNGSBEREICHEN			
Akupunktur	24		
Ambulante Operationen	24		
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren.....	25		
Arthroskopie	26		
Balneophototherapie	27		

Nuklearmedizin	53
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger ...	54
Ultraschalldiagnostik.....	57
Vakuumbiopsie der Brust.....	61
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri.....	62
 Ansprechpartner Qualitätssicherung	63
Glossar.....	66
 Impressum	3

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, Fax: 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

VORWORT



Foto: KVMV/Schilder

v.l.: Dipl.-Med. Jutta Eckert, stellv. Vorsitzende, stellv. Vorsitzende, Axel Rambow, Vorsitzender der KVMV, und Dipl.-Med. Angelika von Schütz.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV). Täglich versorgen in M-V rund 3.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten Patienten auf medizinisch hohem Niveau. Für die Erbringung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen gelten die hohen Anforderungen der bundesweiten und

regionalen Qualitätsstandards. Diese Qualität zu prüfen, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu sichern, ist eine der wesentlichen Aufgaben der KVMV.

Etwa die Hälfte der abrechenbaren ambulanten Leistungen unterliegt mittlerweile spezifischen Qualitätsanforderungen. Das heißt: Um diese Leistungen erbringen

zu dürfen, müssen Ärzte und Psychotherapeuten fest definierte fachliche, apparative, räumliche, personelle und organisatorische Mindestanforderungen erfüllen. Durch dieses Verfahren wird ein beständig hohes Maß an Qualität für jeden Patienten garantiert. Dieses Vorgehen ist seit über 30 Jahren fest verankert im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Das heißt auch, dass die KVen, denen die Umsetzung der Qualitätssicherung obliegt, ein enormes Erfahrungswissen und herausragende Kompetenz in diesem Bereich besitzen. Diese Erfahrung und das System der Qualitätssicherung der KVen ist durch ständige Prüfung, Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der ambulanten Patientenversorgung geprägt. An dieser Stelle ein herzlicher Dank an die zahlreichen ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder in den Kommissionen und Ausschüssen der KVMV für das Engagement und die Mitarbeit über die Jahre hinweg, ohne die diese Entwicklung der Qualitätssicherung nicht möglich ist und war.

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

somit erhalten Sie mit diesem Qualitätsbericht nun zum 13. Mal eine umfassende Übersicht über ein Jahr Qualitätssicherungsarbeit, die nicht nur den hohen Stand der Patientenversorgung im ambulanten Bereich in M-V und die tagtäglichen Leistungen der niedergelassenen Ärzteschaft zur Sicherung, Verbesserung und dem Ausbau der Qualität der Patientenversorgung darstellt, sondern auch die Kompetenz der KVMV und deren Beitrag zu einem hocheffektiven und qualitativ hochwertigen System widerspiegelt.

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

Ihr Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Im Jahr 2016 gab es
65 genehmigungspflichtige
Leistungen. 22 Kommissionen
mit 89 Ärzten,
Psychotherapeuten,
Fachwissenschaftlern und
Sachverständigen führten
Qualitätssicherungsprüfungen in
43 Kommissionssitzungen durch.
In 11 Kolloquien und
8 Praxisbegehungen wurden die
fachlichen, räumlichen,
organisatorischen,
hygienischen und apparativen
Gegebenheiten der Ärzte
persönlich geprüft.
Dass sich die Qualitätssicherung
stetig weiterentwickelt,
zeigt sich auch daran,
dass es 2016 bei Qualitäts-
sicherungsvereinbarungen bzw.
-Richtlinien 15 Überarbeitungen
bzw. Neuregelungen gab.

Ambulante vertragsärztliche Versorgung – Aktuell

Zahlen und Fakten auf einen Blick

Die Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung stellt in M-V eine besondere Herausforderung dar. Der demografische Wandel führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich. Gleichzeitig erhöht sich auch der Altersdurchschnitt der Ärzte im Land und

immer mehr Praxen müssen wegen eines fehlenden Nachfolgers schließen. Das hat zur Folge, dass die umliegenden Arztpraxen häufig viele zusätzliche Patienten aufnehmen und die Patienten deshalb länger auf einen Termin warten bzw. längere Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen.

	Anzahl Zulassungen	Durchschnittsalter (gesamt)	Anzahl Ärzte 60 Jahre und älter (gesamt)	Anzahl angestellter Ärzte	Durchschnittsalter angestellter Ärzte	Anzahl angestellter Ärzte 60 Jahre und älter	Gesamt Anzahl Ärzte
Hausärzte (ohne Pädiater)							
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	759	54,99	231	128	50,38	39	887
Internisten	222	53,01	41	62	53,44	21	284
Gesamt (Personen)	981	53,88	272	190	52,18	60	1171
Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)	979,5			145,85			
Fachärzte							
Anästhesisten	35	53,89	3	11	52,73	2	46
Augenärzte	103	53,36	20	20	43,50	2	123
Chirurgen	93	55,41	29	19	55,05	7	112
Dermatologen	61	54,18	16	2	48,50	0	63
Gynäkologen	167	53,78	42	37	52,97	12	204
HNO-Ärzte	79	54,33	22	14	50,00	3	93

Internisten	127	53,91	23	73	51,42	12	200
Laborärzte	3	54,67	0	26	55,58	9	29
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	13	49,54	1	2	41,50	0	15
Nervenärzte	93	55,09	24	30	52,27	7	123
Neurochirurgen	11	55,73	1	3	67,00	3	14
Nuklearmediziner	11	54,09	2	9	51,67	2	20
Orthopäden	93	53,15	15	17	47,59	3	110
Pädiater	96	53,91	29	28	51,32	8	124
Pathologen	15	53,07	4	3	45,33	0	18
Physikalisch.-Rehab. Medizin	15	56,67	3	0	0	0	15
Psychologische Psychotherapeuten	303	49,74	50	14	43,57	1	317
Psychotherapeuten	61	54,70	15	4	47,50	0	65
Radiologen	34	54,56	8	27	52,67	7	61
Strahlentherapeuten	0	0	0	13	49,54	2	13
Sonstige Gebiete	1	61,00	1	6	53,00	1	7
Urologen	51	55,59	19	9	50,67	2	60
Gesamt (Personen)	1465	54,21	327	367	48,25	83	1832
Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)	1374,5			265,00			
Gesamt Hausärzte/Fachärzte (Zulassung+Anstellung)							3003
Gesamt Hausärzte/Fachärzte (Zulassung+Anstellung) nach Bedarfsplanung							2764,85

Stand: Dezember 2017

Die Gesamtzahl von 3.003 Personen setzt sich aus den haus- und fachärztlich tätigen Ärzten und Psychotherapeuten zusammen. Aufgrund von ganzen, halben und anteiligen Zulassungen bzw. Anstellungen variiert die Anzahl der Versorgungsaufträge nach Bedarfsplan zur Gesamtzahl der Personen.

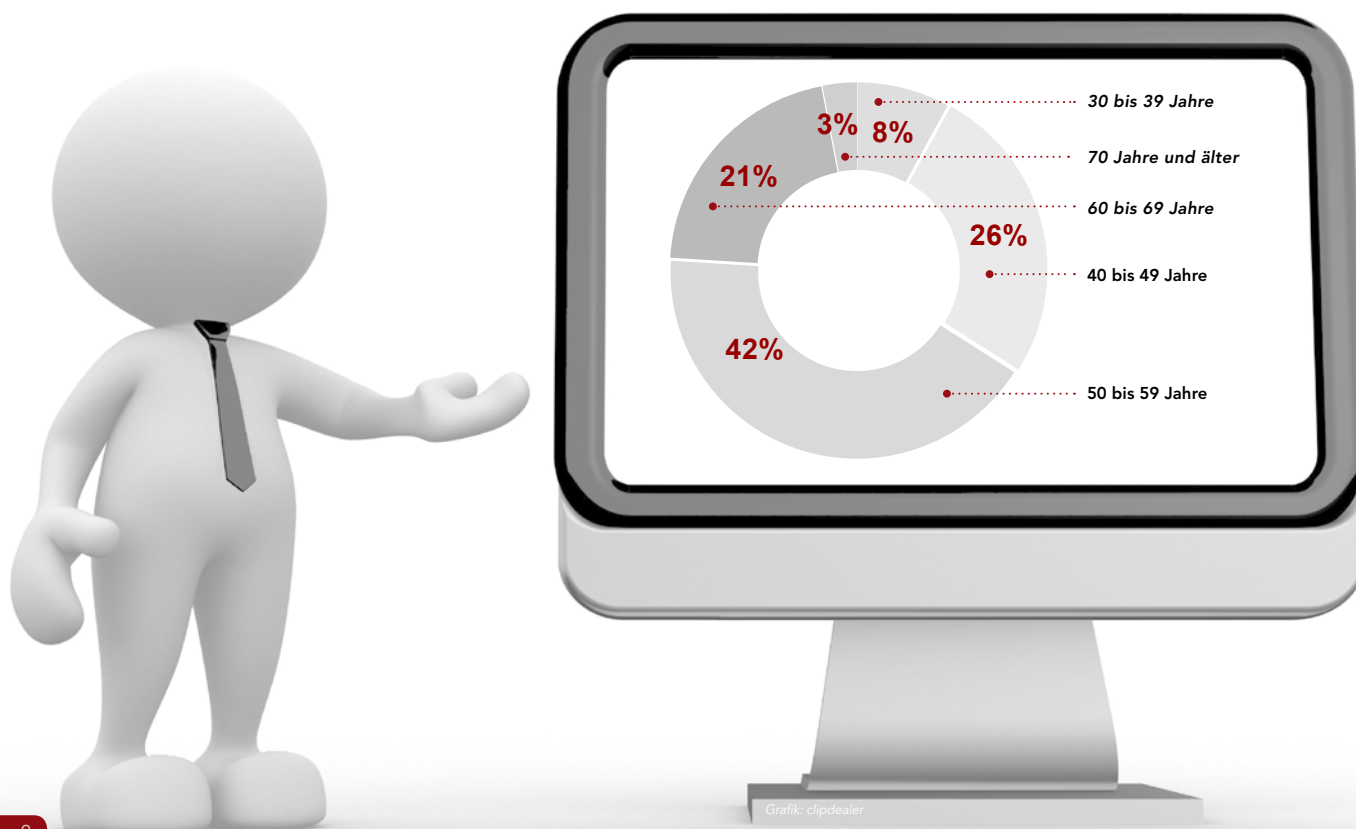
Ambulante vertragsärztliche Versorgung – Aktuell

Altersverteilung der Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten

Im Dezember 2017 haben 3.003 Vertragsärzte und -psychotherapeuten (Personen) an der ambulanten Versorgung in M-V teilgenommen. Der drohende Ärztemangel ist vor allem in der Fachgruppe der Hausärzte schon jetzt deutlich spürbar. Hinzu kommt, dass bereits 24 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten 60 Jahre und älter sind.

Das Durchschnittsalter der Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte) liegt bei 55 Jahren (2013: 52,1 Jahre) bzw. bei hausärztlich tätigen Internisten bei 53 Jahren (2013: 51,6 Jahre). Diese Altersverteilung spiegelt sich ebenso bei den

ambulant tätigen Fachärzten des Landes wider. Sie sind durchschnittlich 54,2 Jahre (2013: 52,3 Jahre) alt. Eine Niederlassung bzw. eine Anstellung in M-V attraktiver zu gestalten und somit dem drohenden Ärztemangel entgegenzuwirken, stellt die KVMV seit Jahren vor eine große Aufgabe. Um auch zukünftig die ambulante Versorgung sicherzustellen, hat die KVMV zahlreiche Maßnahmenpakete entwickelt. Besonders die Förderung des ärztlichen Nachwuchses steht dabei im Fokus. Aber auch die bereits tätigen Ärzte können verschiedenste Zuschüsse in Anspruch nehmen, z.B. für die Gründung von Nebenbetriebsstätten sowie Investitions- und Gehaltszuschüsse für die Anstellung von Ärzten.



Letter of Intent: Mehr Barrierefreiheit von Praxen



Foto: KVMV/Höftmann

Ulrike Schob von der SELBSTHILFE MV und Dipl.-Med. Angelika von Schütz, stellvertretende KVMV-Vorstandsvorsitzende, unterzeichnen den Letter of Intent.

Der Dachverband der Landesverbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen SELBSTHILFE MV und die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) wollen mittelfristig den gleichberechtigten Zugang aller Menschen zu den Angeboten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Land erreichen. Ein Letter of Intent wurde unterzeichnet.

Barrierefreie Praxiszugänge und speziell aufbereitete Informationen sollen jeden Patienten befähigen, seine Gesundheit eigenverantwortlich und in einem partnerschaftlichen Dialog mit Ärzten und Praxispersonal zu stärken und zu bewahren sowie dafür informiert und bewusst Entscheidungen zu treffen. SELBSTHILFE MV und KVMV wollen erreichen, dass auch für Investitionen der Vertrags-

ärzte und Psychotherapeuten zur Verbesserung der Barrierefreiheit der Praxen Fördermittel akquiriert werden.

„Mit diesem Letter of Intent sind wir auf einem guten Weg. Durch ihn bekommen unsere Ärzte konkrete Hinweise an die Hand, wie sie die Versorgung der Patienten mit Behinderungen verbessern können.“

(Dipl.-Med. Angelika von Schütz, stellvertretende KVMV-Vorstandsvorsitzende)

Die KVMV veröffentlicht Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Barrierefreiheit in Arztpraxen und wird dabei von der SELBSTHILFE MV beraten.

Die KVMV beabsichtigt, dieses Thema in die Seminare für Praxisgründer aufzunehmen und mittelfristig ihre Internetseiten barrierefrei zu gestalten, z.B. nutzbar auch für Sehbehinderte. Bei der Neugestaltung der Online-Angebote leistet die SELBSTHILFE MV aktiv Unterstützung: Der Verband wird Kriterien der Barrierefreiheit zur Verfügung stellen, die von Verbänden behinderter Menschen als relevant eingestuft sind.

Ambulante vertragsärztliche Versorgung – Aktuell

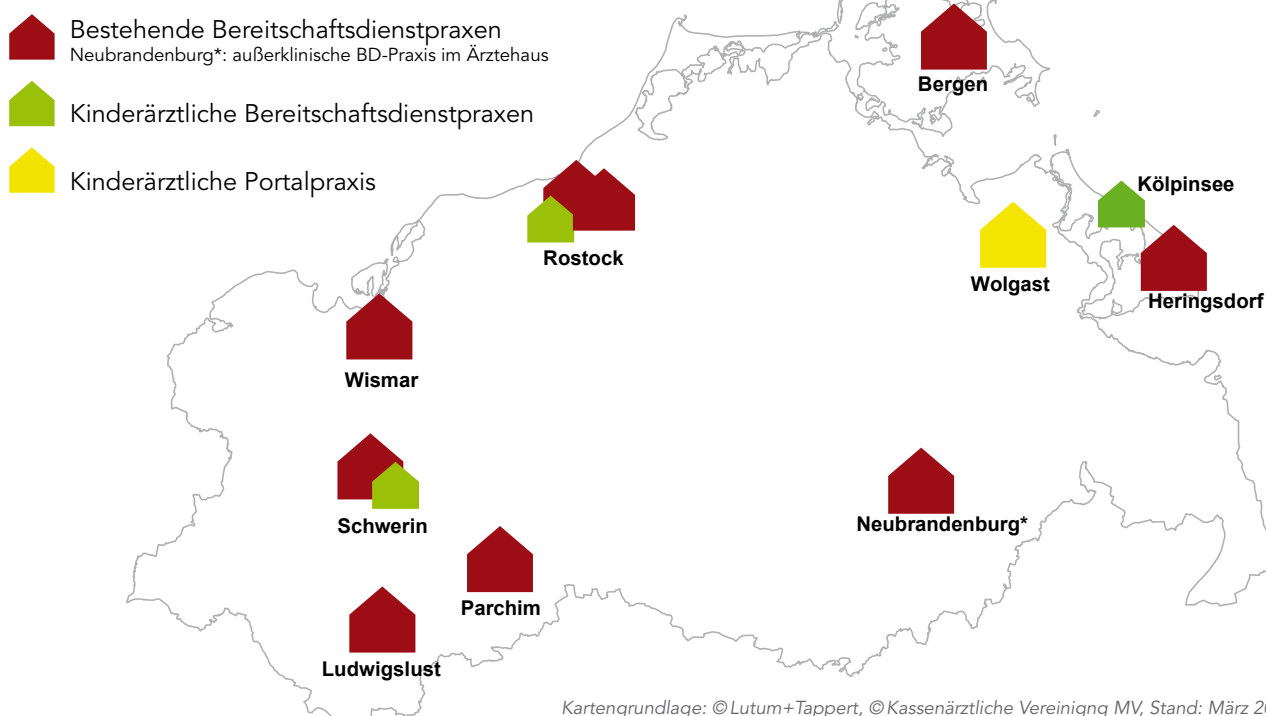
Ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechzeiten – der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV

Um unerwartet hohes Fieber oder eine akute Magen-darminfektion auch in den sprechstundenfreien Zeiten ausreichend medizinisch versorgen zu können, wird von den Ärzten in M-V der ärztliche Bereitschaftsdienst außerhalb der regulären Sprechzeiten sichergestellt und somit eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Patienten gewährleistet. Die Bereitschaftsdienstärzte werden von mehr als 100 freiwillig am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten unterstützt. Freiwillige

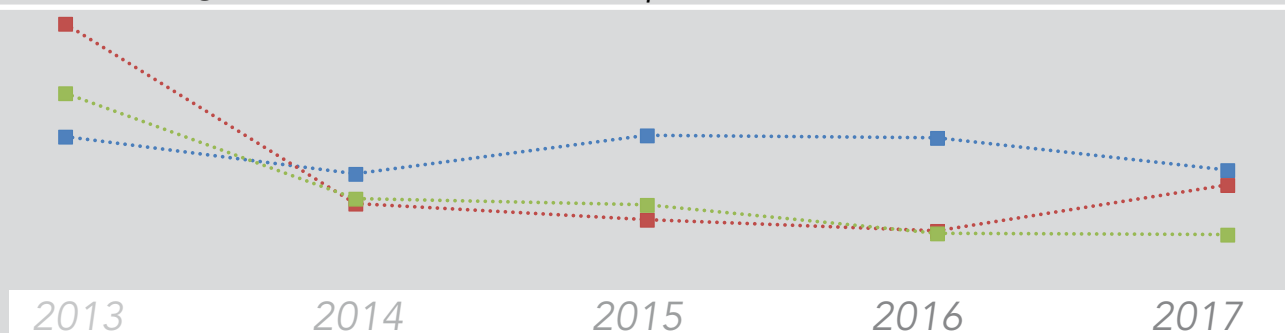
Bereitschaftsdienstärzte sind z.B. Krankenhausärzte, Ärzte im Ruhestand oder in anderen KV-Bereichen tätige Ärzte.

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) sollte immer dann in Anspruch genommen werden, wenn es sich um eine nicht lebensbedrohliche Erkrankung handelt, die aus medizinischer Sicht jedoch nicht bis zur nächsten Sprechstunde des ambulant tätigen Arztes warten kann.

Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen in M-V



Entwicklung der umliegenden Hausbesuchsdienste durch die Etablierung der Bereitschaftsdienstpraxen



Stand: April 2017

Seit April 2012 ist der ÄBD über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 zu erreichen. Die Patienten werden direkt mit dem diensthabenden Bereitschaftsarzt oder vorübergehend mit einem Mitarbeiter in einer Telefonzentrale verbunden. Die richtige Zuordnung des Patienten wird durch eine Postleitzahlabfrage oder Vorwahrerkennung gesichert, um den verantwortlichen Bereitschaftsarzt zu erreichen.

Ein allgemeinärztlicher Hausbesuchsdienst wird in den 62 Bereitschaftsdienstbereichen vorgehalten. In M-V konnten sich insgesamt 13 ÄBD-Praxen in Bergen auf Rügen, Heringsdorf, Kölpinsee, Ludwigslust, Neubrandenburg, Parchim, Rostock, Schwerin und Wismar zusätzlich zum Hausbesuch etablieren. Darüber hinaus wurde im Juni 2017 die pädiatrische Portalpraxis in Wolgast eingerichtet. In der Regel befinden sich die Praxen des ÄBD in unmittelbarer Nähe der Notfallambulanzen einer Klinik oder eines Krankenhauses, die deren Notaufnahme von ambulant behandlungsbedürftigen Patienten, die keiner stationären Aufnahme bedürfen, entlasten. Die Anzahl der Patienten in den Bereitschaftsdienstpraxen nimmt stetig zu, wodurch eine spürbare Entlastung im Hausbesuchsdienst in den umliegenden Bereichen zu verzeichnen ist.

Alle ambulant tätigen Haus- und Fachärzte in M-V sind grundsätzlich zur Teilnahme am ÄBD verpflichtet. Die Bereitschaftsärzte erwarten unterschiedlichste Beschwerden bzw. Erkrankungen des Patienten. Aus diesem Grund können die in M-V tätigen Ärzte die von der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) angebotene und zweimal jährlich stattfindende Fortbildung zum Thema ÄBD in Anspruch nehmen. Mit erfahrenen Referenten aus der Praxis bietet das Seminar beste Möglichkeiten zur Vertiefung der Kenntnisse für die Teilnahme am ÄBD. Neben allgemeinen Informationen erhalten die Teilnehmer vor allem Einblick in die Anforderungen im ÄBD aus Sicht verschiedener Fachgebiete. So werden u.a. typische allgemeinmedizinische, kinderärztliche oder auch gynäkologische Behandlungsfälle vorgestellt. Ebenso werden neurologische und HNO-ärztliche Erkrankungen beleuchtet. Aber auch auf allgemeine Fragen zum Inhalt eines Notdienstkoffers, zur Handhabung der im ÄBD notwendigen Formulare sowie zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau erhalten die Teilnehmer Informationen. Die Termine zu den Fortbildungen werden auf den Internetseiten und im Journal der KVMV veröffentlicht.

Ambulante vertragsärztliche Versorgung – Aktuell

Nachwuchsförderung verbessert

Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) hat ihr bestehendes Angebot an Fördermaßnahmen für die Aus- und Weiterbildung sowie für Niederlassungen erweitert. Ziel ist es, die Attraktivität der Weiterbildung und der Niederlassung vor allem im ländlichen Raum zu erhöhen. Damit soll dem Ärztemangel und der drohenden medizinischen Unterversorgung begegnet werden.

Im Dezember 2017 praktizierten in M-V 1.171 Hausärzte, die Bedarfsplanung wies 126 offene Stellen aus. In den kommenden fünf Jahren werden voraussichtlich 250 Hausärzte Nachfolger für ihre Praxen benötigen. Handlungsbedarf gibt es ebenso in der fachärztlichen Grundversorgung, vorrangig bei Pädiatern, Hautärzten, Neurologen und Psychiatern.

Ausblick – Was ist ab 2018 neu?

■ Weiterbildungspauschale

Vertragsärzte, die eine Weiterbildungsbefugnis oder deren Verlängerung erhalten, um sich an der ambulanten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder in einem der förderfähigen Fachgebiete der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu beteiligen, werden für den damit einhergehenden Aufwand mit einer Pauschale von 1.000 Euro gefördert.

■ Mentoringprogramm für neu zugelassene Ärzte

Die ersten Monate in der eigenen Praxis sind für jeden Arzt eine große Herausforderung. Es stellen sich viele Fragen und man wünscht sich mitunter einen erfahrenen Kollegen, den man zu Rate ziehen kann. Diesem Wunsch trägt nun ein Mentoringprogramm für neu zugelassene



Foto: KVMV/Schilder

Ärzte Rechnung. Ihnen kann bei Bedarf ein erfahrener Kollege zur Seite gestellt werden, der beratend zur Verfügung steht. Für den Aufwand erhält der Mentor eine Pauschale von 1.000 Euro je Mentee. Voraussetzung ist die Anerkennung als Mentor durch die KVMV.

■ Hospitationsprogramm für Ärzte mit Interesse an einer Niederlassung

Fachärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die sich niederlassen und einen Eindruck vom Praxisalltag verschaffen wollen, können fünf Tage lang in einer Praxis des eigenen Fachgebiets hospitieren. Der Arzt, der seine Praxis zu diesem Zweck zur Verfügung stellt und eine entsprechende Anerkennung der KVMV besitzt, erhält hierfür eine Aufwandsentschädigung pro Hospitationstag.

■ Förderung der palliativmedizinischen Qualifikation

Niedergelassene Fachärzte der unmittelbaren Patientenversorgung erhalten auf Antrag für den Aufwand der Absolvierung der 40-stündigen Kursweiterbildung Palliativmedizin nach dem Kursbuch Palliativmedizin

der Bundesärztekammer (z.B. Kursgebühren, Übernachtungskosten etc.) eine Kostenpauschale von 1.000 Euro. Voraussetzung für die Gewährung der Pauschale ist die Vorlage der von der zuständigen Ärztekammer ausgestellten Teilnahmebescheinigung über die Absolvierung an der 40-Stunden-Kursweiterbildung Palliativmedizin. Die Beantragung der Pauschale ist innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren nach Ausstellung der entsprechenden Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer möglich.

Bewährte Fördermaßnahmen bleiben erhalten

Die zum großen Teil seit vielen Jahren bewährten Maßnahmen bleiben erhalten. Sie reichen von der Förderung der Famulatur und des Praktischen Jahres (PJ) über die Weiterbildungsförderung in der Allgemeinmedizin und allgemeinen fachärztlichen Versorgung bis hin zur Gewährung von Zuschüssen für die Praxisneugründung, die Anstellung von Ärzten, die Eröffnung einer Zweigpraxis etc.

■ Förderung der Kinder- und Jugendmedizin

Auf die flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Land muss sich ein besonderes Augenmerk richten. Deshalb haben die KVMV und die AOK Nordost im Jahr 2016 einen Vertrag zur Förderung der ambulanten Weiterbildung speziell für dieses Fachgebiet abgeschlossen. Die Vereinbarung sieht vor, dass niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die einen Arzt in Weiterbildung ihres Fachgebietes anstellen, einen Zuschuss zu den Gehaltskosten von monatlich 4.800 Euro erhalten können. Im Jahr 2017 haben beide Vertragspartner weitere Bausteine hinzugefügt. Auch der Erwerb von Schwerpunktbezeichnungen (z.B. Kardiologie, Rheumatologie, Endokrinologie/Diabetologie) und Zusatz-Weiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin (z.B. Allergologie,



Foto: www.clipdealer.com/SeanPrior

Palliativmedizin) sind nun förderfähig. Außerdem wurde die Dauer der möglichen finanziellen Förderung der ambulanten Weiterbildung zum Erwerb der Facharztanerkennung „Kinder- und Jugendmedizin“ von bisher zwölf auf 24 Monate erhöht.

■ Investitionskostenzuschüsse

Wollen sich Hausärzte in von medizinischer Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen, können sie bereits seit 2008 einen Investitionskostenzuschuss für eine Praxiseröffnung in M-V erhalten. Der pro Praxisgründung oder -übernahme in medizinisch unterversorgten Gebieten zur Verfügung stehende mögliche Höchstbetrag beläuft sich auf 75.000 Euro. In Gebieten mit drohender Unterversorgung ist eine Förderung zwischen 25.000 und 50.000 Euro möglich. Damit soll der Anreiz einer Niederlassung in diesen Gebieten verstärkt werden. Darüber hinaus wird die Gründung von Außenstellen/Zweigpraxen mit bis zu 20.000 Euro und die Anstellung eines Arztes ebenfalls mit bis zu 20.000 Euro gefördert. Auch Umzugskosten oder Kinderbetreuungskosten können im Interesse der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung übernommen werden.

Zudem wird sukzessive die Förderung der Sicherstellung der fachärztlichen Grundversorgung ausgebaut. Hier ist die Ausschreibung von besonderen lokalen und/oder medizinisch-fachlichen Versorgungsbedürfnissen mit einer Förderung verbunden. Bereitgestellt werden diese Gelder aus dem Strukturfonds.

Qualitätssicherung – Aktuell

Qualitätszirkel

Kollegiales Lernen in einem geschützten Raum, frei von den Interessen Dritter: Mehr als 60.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten bundesweit nutzen jedes Jahr Qualitätszirkel (QZ), um sich im Austausch mit Kollegen fortzubilden und die beruflichen Kompetenzen weiterzuentwickeln. Etwa 8.800 registrierte Zirkel gibt es bundesweit. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Themen der Zirkelarbeit werden in der Regel durch die Teilnehmer selbst ausgewählt. Qualitätszirkel sind aus dem Portfolio der Qualitätsförderungsinstrumente nicht mehr wegzudenken.

Die KVMV unterstützt ihre Mitglieder hierbei organisatorisch und finanziell. Jährlich organisiert sie eine Moderatorenschulung mit professionellen Trainern auf der Grundlage entsprechender Vorstandsbeschlüsse. Dabei wurden 2016 zwölf Moderatoren neu ausgebildet. 2016 haben im KVMV-Bereich 310 anerkannte und geförderte Qualitätszirkel mit 2.100 Teilnehmern gearbeitet.

Darüber hinaus engagiert sich die KVMV im Projekt „Interprofessionelle Qualitätszirkel in den Frühen Hilfen“, das vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unterstützt wird. Hier wurden 2016 vier ärztliche bzw. psychotherapeutische Trainer ausgebildet, die jeweils mit einem Tandempartner aus der Jugendhilfe Moderatorentandems aus- und fortbilden wollen. Die ersten Interprofessionellen Qualitätszirkel haben ihre Arbeit aufgenommen.

Interview

Katrin Warncke ist niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Rostock. Seit April 2016 führt sie gemeinsam mit Katrin Oldörp als Moderatoren-Tandem einen Qualitätszirkel in Ros-

tock. Oldörp ist Netzwerk-Koordinatorin „Frühe Hilfen“ im Amt für Jugend, Soziales und Asyl in der Hansestadt.

Was hat Sie bewegt, sich für das Projekt der interprofessionellen Qualitätszirkel als Moderatorin ausbilden zu lassen?

■ **Katrin Warncke:** Der Kinderschutz und die Vorbeugung von Kindeswohlgefährdung sind Probleme, mit denen ich alltäglich in der Praxis zu tun habe. Ich bin von

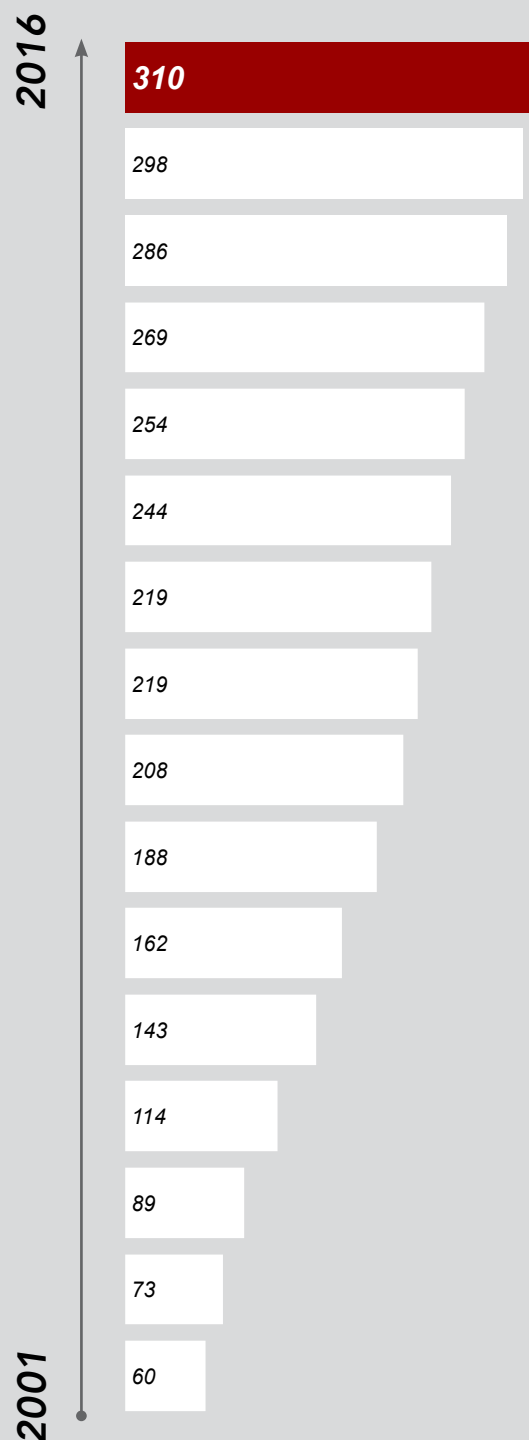


Katrin Oldörp, Netzwerk-Koordinatorin „Frühe Hilfen“, und Katrin Warncke, niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Rostock (v.l.), im Gespräch.

Entwicklung der Qualitätszirkel

der Kassenärztlichen Vereinigung M-V angesprochen worden, sie stellte die Idee der Moderatoren-Tandem-Ausbildung vor. Im Laufe der gemeinsamen Ausbildung mit Katrin Oldörp in Berlin hat sich unser Blick verändert. Einschätzungen, Herangehens- und Denkweisen haben damit einen anderen Schwerpunkt bekommen. Eine gute Sache, sich dem Thema zu nähern.

■ **Katrin Oldörp:** Eine der wichtigsten Schnittstellen bei den „Frühen Hilfen“ ist die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitswesen. Gerade die Kinder- und Jugendärzte sind frühzeitig und intensiv an den Familien, an den Kindern dran. So können wir Eltern besser auffangen, bevor Belastungssituationen auftreten.



Qualitätssicherung – Aktuell

Welche Aufgaben und Ziele haben Sie sich im Qualitätszirkel „Frühe Hilfen“ gesetzt?

■ **Warncke:** Erstens, dass sich die Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen kennenlernen, ihre Aufgaben und Arbeitsweisen verstehen. Dabei können Vorurteile, die wirklich existieren, abgebaut werden. Zweitens kann man im Qualitätszirkel seine regionalen Ansprechpartner kennenlernen. Wichtig ist ein kurzer Draht, über den man Probleme ansprechen und lösen kann. Und drittens lernt man aus konkreten Fallbetrachtungen, aus dem Wissen und den Erfahrungen der anderen fachlich dazu. Gerade Ärzte, die sich neu niedergelassen haben, sind dankbar, dass sie jetzt Kanäle haben, wo sie sich selbst erkundigen und dann ihren Patienten Hilfen anbieten können.

■ **Oldörp:** Wenn frühzeitiger Familien und ihre Kinder erreicht und im Bedarfsfall unterstützt werden sollen, geht das nur, wenn man systemübergreifend zusammenarbeitet: die Jugendhilfe mit ihrer ganzen präventiven Angebotspalette wie Kindergärten, Horten, Jugendfreizeiten, politischer Bildung, die Frühförderung, Schwangerschaftsberatungsstellen, das Gesundheitswesen und die Jugendhilfe.

Für Familien mit Kindern ist es unerheblich, aus welchem Leistungsbereich sie Unterstützung oder Angebote erhalten. Ein Kinderarzt kann besser ein Eltern- und Familienbildungsangebot vor Ort vermitteln, wenn er es kennt.

Es geht um Synergien, das ist in Rostock mit den Qualitätszirkeln gelungen. Dabei wird jeder handlungssicherer. Und das ist das große Ziel, die verschiedenen Professionen zueinander zu bringen, um frühzeitiger an die Familien ranzukommen.

Wie oft findet dieser Qualitätszirkel statt und welche Themen werden behandelt?

■ **Warncke:** Die Treffen finden vierteljährlich statt. Wir haben ein Stammteam von 16 Mitarbeitern des Jugendamtes und von Ärzten, die sich regelmäßig zusammenfinden. Dieser Charakter einer geschlossenen Gruppe bedeu-

*Katrin Oldörp:
Gerade Ärzte, die sich neu
niedergelassen haben, sind dankbar,
dass sie jetzt Kanäle haben,
wo sie sich selbst erkundigen und
dann ihren Patienten Hilfen
anbieten können.*

*Katrin Warncke:
Kinder- und Jugendärzte sind
frühzeitig und intensiv an den
Familien, an den Kindern dran.
Eine Riesenchance auch für unsere
Eltern- und Familienbildung.*

tet, dass man sich gegenseitig gut kennenlernen kann, sich wertschätzt und vertrauensvoll miteinander redet.

Mit den bei der Moderatorenausbildung erlernten Methoden diskutieren wir Fälle aus dem Bereich des Kinderschutzes und der „Frühen Hilfen“. Dabei ergeben sich häufig Fragestellungen, die wir dann beim nächsten Mal z.B. in Form eines Vortrages nacharbeiten. Eine Weiterbildung drehte sich um das motivierende Elterngespräch, das zwar eine alltägliche Situation in der Praxis ist, aber mitunter äußerst schwierig verlaufen kann. Ein anderes Thema war eine Fallvorstellung aus der Rechtsmedizin. Als Ergebnis dieses Falles regten wir bei Kinderschutzfällen eine regelmäßige Rückmeldung des untersuchenden Rechtsmediziners an den überweisenden Arzt an. Erörtert wurde auch, wie zurückhaltend Kinder, die eventuell miss-handelt wurden, befragt werden müssen, wenn die Aussagen vor Gericht verwertbar sein sollen.

■ **Oldörp:** Wenn es um einen aktuellen Fall geht, laden wir uns externe Experten ein, z.B. zum Thema Kin-

derschutzverfahren im Jugendamt oder was bedeutet der Paragraf 8a im SGB VIII: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung.

■ **Warncke:** Man hat die Chance, den anderen Professionen eigene Arbeitsweisen oder Rahmenbedingungen zu erläutern. Dabei kommen durchaus auch gegenseitige Vorurteile zur Sprache.

■ **Oldörp:** „Fröhliches Vorurteil“ heißt die Methode, die wir bei der Moderatorenschulung gelernt haben und in unseren Qualitätszirkeln anwenden. Jeder kann sagen, was er denkt, was die anderen für Vorurteile über ihn hätten. Wir haben alle irgendwelche Bilder im Kopf, um uns zu orientieren. Mitunter muss man solche „Pläsierchen“ pflegen, damit es einem besser geht. Als Moderatoren geben wir der Diskussion Raum und Struktur. Vorurteile werden nicht mit einem Treffen ausgeräumt, sondern das ist ein Prozess des gegenseitigen Verstehens. Die Rahmenbedingungen sind dabei verhandelbar. Und so haben wir uns Kommunikationsregeln erarbeitet, was die Kultur des gegenseitigen Umgangs betrifft. Das ist bislang sehr schön aufgegangen.

Wo gibt es Probleme? Wen würden Sie noch gerne für den Qualitätszirkel „Frühe Hilfen“ motivieren mitzumachen?

■ **Warncke:** Für die Teilnahme am Qualitätszirkel gibt es Fortbildungspunkte von der Ärztekammer. Trotzdem sind Ärzte schwieriger zu motivieren als Jugendamtsmitarbeiter. Das liegt daran, dass die Teilnahme zeitaufwändig ist und einige Freizeit kostet. Wir haben es leider nicht geschafft, in der Rostocker Region Nordost einen Kinderarzt für unseren Qualitätszirkel zu finden. Ich hoffe, dass die Kollegen im Verlauf merken, dass ein interprofessioneller Qualitätszirkel zwar Zeit raubt, aber unterm Strich doch Alltagsabläufe erleichtert und beschleunigt.

■ **Oldörp:** Multiprofessionell ist das Stichwort. Weitere Netzwerke wären sinnvoll mit zusätzlichen Protagonisten wie Therapeuten aus den Frühförderstellen, Hebammen, Gynäkologen und aus dem Jugendhilfebereich: Kita, Hort, Stadtteil- und Begegnungszentren, Eltern- und Familienbildung. Ich könnte mir gut Kooperationen mit freien Trägern vor Ort vorstellen. Ein Beispiel sind die Elternbriefe, die bei uns fast schon zu hundert Prozent in den Kinderarztpraxen etabliert sind.

■ **Warncke:** Es gibt beim Jugendamt regelmäßig Besprechungen zu Kinderschutzfällen. Vor nicht allzulanger Zeit ist ein gerade niedergelassener Kinderarzt zu diesem Gesprächskreis dazugestoßen. Im Ergebnis gab es gleich einige konkrete Absprachen, toll.

■ **Oldörp:** Offenbar läuft es jetzt so, dass neben unseren Treffen auf kurzem Wege anonymisierte Beratungen stattfinden. Besser kann es nicht gehen.

Ziel erreicht?

■ **Warncke:** Wir sind auf dem Weg. Wir haben uns z.B. getraut, den Kindergarten in der Straße in die Kinderarztpraxis einzuladen. Dort kommt es im Alltag immer wieder zu Problemen, die geklärt werden müssen. Auch bei diesem Gespräch haben wir festgestellt, dass Vorurteile abgebaut werden müssen. Und auch diese Treffen, so haben wir es mit den Kindergärtnerinnen abgemacht, sollen eine gewisse Regelmäßigkeit erfahren.

Vielen Dank für das Gespräch.

*Das Interview führte Anette Winkler,
Leiterin des Geschäftsbereichs Qualitätssicherung
der Kassenärztlichen Vereinigung M-V.*

Qualitätsmanagement

Seit 2004 sind alle Vertragsärztinnen und -ärzte sowie alle Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten gesetzlich verpflichtet, einrichtungsintern Qualitätsmanagement (QM) umzusetzen (§ 135a Abs. 2 SGB V). Um die Versorgungsqualität in der eigenen Praxis konsequent weiterzuentwickeln, sollen bestehende Abläufe und Strukturen analysiert und fortdauernde Verbesserungen daraus abgeleitet werden. Alle Maßnahmen des Qualitätsmanagements folgen dabei dem Ziel, ein Höchstmaß an Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit zu gewährleisten und die eigenen Praxisabläufe transparent, sicher und effizient zu gestalten. Die spezifischen Anforderungen an das einrichtungsinterne QM schreibt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seit 2005 in Richtlinien fest. Im November 2016 ist eine einheitliche („sektorengleiche“) QM-Richtlinie des G-BA (QM-RL) in Kraft getreten, die für alle Praxen und Krankenhäuser identische Anforderungen an das einrichtungsinterne QM definiert. Sie löst die drei bisher geltenden Richtlinien für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung sowie die Krankenhäuser ab. Im Kern beschreibt die QM-RL neben sogenannten Grundelementen die QM-Instrumente und -Methoden, die verpflichtend anzuwenden sind und nennt Anwendungsbereiche wie z.B. Notfallmanagement oder Arzneimitteltherapiesicherheit. Neu aufgenommen wurde die Verpflichtung, Mitarbeiterbefragungen durchzuführen und bei operativen Eingriffen (wenn zwei oder mehr Ärzte beteiligt sind, oder unter Sedierung) OP-Checklisten, z.B. der Weltgesundheitsorganisation (WHO), anzuwenden. Gemäß § 6 der QM-RL wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137a SGB V vom G-BA beauftragt, methodische Hinweise und Empfehlungen zur Erhebung und Darlegung des Standes der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem QM zu entwickeln. Bis zu deren Beschluss greift eine Übergangsregelung. Aufgrund der Stabilität guter Er-

gebnisse der bisher jährlich durchgeführten Stichprobenprüfungen (gemäß § 8 der früheren ÄQM-RL, Vorläufer der aktuellen QM-RL), wurde es vom G-BA als ausreichend erachtet, Stichprobenprüfungen in einem Turnus von zwei Jahren, erstmalig für 2017, durchzuführen. Unverändert bleiben das Stichprobenvolumen, die Rolle der QM-Kommissionen und das Berichterstattungsprozedere. Eine Auswertung der Stichproben nach dem Vier-Phasen-Modell mit „Planung“, „Umsetzung“, „Überprüfung“ und „Weiterentwicklung“ ist nicht mehr notwendig, da die Ergebnisse der letzten Stichprobenprüfungen gezeigt haben, dass die kontinuierliche Weiterentwicklung eines etablierten QM-Systems inzwischen Praxisalltag geworden ist. Neu ist, dass im Rahmen der Stichprobenprüfung einzelne Instrumente, Methoden und Anwendungsbereiche des QM erfragt werden. Damit erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und QM-Kommissionen eine zusätzliche Möglichkeit, ihre Beratungen und Serviceangebote zum einrichtungsinternen QM noch zielgerichteter und passgenauer an die Bedürfnisse ihrer Mitglieder anzupassen.

QM-Verfahren: QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®

Das von der KBV und den KVen gemeinsam angebotene QM-Verfahren ist das QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®. Es wurde zusammen mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Berufsverbänden und Medizinischen Fachangestellten entwickelt und ist speziell auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten. Bausteine von QEP sind der QEP-Qualitätsziel-Katalog®, das QEP-Einführungseminar®, das QEP-Manual®, ein spezifisches Manual für Psychotherapeuten und das QEP-Zertifizierungsverfahren®.



Auf einen Blick: Das bringt QM

Vorteile für Ärzte und Psychotherapeuten

- Sie können ihre Praxis souverän führen und ihre Patienten sicher versorgen.
- Ihr strukturierter Praxisbetrieb reduziert Hektik und Stress.
- Die Arbeitsatmosphäre stimmt, Konflikte lassen sich (leichter) lösen.
- Sie haben mehr Zeit und Ruhe für ihre Patienten.
- Sie können Ressourcen besser planen und einsetzen.
- Sie sind von Aufgaben, die Mitarbeiter übernehmen können, entlastet.

- Sie können Fehler und haftungsrelevante Risiken vermeiden.
- Sie können Ihre Finanzen schonen.
- Neue Mitarbeiter und Kollegen arbeiten sich leichter ein.
- Sie profitieren von motivierten und zufriedenen Mitarbeitern.

Vorteile für Mitarbeiter und Teams

- Sie arbeiten strukturiert und erfüllen Ihre Aufgaben routiniert und mit großer Sicherheit.
- Sie wissen, wofür sie verantwortlich sind und wofür jedes andere Teammitglied zuständig ist.
- Sie sprechen offen über Probleme und Fehler und suchen gemeinsam nach Lösungen.
- Sie entlasten sich gegenseitig bei der Arbeit, weil nicht alle alles machen (müssen).
- Sie unterstützen sich gegenseitig und können sich vertreten.
- Eindeutige Regeln und transparente Strukturen tragen zu einem guten Arbeitsklima bei.
- Sie nutzen die Chance, sich kontinuierlich fortzubilden und zu qualifizieren.

Vorteile für Patienten

- Sie profitieren von abgestimmten und sicheren Abläufen sowie einer stressfreien Atmosphäre in der Praxis oder im MVZ.
- Sie werden sowohl bei der Anmeldung als auch im Sprechzimmer über alles Wichtige informiert.
- Sie fühlen sich gut beraten und sicher behandelt.
- Der Arzt bzw. Psychotherapeut gewinnt durch eine effiziente Praxisorganisation mehr Zeit für sie.
- Sie können Probleme ansprechen. Ihre Beschwerden werden ernst genommen.
- Sie können sicher sein, dass Ihre Daten und Informationen vertraulich behandelt werden.
- Durch einen geregelten Informationsfluss zu anderen Einrichtungen ist die Kontinuität ihrer Behandlung gewährleistet.

Genehmigungsverfahren

Weite Teile der ambulanten Versorgung unterliegen einer verpflichtenden Qualitätssicherung (QS). Im Fokus stehen dabei eine effektive, effiziente und sichere Patientenbehandlung. Die 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 Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) – der KBV und dem GKV-Spitzenverband. 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. 60 Leistungsbeispiele. Hinzu kommen die sechs Krankheitsbilder der Disease-Management-Programme (DMP). Kompetenzzentren (CoC) des KV-Systems wie das CoC „Hygiene und Medizinprodukte“ unterstützen die Niedergelassenen bei der Umsetzung der Qualitätsanforderungen. Zusätzlich gibt es Vorgaben zur QS durch Richtlinien des 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 sektorspezifischen QS 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-Richtlinien) zu erlassen.

1. Genehmigungserteilung 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. Bescheid über die Erteilung einer Genehmigung

Inhalte des KV-Bescheids

- Nennung des Leistungserbringers,
- zeitliche Geltung,
- Beschreibung von Bedingungen und Folgeverpflichtungen zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung.

3. 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,
- Rezertifizierung.

Einzelfallprüfung durch

Stichproben-/Dokumentationsprüfungen

- Dialyse: Nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschuss
- Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss, Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG, schlafbezogene Atmungsstörungen, ambulantes Operieren, Nuklearmedizin und andere: Kriterien aufgrund regionaler Richtlinien
Umfang: Mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

- Akupunktur, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV/Aids, Hörgeräteversorgung, Hörgeräteversorgung (Kinder), Holmium-Laser bei bPS, Intra-vitrealen Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, Magnetresonanztomographie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, PET und PET/CT, Phototherapeutische Keratektomie, Schmerztherapie, Ultraschall Diagnostik, Ultraschall Diagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Cervix uteri
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Apheresen, neuropsychologische Therapie, substanzgestützte 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

Qualitätssicherung – Allgemein

Kommissionen

Wesentliches Merkmal der 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 KVen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen, Praxisbegehungen vorzunehmen sowie Stichprobenprüfungen durchzuführen. Diese Prüfungen sind, je nach Bewertungseinstufung, mit Maßnahmen verbunden. 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, eines Kolloquiums, einer Praxisbegehung, der Nichtvergütung von Leistungen bis hin zum Genehmigungsentzug.

Eine QS-Kommission besteht gemäß der QS-RL der KBV aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Bei Gebieten mit diversen Subspezialisierungen können die Kommissionen die Möglichkeit nutzen, weitere Mitglieder zu benennen oder für Spezialfragen Sachverständige zu einer Sitzung hinzuziehen. Zudem ist es möglich, KV-Bereichs- oder themenübergreifende Kommissionen zu bilden. Neben dem Vorsitzenden der Kommission nehmen in der Regel mindestens zwei weitere ärztliche Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen QS-Vereinbarungen ist des Weiteren die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen, so z.B. bei Methadon oder der Dialyse. Insgesamt sind im Bereich der KVMV ca. 100 Vertragsärzte/-psychotherapeuten und Sachverständige in Kommissionen tätig.

Diagnostische Radiologie

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

Ambulantes Operieren

- 5 Ärzte der KVMV
- 1 Sitzung

Arthroskopie

- 3 Ärzte der KVMV
- 3 Sitzungen

Akupunktur

- 3 Ärzte der KVMV
- keine Sitzung

Apherese

- 4 Ärzte der KVMV
- 2 Vertreter der GKV
- 2 Sitzungen

Dialyse/Blutreinigung

- 4 Ärzte der KVMV
- 1 Vertreter der GKV
- 4 Sitzungen

Kommission Geriatrie/Gerontopsychiatrie/ ambulante geriatrische Rehabilitation

- 5 Vertragsärzte
- keine Sitzung

Herzschrittmacher und Langzeit-EKG

- 4 Ärzte der KVMV
- 2 Sitzungen

Intravitreale Medikamenteneingabe

- 3 Ärzte der KVMV
- 1 Sitzung

Koloskopie

- 3 Ärzte der KVMV
- 2 Sitzungen

Magnetresonanztomographie

- Gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Bad Segeberg
- 2 Ärzte je KV
- 2 Sitzungen

PDT/PTK

- 2 Ärzte der KVMV
- keine Sitzung

Schmerztherapie

- 4 Ärzte der KVMV
- 2 Sitzungen

Qualitätsmanagement

- 4 Ärzte der KVMV
- 1 Psychotherapeut
- keine Sitzung

Onkologie

- 6 Ärzte der KVMV
- 3 Sitzungen

QS-Kommission Methadon

- 3 Ärzte der KVMV
- 2 Vertreter der Landesverbände

- 1 Vertreter der Ersatzkassen
- 4 Sitzungen

Labor

- 5 Ärzte der KVMV
- 1 Fachwissenschaftler der Medizin
- 2 Sitzungen

Zytologie

- 3 Ärzte
- 1 Fachwissenschaftler der Medizin
- 1 Sitzung

Kurative Mammographie/Vakuumbiopsie

- 4 Ärzte der KVMV
- 2 Sitzungen

Sonographie

- 6 Ärzte der KVMV
- 1 Sachverständiger der KVMV
- 6 Sitzungen

Diabetologie

- 3 Ärzte der KVMV
- 1 Sitzung

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Akupunktur

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	116
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Dokumentationsprüfungen

Anzahl abrechnender Ärzte	108
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	–
Anzahl Kolloquien insgesamt gemäß § 6 Abs. 6	–

Dokumentationsprüfungen – Mängelanalyse

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

Fortbildungsverpflichtung

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	116
---	-----

Ambulante Operationen

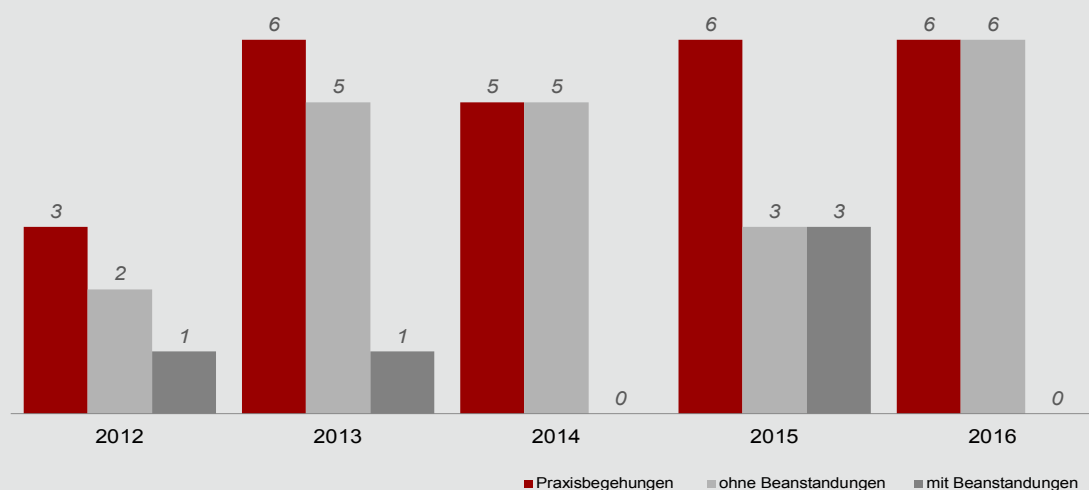
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (QS-Vereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig: seit 1. Dezember 2011.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	504
Anzahl beschiedener Anträge	31
▸ davon Anzahl Genehmigungen	31

Anzahl Praxisbegehungen	6
▸ davon ohne Beanstandungen	6
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	32

Praxisbegehungen im Rahmen von Genehmigungsverfahren



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	40
Anzahl beschiedener Anträge	9
▸ davon Anzahl Genehmigungen	6
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

LDL-Apherese bei *familiärer* Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung

Anzahl Erstanträge	–
Anzahl Folgeanträge	1
▸ davon angenommen	1

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	6
▸ davon angenommen	6
Anzahl Folgeanträge	70
▸ davon angenommen	70

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

Anzahl Erstanträge	23
▸ davon angenommen	18
▸ davon abgelehnt	5
Anzahl Folgeanträge	47
▸ davon angenommen	47

Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

Anzahl Erstanträge	–
Anzahl Folgeanträge	–

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-RL Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 135b SGB V, gültig: seit 3. März 2010, zuletzt geändert: 1. Januar 2016

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	58
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3

Anzahl Kolloquien	–	
Anzahl Praxisbegehungen	–	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–	
Prüfumfang		
Anzahl abrechnender Ärzte	38	
Anzahl geprüfter Ärzte	6	
Routineprüfungen	3	
Kriterienbezogene Prüfungen	3	
	Prüfungen gemäß	Prüfungen gemäß
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	§ 4 Abs. 2:	§ 4 Abs. 3:
▸ keine Beanstandungen	–	–
▸ geringe Beanstandungen	2	1
▸ erhebliche Beanstandungen	–	1
▸ schwerwiegende Beanstandungen	1	1
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde		5
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden		–
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte bzw. veranlasst wurde		1
Kolloquien		2
▸ davon bestanden		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	–

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Wartungsnachweise	
Anzahl abrechnender Ärzte	1
Anzahl geprüfter Ärzte	3
▸ davon Nachweise erbracht	3

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (QS-Vereinbarung 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 (QS-RL Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, gültig: seit 24. Juni 2006, zuletzt geändert: 4. Februar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	60
Anzahl beschiedener Anträge	6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	6
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommissionen

(§ 7 Abs. 3 Satz 1 QS-RL Dialyse, Berichtszeitraum 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2016)

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

I/2016	II/2016	III/2016	IV/2016	
24	24	24	24	
Anzahl Stichprobenprüfungen				12
▸ davon ohne Beanstandungen				10
▸ davon mit Beanstandungen				2

Aus der Kommissionstätigkeit

Interview mit der Vorsitzenden der Dialyse-Kommission Heike Kröger

Frau Kröger, seit wann sind Sie in der Dialysekommission tätig und was hat Sie bewogen, sich aktiv für die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie (QS-RL) Dialyse einzusetzen?

■ **Kröger:** Im April 2006 wurde die QS-RL Dialyse beschlossen und ich wurde im Dezember 2006 als Vertreterin Mecklenburg-Vorpommerns in die überregionale Dialysekommission, bestehend aus Vertretern aus Hamburg, Schleswig-Holstein und M-V, berufen. Anfangs trafen wir uns einmal im Quartal in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Ab 1. Januar 2015 entstand dann eine eigene Dialysekommission in M-V, die sich viermal im Jahr in der Kassenärztlichen Vereinigung M-V in Schwerin trifft. Was hat mich bewogen, mich aktiv für die Umsetzung der QS-RL einzusetzen? Patienten begeben sich vertrauensvoll in die Hände eines Dialysearztes. Dieser sollte Kraft seines ärztlichen Wissens für jeden Patienten die optimalste Behandlungsform verordnen, um dem Patienten ein langes Leben zur ermöglichen. Ein Organsystem hat versagt, und wir schenken den Patienten mit der Dialyse Zeit, die sie in möglichst guter Lebensqualität verbringen sollten.

Worin sehen Sie die Notwendigkeit der Kommissionsarbeit?

■ **Kröger:** Aus meiner Sicht ist die Arbeit der Kommission sehr wichtig. Ich denke, wir haben die Aufgabe, jeden Dialysearzt immer wieder dazu anzuregen, über seine Arbeit am Patienten und mit dem Patienten nachzudenken und sich Gedanken zu machen, wie der Patient motiviert werden kann, sich einer mindestens vierständigen Dialyse zu stellen und das an drei Tagen in der Woche.

Sehen Sie Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität in der Nierenersatztherapie?

■ **Kröger:** Die Dialysequalität ist deutschlandweit ähnlich und sehr hoch und dank der Qualitätssicherungs-

Richtlinie Dialyse auch nachweisbar und abrechenbar. Es ist aber so, dass eine Dialysezeit über acht Stunden an drei Tagen in der Woche noch einmal eine erhebliche Besserung des Befindens des Patienten bringt. Durch die Kürzung der Wochenpauschale sind die finanziellen Spielräume erheblich beschnitten worden, so dass die Nebenkosten für Wasser, Strom, aber vor allem Personalkosten mit Nachtdienstzuschlag unrentabel geworden sind. Lange Dialysezeiten sollten gesondert vergütet werden.

Wie schätzen Sie die Qualität der ambulanten Dialyse in M-V allgemein ein?

■ **Kröger:** Ich weiß durch die Arbeit in der Kommission, dass die Patienten in M-V sehr gut dialysiert werden.

Glauben Sie, dass es in absehbarer Zeit Alternativen zur Nierenersatztherapie für die Patienten geben wird?

■ **Kröger:** Eine Alternative ist die Organspende. Leider wird durch jeden neuen Organspendeskandal die Bereitschaft der Bevölkerung nachhaltig erschüttert und trägt nicht zur Motivation bei, Organe zu spenden. Eine Alternative sind Lebendspenden von Familienangehörigen und jeder Patient, der hier nicht allein steht, kann sich glücklich schätzen. Nieren aus dem 3D-Drucker sind noch keine Option bzw. ich glaube nicht, dass sie während meines Berufslebens eine echte Alternative werden.

Frau Kröger, vielen Dank für das Gespräch.

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

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Disease-Management-Programm (DMP)

DIABETES MELLITUS TYP 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	51
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	47
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	3
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	1

DIABETES MELLITUS TYP 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1054
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1003
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	51

KORONARE HERZERKRANKUNG

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1049
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1025
▸ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	24

BRUSTKREBS

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

ASTHMA BRONCHIALE

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	675
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	664
▸ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	28

CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	625
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	617
▸ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	25

Um die Versorgungsqualität zu verbessern und die Programmziele zu erreichen, sind im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme 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 ho-

hen organisatorischen Aufwand dar. Jedoch erst diese Daten ermöglichen es, 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 Kassenärztlichen Vereinigungen und regionalen Krankenkassenverbänden ein modulares Rückmeldesystem zur Verfügung.

Die Gemeinsame Einrichtung als neutrale Institution wertet halbjährlich die erfassten Dokumentationsdaten aus. Diese Ergebnisse in Form von Feedback-Berichten werden für die Ärzte standardmäßig im KV-SafeNet-Portal der KVMV eingestellt. So erfährt der Arzt vertraulich und ganz individuell für seine Praxis:

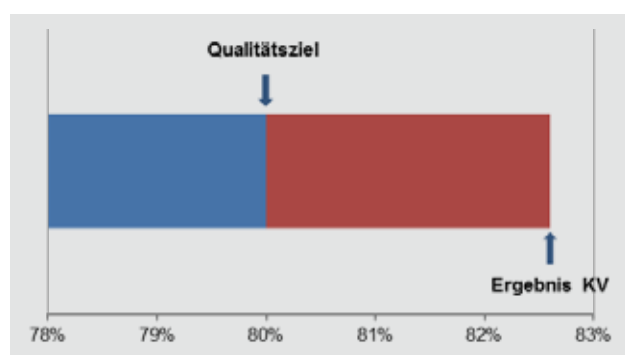
- wie viel Prozent der Patienten die definierten Qualitätsziele erreicht haben;
- welche Patienten die Ziele nicht erreicht haben;
- wo die Praxis hinsichtlich der Zielerreichung im Vergleich zu den anderen Praxen steht.

Des Weiteren sind im Anhang die DMP-Fallnummern von Patienten aufgelistet, bei denen potenziell Handlungsbedarf besteht, z.B. bei einer fehlenden Über-

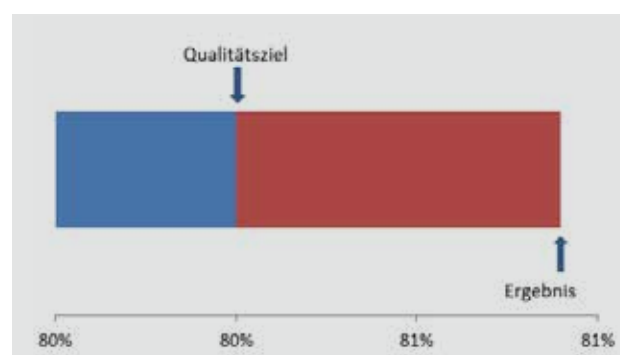
weisung zum Augenarzt. Der Feedback-Bericht hilft, gemeinsam mit dem Patienten gezielt an der konsequenten Umsetzung der ärztlichen Empfehlung zu arbeiten, und er gibt Hinweise zur Optimierung von Behandlungsabläufen. Ebenso können die Ergebnisse dem Arzt z.B. als Basis für die Arbeit in Qualitätszirkeln dienen. Damit sie ihre Funktion als Tool für die daten-gesteuerte Qualitätsverbesserung in der Arztpraxis optimal erfüllen können, werden die Feedback-Berichte kontinuierlich von der KBV weiterentwickelt.

**Der Feedback-Bericht
ist ein effektives Instrument
zur Verbesserung
der Versorgungsqualität.**

Qualitätssicherung am Beispiel Koronare Herzerkrankung (Berichtszeitraum 1. Juli bis 31. Dezember 2016)

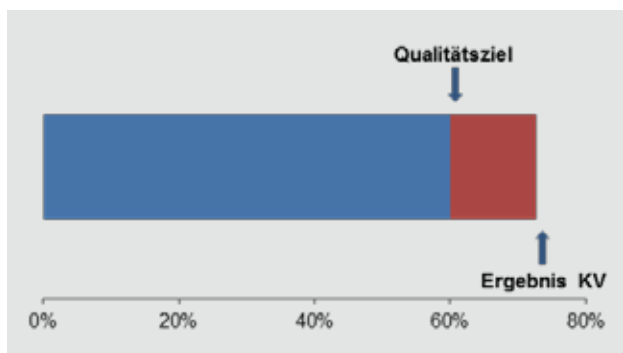


Thrombozytenaggregationshemmer (TAH): Qualitätsziel: Thrombozytenaggregationshemmer sollen bei mindestens 80 Prozent aller Patienten verordnet werden. Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikationen vorliegen und/oder die keine orale Antikoagulation erhalten.

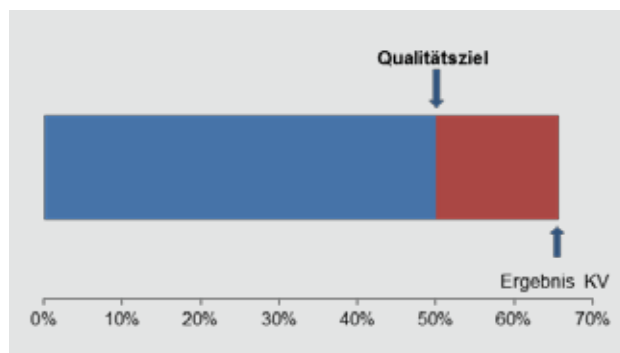


Betablocker: Qualitätsziel: Betablocker sollen bei mindestens 80 Prozent aller Patienten verordnet werden. Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikationen vorliegen.

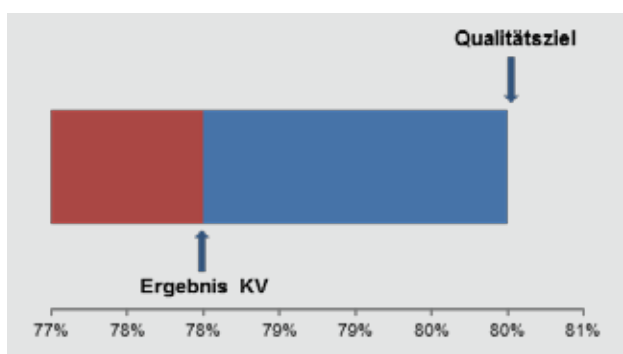
Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen



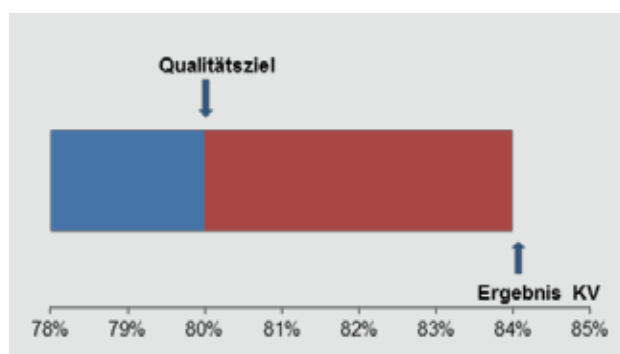
Statine: Qualitätsziel: Statine sollen bei mindestens 60 Prozent aller Patienten verordnet werden. Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen keine Kontraindikationen vorliegen.



Blutdruck: Qualitätsziel: Mindestens 50 Prozent der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck $\leq 139/89$ mmHg. Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten, bei denen Hypertonie als Begleiterkrankung dokumentiert wurde.



ACE-Hemmer: Qualitätsziel: Mindestens acht Prozent der Patienten erhalten ACE-Hemmer. Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikationen vorliegen und die keinen AT1-Rezeptorantagonisten erhalten.

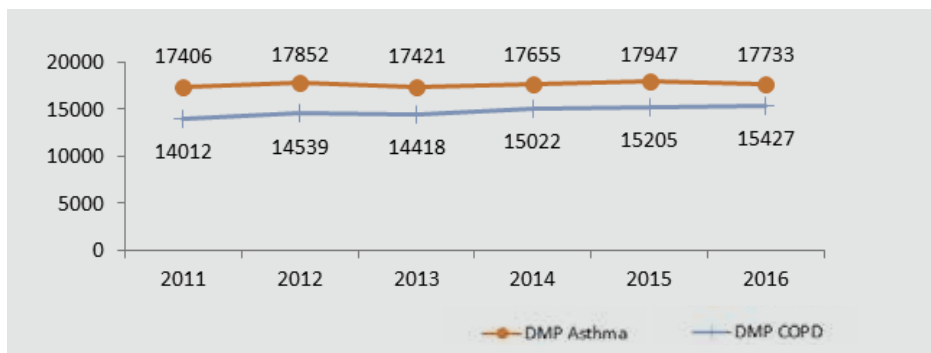


Betablocker: Qualitätsziel: Mindestens 8 Prozent der Patienten erhalten Betablocker. Berücksichtigte Patienten: Alle Patienten mit Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, bei denen keine Kontraindikationen vorliegen.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Qualitätssicherungsziele beim DMP Koronare Herzerkrankung 2016 fast vollständig erreicht wurden. Das spiegelt eine optimale Betreuung sowie eine leitliniengerechte Behandlung der chronischen Patienten in M-V wider.

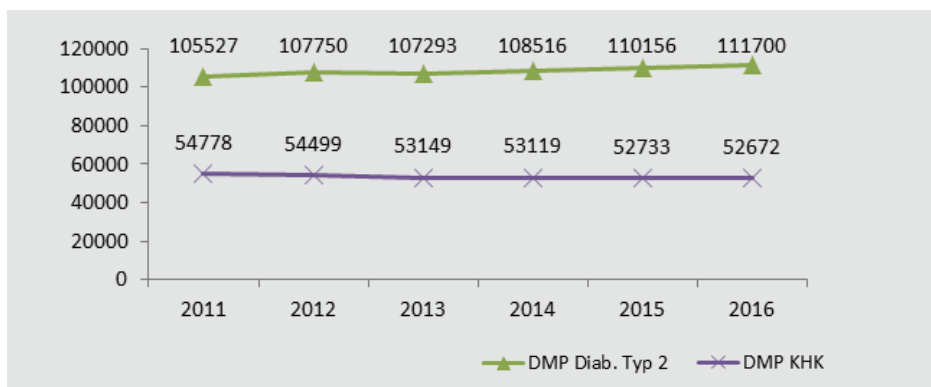
Entwicklung der Disease-Management-Programme

Asthma und COPD



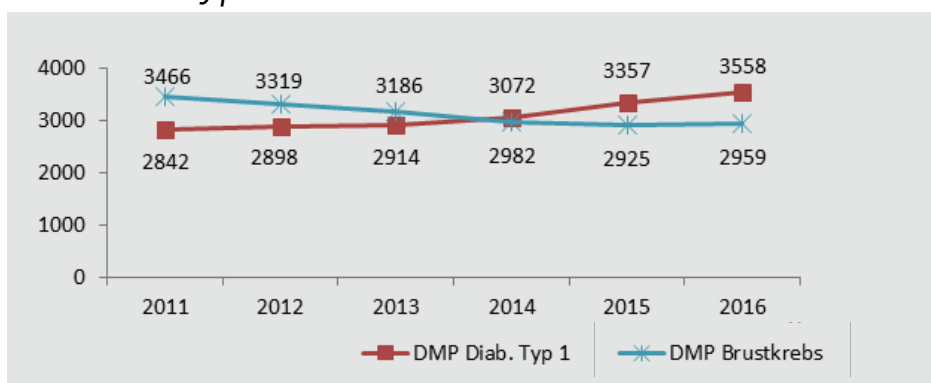
Im zweiten Halbjahr 2016 nahmen in M-V erstmals über 200.000 Patienten an mindestens einem DMP, welche durch knapp 1.400 Ärzte betreut wurden, teil. Die Entwicklung der Anzahl teilnehmender Patienten (Mehrfacheinschreibungen möglich) ist in den Diagrammen detailliert dargestellt.

Diabetes Typ 2 und KHK



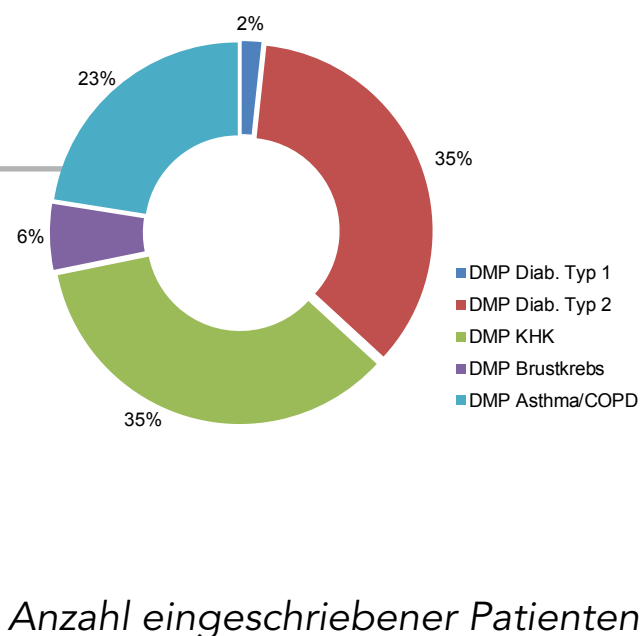
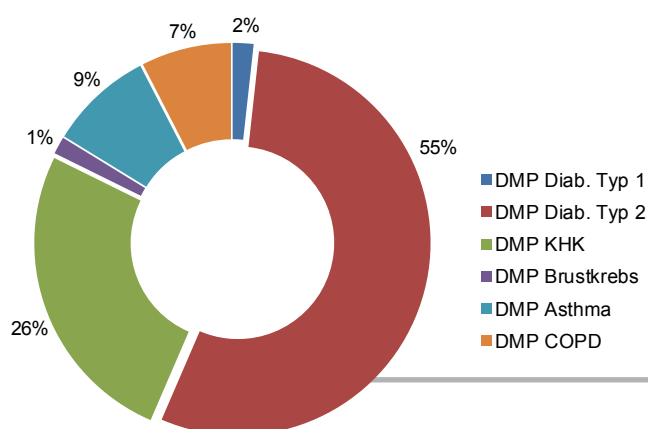
Nach raschem Wachstum in den ersten Jahren wird langsam eine Sättigung erreicht. Bei den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie COPD sind nur noch leicht steigende Teilnehmerzahlen zu verzeichnen. Wobei bei dem DMP Asthma und dem DMP Koronare Herzkrankheit sogar eine verminderte Teilnehmerzahl von Patienten festzustellen ist.

Diabetes Typ 1 und Brustkrebs



Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Verteilung teilnehmender Ärzte
nach Indikation



Anzahl eingeschriebener Patienten

Stand: Dezember 2016

Herzschrittmacher-Kontrolle

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	57
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Prüfumfang

Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2016)	57
Anzahl geprüfter Ärzte	5
Routineprüfungen	5

	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6:	
▸ keine Beanstandungen	2
▸ geringe Beanstandungen	3
▸ erhebliche Beanstandungen	–
▸ 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)	3

Histopathologie Hautkrebs-Screening

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (QS-Vereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig: seit 1. Oktober 2009. Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL), Abschnitt D Nr. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, gültig: mit Änderungen zum 1. Juli 2008, zuletzt geändert: 19. Januar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	16
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Frequenzregelungen

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

Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfter Ärzte	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Kolloquien	–

Dokumentationsprüfungen – Mängelanalyse

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

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen (QS-Vereinbarung 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

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

Fortbildungen

Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung	2
---	---

Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfter Ärzte	2
▸ davon bestanden	2
Kolloquien	–

Dokumentationsprüfungen – Mängelanalyse

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

Hörgeräteversorgung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit: 1. April 2012, zuletzt geändert: 1. Januar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	79
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Messtechnische Kontrollen

Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	79
--	----

Hörgeräteversorgung – Kinder

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig: seit 1. Juli 2012, zuletzt geändert: 1. Januar 2016.

Genehmigungen

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

Messtechnische Kontrollen

Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle erbracht haben	4
---	---

Interventionelle Radiologie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (QS-Vereinbarung 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

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

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Intravitreale Medikamenteneingabe

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	42
Anzahl abrechnender Ärzte	39
Anzahl beschiedener Anträge	8
▸ davon Anzahl Genehmigungen	8
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Dokumentationsprüfungen

Anzahl Ärzte geprüft	4
▸ davon Anforderungen erfüllt	4

Dokumentationsprüfungen – Mängelanalyse

Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	40
darunter Anzahl Dokumentationen:	
▸ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	2
▸ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	–
▸ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	–
▸ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	–
▸ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl 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	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Frequenzregelungen

	< 150	≥ 150
Anzahl Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen	1	3
▸ 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	2
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Frequenzregelungen

	< 150	≥ 150
Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen	–	2
▸ 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	1	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 obstruktiver gastrointestinaler Blutungen (QS-Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig: seit 1. Juli 2014

Genehmigungen Applizierer

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

Genehmigungen Auswerter

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	6
---	---

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Genehmigung erteilt	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Dokumentationsprüfung § 7 Abs. 6 (fakultativ)	
Anzahl abrechnender Ärzte (Applizierer) gesamt	5
Anzahl überprüfte Ärzte	–

Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (QS-Vereinbarung 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: 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	45
Anzahl beschiedener Anträge (ausschließlich zur <i>kurativen</i> Koloskopie)	–
Anzahl beschiedener Anträge (<i>kurative und präventive</i> Koloskopie)	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

TOTALE KOLOSKOPIEN

Frequenzregelungen

	< 200	≥ 200
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	3	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)	24
▸ davon bestanden	23
▸ davon nicht bestanden	1
Prüfungen (gemäß § 6 Abs. 3f)	3
▸ davon bestanden	3
Überprüfungen (gemäß § 6 Abs. 3g)	–

POLYPEKTOMIEN **Frequenzregelungen**

	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	3	43
▸ 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)	24
▸ davon bestanden	23
▸ davon nicht bestanden	1
Prüfungen (gemäß § 6 Abs. 4d)	2
▸ davon bestanden	2

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Praxen	37
halbjährliche Prüfungen (gemäß § 7 Abs. 3)	71
▸ davon bestanden	70
▸ davon nicht bestanden	1
Wiederholungsprüfungen	1
▸ davon nicht bestanden	1
erneute Wiederholungsprüfungen	1
▸ davon nicht bestanden	1

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	180
Anzahl beschiedener Anträge	9
▸ davon Anzahl Genehmigungen	9
Anzahl Kolloquien	2
▸ davon bestanden	2
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	10

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

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>	105
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <i>zur Aufzeichnung und Auswertung</i>	255
Anzahl beschiedener Anträge	16
▸ davon Anzahl Genehmigungen	16
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	13

Stichprobenprüfungen

Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2016)	255
Anzahl geprüfter Ärzte	10
Routineprüfungen	10

Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:

Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:

▸ <i>keine</i> Beanstandungen	5
▸ <i>geringe</i> Beanstandungen	5
▸ <i>erhebliche</i> Beanstandungen	–
▸ <i>schwerwiegende</i> Beanstandungen	–
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde	5
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden	–
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte bzw. veranlasst wurde	–
Kolloquien	–
Anzahl Genehmigungswiderrufe	–
Anzahl mit Auflagen versehene Genehmigungen	–
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat	–

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. Richtlinie 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	65
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	7

Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma

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

Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (QS-Vereinbarung 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, zuletzt geändert 1. Januar 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	49
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien	–
Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Dokumentationsprüfungen

Anzahl abrechnender Ärzte	49
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte	11
▸ davon ohne Beanstandungen	9
▸ davon mit Beanstandungen	2
Kolloquien	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Dokumentationsprüfungen – Mängelanalyse

Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	ohne Venen 132		Venen 33
	Anlage 2 Nr. 1 (Hirngefäße)	Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7	Anlage 2 Nr. 5 (Venen)
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung (nach § 7 Abs. 6 Nr. 1) erfüllt ist	78	48	31
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung (nach § 7 Abs. 6 Nr. 2) erfüllt ist	77	48	31
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung (nach § 7 Abs. 6 Nr. 3) erfüllt ist	74	48	30
▸ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen (nach § 7 Abs. 7)	71	46	30
▸ davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen (nach § 7 Abs. 7)	3	3	1
▸ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen (nach § 7 Abs. 7)	7	2	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: 1. Oktober 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	37
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt C

Anzahl Prüfungen	2
▸ davon bestanden	2

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt D

Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	6
▸ davon erfolgreiche Teilnahme	6
Kolloquien	–
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 BMV, gültig: seit 1. Januar 2004, zuletzt geändert: 3. Dezember 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: 1. Januar 2017.

Genehmigungen

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

Molekulargenetik

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	17
------------------------------	----

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Überprüfungen im Zusammenhang mit der Jahresstatistik gemäß § 9 Abs. 4	
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	1
▸ davon nachvollziehbar begründet	1

Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (QS-Vereinbarung MRSA), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig: seit 1. Juli 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	731
Anzahl beschiedener Anträge	21
▸ davon Anzahl Genehmigungen	21
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

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 BMV, gültig: seit 1. Oktober 2009, zuletzt geändert: 1. Januar 2017.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	58
▸ darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	6
▸ darunter Anzahl Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	13
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien	1
▸ davon bestanden	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

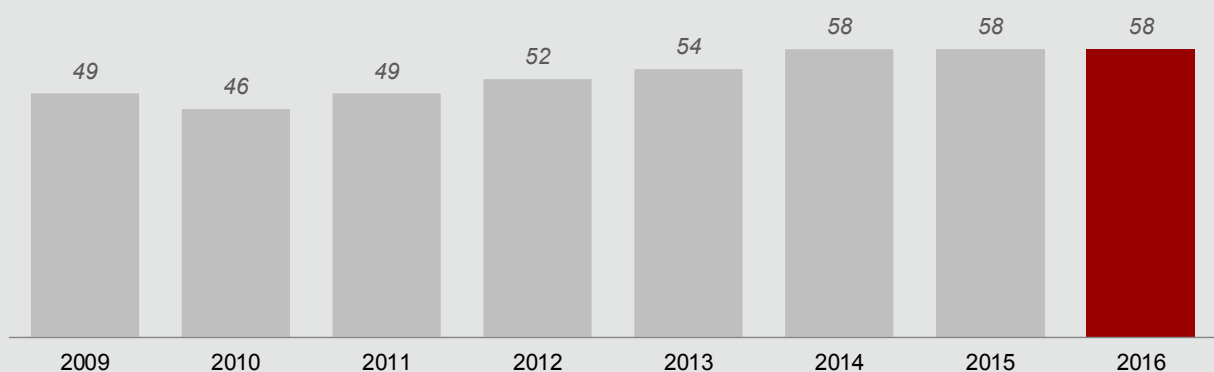
Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfter Ärzte	5
▸ davon ohne Beanstandungen	1
▸ davon mit Beanstandungen	4

Fortbildungsverpflichtungen

Anzahl Ärzte, welche die Nachweise erbracht haben	58
---	----

Anzahl onkologisch qualifizierter Ärzte



Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Angaben zu Facharztgruppen – Onkologie-Vereinbarung

Ärzte für	Anzahl Ärzte mit Genehmigung zum 31.12.2016	- darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2016 in Neu-/Jungpraxen	- darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2016 in Praxen, die aus Sicherheitsgründen zugelassen wurden	Anzahl beschiedener Anträge	- davon Anzahl Genehmigungen	- davon Anzahl Ablehnungen
Allgemeinmedizin	–	–	–	–	–	–
Innere Medizin, hausärztlich tätig	2	–	–	–	–	–
Kinder-/Jugendmedizin	–	–	–	–	–	–
Augenheilkunde	–	–	–	–	–	–
Chirurgie	3	–	2	–	–	–
Gynäkologie	10	2	3	1	1	–
HNO	–	–	–	–	–	–
Dermatologie	–	–	–	–	–	–
Innere Medizin ohne SP, fachärztlich tätig	1	–	–	–	–	–
Innere Medizin SP Hämatologie	19	1	–	1	1	–
Innere Medizin andere SP	4	–	1	–	–	–
MKG	–	–	–	–	–	–
Orthopädie	–	–	–	–	–	–
Urologie	19	3	7	1	1	–
Andere	–	–	–	–	–	–

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	69
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

PET und PET/CT

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig: seit 16. Mai 2015. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig: seit 1. Juli 2016.

Genehmigungen

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

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (QS-Vereinbarung 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	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Phototherapeutische Keratektomie

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

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	61
▸ davon Genehmigungen <i>ausschließlich</i> zur Polygraphie	55
▸ davon Genehmigungen zur Polygraphie <i>und</i> Polysomnographie	2
▸ davon Genehmigungen <i>ausschließlich</i> zur Polysomnographie	4
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Schmerztherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (QS-Vereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig: seit 1. April 2005, zuletzt geändert: 1. Oktober 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	27
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	1
▸ davon bestanden	1
Anzahl Praxisbegehungen	2
▸ davon ohne Beanstandungen	2
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Sozialpsychiatrie

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV-Ä, 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	10
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Soziotherapie

Richtlinie 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, zuletzt geändert: 20. Mai 2016.

Genehmigungen

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

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	–

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

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. Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (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	412
Anzahl beschiedener Anträge	22
▸ davon Anzahl Genehmigungen	22
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	17
Anzahl abrechnender Ärzte	353
Anzahl geprüfter Ärzte	17
Routineprüfungen	17
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte:	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	10
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden	–
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte bzw. veranlasst wurde	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Genehmigungswiderrufe	–
Anzahl mit Auflagen versehenen Genehmigungen	–
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat	–

Computertomographie
Genehmigungen (§ 4 und § 7)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	78
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	7

Osteodensitometrie
Genehmigungen (§ 4 und § 8)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Strahlentherapie
Genehmigungen (§ 9)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	20
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Nuklearmedizin
Genehmigungen (§ 10)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	25
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

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.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	32
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	20

Dokumentationsprüfungen

Anzahl abrechnender Ärzte	26
Anzahl geprüfter Ärzte	14
Anzahl geprüfter Fälle	71
▸ keine Beanstandungen	65
▸ geringe Beanstandungen	5
▸ erhebliche Beanstandungen	1

Fünf-Jahres-Überprüfungen-Patienten

Anzahl geprüfter Fälle	49
▸ davon ohne Beanstandungen	49

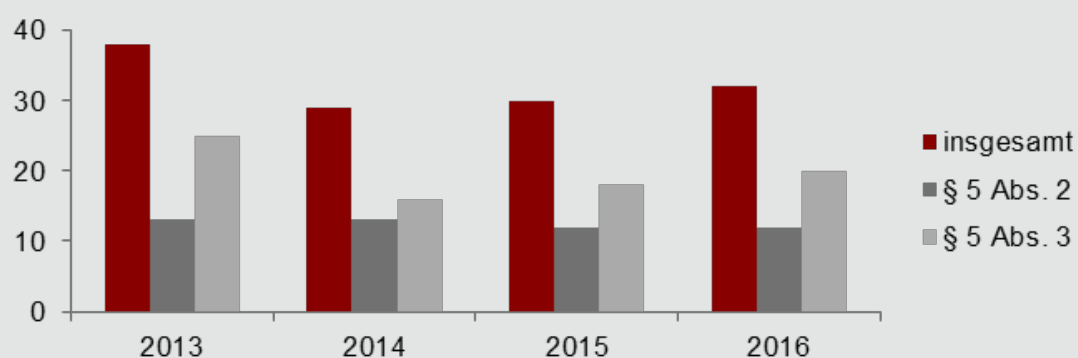
Zwei-Jahres-Überprüfungen-Patienten

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

Aktuelles aus dem 7. Bericht der Qualitätssicherungskommission Methadon

Seit 2003 erstattet die Qualitätssicherungskommission (gemäß der Substitutionsrichtlinie § 9 Abs. 8) alle zwei Jahre der KVMV und den Landesverbänden der Krankenkassen einen Bericht über die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger in M-V. Der aktuelle Bericht bezieht sich auf die Jahre 2015 und 2016. Er bietet einen Überblick zur Entwicklung der substituierenden Ärzte in M-V. Tendenziell ist eine Abnahme der Genehmigungen zu verzeichnen. So wollen Ärzte, die mit einem Konsiliar Opiatabhängige substituieren, oft nicht nach der Beendigung der Behandlung dieses Patienten anschließend weitere „neue“ Opiatabhängige substituieren und geben daher ihre Genehmigung zurück.

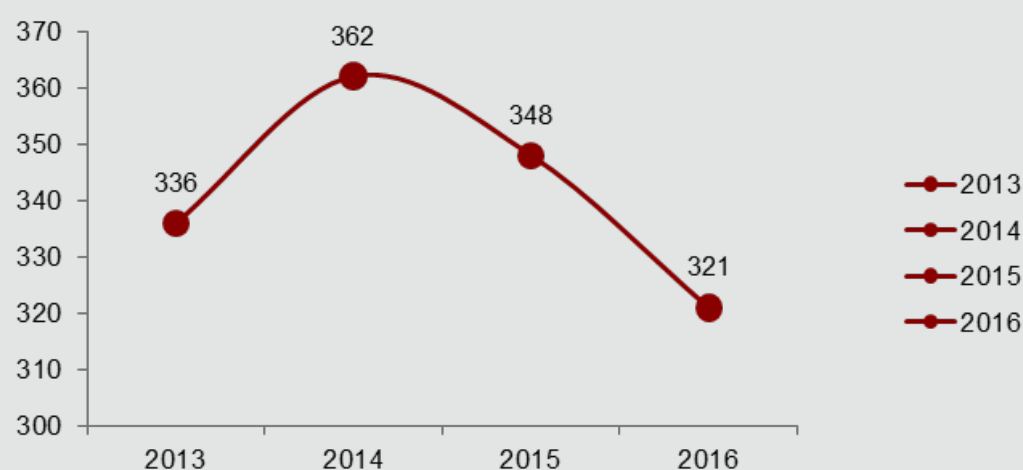
Anzahl Genehmigungen von 2013 – 2016



Die Substitution kann nur als Bestandteil eines umfassenden Therapiekonzeptes zur Behandlung einer manifesten Opiatabhängigkeit (ICD: F11.2/Z51.83) durchgeführt werden. Gemäß Substitutionsrichtlinie ist eine Substitution erst dann indiziert, wenn die Abhängigkeit seit längerer Zeit besteht und Abstinenzversuche un-

ter ärztlicher Kontrolle keinen Erfolg erbracht haben, eine drogenfreie Therapie derzeit nicht durchgeführt werden kann oder die Substitution im Vergleich mit anderen Therapiemöglichkeiten die größte Chance zur Heilung bietet. Die folgende Grafik zeigt eine sinkende Tendenz hinsichtlich der Anzahl der Patienten.

Anzahl Patienten von 2013 – 2016



Seit 2010 ist die diamorphingestützte Substitution Opiatabhängiger als vertragsärztliche Leistung anerkannt. Schwerstdrogenabhängige können somit unter speziellen Voraussetzungen (z.B. Durchführungserlaubnis der zuständigen Landesbehörde, Personalvorgaben, Sicher-

heitskonzept mit der Polizei etc.) mit Diamorphin substituiert werden. In M-V wird nicht mit Diamorphin, sondern mit L-Polamidon, Levomethadon, Buprenadict und Subutex substituiert.

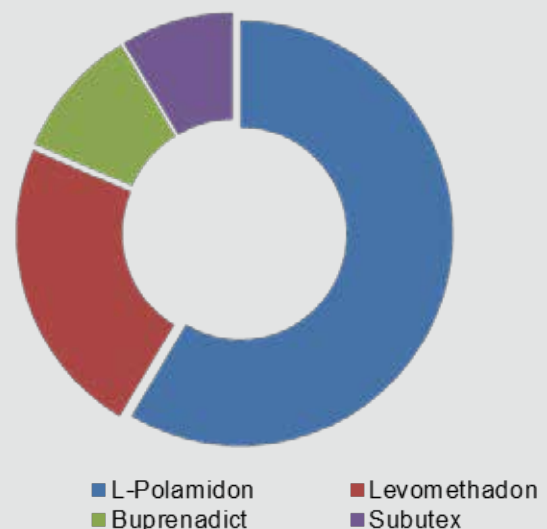
Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Ein weiterer Berichtspunkt stellt die Qualitätssicherung dar. So hat die Kommission die Qualität der vertragsärztlichen Substitution und das Vorliegen der Voraussetzungen für eine substitutionsgestützte Behandlung durch Stichproben im Einzelfall zu überprüfen.

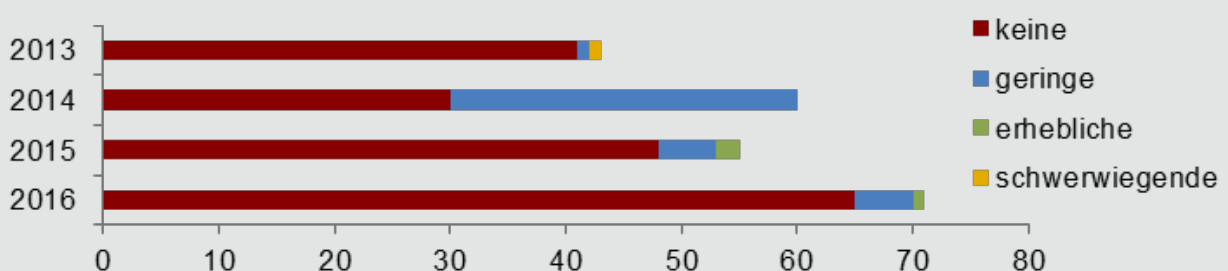
Die Qualitätsprüfungen umfassen die Einhaltung aller Bestimmungen der Substitutionsrichtlinie und der Bt-MVV § 5 (Indikationsstellung, Nachvollziehbarkeit der Behandlung, Veranlassung von notwendigen Begleitmaßnahmen, Durchführung von Beigebrauchskontrollen/Auswertungsdokumentation/Konsequenzen, Indikation zum Abbruch, Vergabe des Substituts täglich oder Take-Home).

Das Ergebnis der Überprüfung (Auflagen, Empfehlungen, Hinweise) wird dem Arzt schriftlich mitgeteilt. 2016 wurden von insgesamt 120 Opiatabhängigen die Behandlungsdokumentationen überprüft. Davon wurden bei 71 Patienten die Behandlungsdokumentationen quartalsweise kontrolliert.

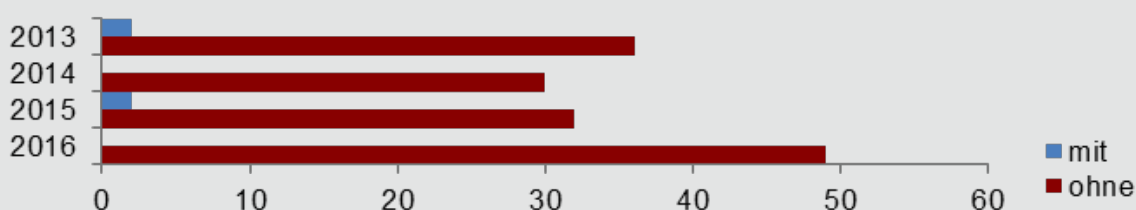
Am häufigsten verwendete Substitutionsmittel in M-V



Beanstandungen von Behandlungsdokumentationen quartalsweise



Beanstandungen von Behandlungsdokumentationen nach 5 Jahren



Ultraschalldiagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig: seit 1. April 1993; zuletzt geändert: 1. Oktober 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1.244
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	85
▸ davon Anzahl Genehmigungen	83
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl beschiedener Anträge (Anwendungsbereiche)	195
▸ davon Anzahl Genehmigungen	161
▸ davon Anzahl Ablehnungen	34
Anzahl Kolloquien	5
▸ davon bestanden	5
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	79
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	147

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nach Anwendungsbereichen

AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	19
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	24
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	25
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	60
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	60
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	423
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	64
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	7
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	9
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	–

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

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	112
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	–
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	90
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan	531
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	7
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	9
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	75
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	119
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	52
AB 8.3	weibliche Genitalorgane, B-Modus	215
AB 9.1	geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	205
AB 9.1a	systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	155
AB 9.2	weiterführende Differenzialdiagnostik der Feten, B-Modus	24
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	100
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	83
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	53
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	71
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	43
AB 20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	1
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	10
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	37
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	71
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	11
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	53
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	1

AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	49
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	10
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	34

Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung (§ 9)

Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme (gemäß § 2c)	31.12.2016 1473
Konstanzprüfungen (nach § 13 Abs. 9) (Wartungsprotokolle): 6 Jahre nach Abnahmeprüfung	
▸ Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 c)	–
Konstanzprüfungen (nach § 13 Abs. 3) (Bildokumentation): 4 bzw. 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)	
▸ Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 c)	98

Dokumentationsprüfungen – Überprüfung ärztliche Dokumentation § 11

Anzahl Prüfungen

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter Ärzte	68	5
▸ davon Anforderungen erfüllt	60	5
▸ davon Anforderungen nicht erfüllt	8	–

Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter ärztlicher Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen	340	25
▸ davon ohne Beanstandungen	253	21
▸ davon mit Beanstandungen	87	4

bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4:		
Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	2	–

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	9	2
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	3	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	–	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	2	–

bei Beanstandungen der Bilddokumentation

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	33	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	2	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	61	3

Säuglingshüfte Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	84
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Rückgaben/Widerrufe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	3

Dokumentationsprüfungen

	Initial- prüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
Anzahl geprüfter Ärzte	2	4	12
▸ davon Anforderungen erfüllt	1	3	10
▸ davon mit Beanstandungen (gemäß § 9 Abs. 2a)	1	1	2
▸ davon mit Beanstandungen (gemäß § 9 Abs. 2b)	–	–	–
	nach Initial- prüfung	nach 2-Jahres- Prüfung	nach 5-Jahres- Prüfung
Wiederholungsprüfungen (gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2)	1	2	4
▸ davon Anforderungen erfüllt	1	2	3
▸ davon mit Beanstandungen (gemäß § 9 Abs. 2a)	–	–	1

Dokumentationsprüfungen – Mängelanalyse

Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	300
▸ davon regelgerecht (Stufe I)	268
▸ davon eingeschränkt (Stufe II)	27
▸ davon unzureichend (Stufe III)	5
ausgesprochene Empfehlungen (gemäß § 10 Abs. 3)	–
bei Dokumentationen der Stufe III (analog § 8 Abs. 2)	5
▸ davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	4
▸ davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	–
▸ davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	1

Vakuumbiopsie der Brust

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (QS-Vereinbarung 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	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Dokumentationsprüfungen

Anzahl abrechnender Ärzte	9
Anzahl geprüfter Ärzte	7
▸ davon bestanden	7
Kolloquien	–

Dokumentationsprüfungen – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Dokumentationen	90
▸ davon vollständig und nachvollziehbar	90

Qualitätssicherung – Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (QS-Vereinbarung 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	13
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Präparateprüfungen	1
▸ davon bestanden	1
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

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

Anzahl abrechnender Ärzte (3. Quartal 2016)	12
Anzahl geprüfter Ärzte	4
▸ davon bestanden	4
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Widerrufe	–

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

Anzahl geprüfter Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation (§ 7 Abs. 3)	48
▸ davon ohne Beanstandungen	48

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

Anzahl abrechnender Praxen (3. Quartal 2016)	8
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	8
▸ davon ohne Auffälligkeiten	4
▸ davon mit Auffälligkeiten	4
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	–
Anzahl Kolloquien	–

Fortbildungsverpflichtungen § 9

Anzahl Ärzte, die 2016 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	12
Anzahl Präparatebefunder, für die 2016 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt wurden:	
▸ Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	31
▸ Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2	30

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	Anika Gilbrich	249
	Computertomographie	Martina Lanwehr	375
D	Diabetes Begleiterkrankungen DAK	Manuela Ahrens	378
	Diabetischer Fuß	Manuela Ahrens	378
	Dialyse	Monika Schulz	383
	DMP Asthma	Manuela Ahrens	378
	DMP Brustkrebs	Manuela Ahrens	378
	DMP COPD	Manuela Ahrens	378
	DMP Diabetes Typ 1 und 2	Manuela Ahrens	378
	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	Geriatric	Anke Voglau	377
	Gesund schwanger	Caroline Janik	177
	Gestationsdiabetes	Manuela Ahrens	378
H	Hautkrebsscreening	Anika Gilbrich	249
	Hepatitis C	Caroline Janik	177
	Herzschrittmacher	Caroline Janik	177
	Histopathologie – Hautkrebsscreening	Silke Seemann	387
	HIV/Aids	Liane Ohde	210
	Homöopathie	Brit Tesch	382
	Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	384
	Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann/ Stefanie Moor	387 384
	HZV	Caroline Janik	177

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
I	Interventionelle Radiologie	Martina Lanwehr	375
	Intravitreale Medikamenteneingabe	Brit Tesch	382
	Invasive Kardiologie	Caroline Janik	177
K	Koloskopie	Brit Tesch	382
	Krebsregister	Kirsten Martensen	243
	Reproduktionsmedizin	Silke Seemann	387
	Labor	Silke Seemann	387
L	Langzeit-EKG	Caroline Janik	177
	Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	375
M	Mammographie-Screening	Liane Ohde	210
	Medikationskonsil	Caroline Janik	177
	Molekulargenetische Untersuchung	Silke Seemann	387
	MRSA	Silke Seemann	387
	MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	375
N	Neugeborenenenscreening	Silke Seemann	387
	Neuropsychologie	Anke Voglau	377
	Nuklearmedizin	Martina Lanwehr	375
O	Onkologie	Kirsten Martensen	243
	Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	375
	Otoakustische Emission	Stefanie Moor	384
P	Palliativversorgung	Anke Voglau	377
	PDT/PTK	Brit Tesch	382
	PET/CT	Martina Lanwehr	375
	Pflegeheim	Caroline Janik	177
	Physikalisch-medizinische Leistungen	Anika Gilbrich	249
	Polygraphie/Polysomnographie	Anika Gilbrich	249
	Praxisassistenten	Marie Krethe	385
	Praxisnetze	Caroline Janik	177
	Proktologie	Brit Tesch	382
	Psychosomatische Grundversorgung	Anika Gilbrich	249
	Psychotherapie/Neuropsychologie	Anke Voglau	377
	Psychotherapie Informationsstelle	Anika Gilbrich	249

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
Q	Qualitätsmanagement	Manuela Ahrens	378
	Qualitätsbericht	Kirsten Martensen	243
	Qualitätszirkel	Anika Gilbrich	249
R	Radiologie	Martina Lanwehr	375
	Resist Projekt	Caroline Janik	177
S	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	Monika Schulz	383
	Schmerztherapie	Stefanie Moor	384
	Sozialpsychiatrie	Anke Voglau	377
	Sozialpädiatrie	Anke Voglau	377
	Soziotherapie	Anke Voglau	377
	Stoßwellenlithotripsie	Monika Schulz	383
	Strahlentherapie	Martina Lanwehr	375
	Substitutionsbehandlung	Liane Ohde	210
	Suchtvereinbarung	Liane Ohde	210
T	Tonsillotomie	Stefanie Moor	384
U	Ultraschall	Marion Rothe	376
	Übende suggestive Interventionen	Anke Voglau	377
V	Vakuumbiopsie der Brust	Martina Lanwehr	375
	VERAH-Care	Marie Krethe	385
	Vernetzte Versorgung	Caroline Janik	177
V	Willkommen Baby	Caroline Janik	177
Z	Zytologie	Silke Seemann	387

GLOSSAR

Akkreditierung:

Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution. Im Kontext der Qualitätssicherung entspricht dies der Erteilung von Genehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

AQUIK® – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen:

Indikatorenset von 48 sowohl fachgruppenübergreifenden als auch fachgruppenspezifischen Indikatoren für die ambulante Versorgung.

Audit:

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

Behandlungspfad:

Steuerungsinstrument, das den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge festlegt. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.

Benchmarking:

Konzept zum Vergleich bestimmter Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienst-

leistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Patientenzufriedenheit und dergleichen sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse.

Case Management:

Leitliniengestützte, sektorenübergreifende und durch Fachkräfte unterstützte Versorgungsform, die sich auf individuelle Patienten oder kleine Patientengruppen bezieht und eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat.

DIN:

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

DIN EN ISO 9000 ff.:

Diese internationale, erstmals Ende der Achtzigerjahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen). DIN EN ISO 9000:2005 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2008 legt Anforderungen an Qualitätsmanagement-Systeme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2009 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen. Die Qualität des Produkts beziehungsweise der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in DIN EN ISO 9001:2008 festgelegten Standards nachgewiesen werden können bzw. ob in den folgenden Überwachungs- bzw. Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

Disease-Management-Programm (DMP):

Sektorenübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientenpopulationen mit speziellen Risikokonstellationen richtet, deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien und durch die Eigeninitiative von Patienten soll eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses erreicht werden.

Effektivität:

Wirksamkeit, also das Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden. Eine Maßnahme ist effektiv, wenn sie geeignet ist, das formulierte Ziel zu erreichen.

Effizienz:

Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen. Eine Maßnahme ist effizient, wenn eine vorgegebene Wirkung mit geringstmöglichem Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):

Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der sich paritätisch aus Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der KBV zusammensetzt. Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Einzelfallprüfung durch Stichproben-/ Dokumentationsprüfung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Entsprechend den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, die Kassenärztlichen Vereinigungen wählen von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stich-

probenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt wird. Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance besitzen, in die Stichprobe zu gelangen. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar. Eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens ist im Einzelfall zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung abzuwägen. Dieser Abwägung ist bei der Ergebnisbewertung Rechnung zu tragen. Gleichmaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Bestehenskriterien der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

EN:

Europäische Norm

Ergebnisqualität:

siehe Qualitätsdimensionen

Evaluation:

Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (z.B. Auswirkungen auf die Patientenversorgung, auf das Wohlbefinden von Patient und Arzt, auf das ärztliche Selbstverständnis usw.) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

Evidenzbasierte Medizin (EbM):

EbM ist die Synthese aus individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer Forschung unter Einbeziehung von Patientenpräferenzen. Sie umfasst die Formulierung einer konkreten, beantwortbaren Fragestellung, die Suche nach der relevanten Evidenz in der klinischen Literatur, den Einsatz wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien und der Größe des beobachteten Effekts, die individuelle Anwendung dieser Evidenz auf die konkreten Patienten unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

Feedback:

Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Teil eines Regelkreises. Es hat deutlichen Einfluss auf das künftige Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme.

Fortbildung:

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

Frequenzregelungen:

Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordert, kann ein wesentlicher

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

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Genehmigungspflicht:

Die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist für eine Vielzahl von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen Voraussetzung für deren Durchführung und Abrechnung am gesetzlich versicherten Patienten. Der Arzt bzw. Psychotherapeut muss z.B. anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nachweisen, dass er die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegte fachliche Befähigung und die organisatorischen, räumlichen, apparativ-technischen sowie hygienischen Voraussetzungen erfüllt.

GKV-Spitzenverband:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und gestaltet als Verhandlungspartner, beispielsweise in Verhandlungen mit der KBV und als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

Hausarztzentrierte Versorgung (HzV):

Bei der HzV gemäß § 73b SGB V verpflichten sich gesetzlich Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Der Hausarzt steuert den gesamten Behandlungsprozess der bei ihm eingeschriebenen Patienten.

Health Technology Assessment (HTA):

Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikationen sowohl in absoluter Betrachtung als auch im Vergleich zu anderen damit konkurrierenden Verfahren. HTA ist eines der wichtigsten Instrumente der evidenzbasierten Medizin.

Hygieneprüfungen:

Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei Darmspiegelungen erfolgt zweimal im Jahr unangemeldet durch ein von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen werden bis zu zwei Wiederholungsprüfungen durchgeführt. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung des Arztes widerrufen.

Integrierte Versorgung:

Form der sektorenübergreifenden Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V, die als Bestandteil der Gesundheitsreform 2000 die Kooperation von ambulantem und sta-

tionärem Sektor unter risikoadjustierter Ausgliederung von Teilbudgets, direkten Verträgen mit den Kostenträgern und der Möglichkeit von Prämienermäßigungen der eingeschriebenen Patienten beabsichtigt.

ISO:

Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN).

Kollektivvertrag:

Die KBV oder regional die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit dem GKV-Spitzenverband oder Krankenkassen Verträge, um die ambulante Versorgung von gesetzlich Versicherten sicherzustellen. Der Bundesmantelvertrag ist ein Beispiel für einen Kollektivvertrag auf Bundesebene, in denen die Einzelheiten der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt sind. Auf Landesebene können Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen unter anderem die Höhe der Gesamtvergütung für spezielle vertragsärztliche Leistungen vereinbaren. Die Teilnahme am Kollektivvertrag ist für den Leistungserbringer verpflichtend. Die Abrechnung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

Kolloquien:

Maßnahme der Qualitätssicherung, die in der Umsetzung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien und Vereinbarungen in der Hauptsache als Instrument zur Beratung und gegebenenfalls Prüfung vorgesehen ist.

KTO®:

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Ein 1997 zunächst von der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen initiiertes, später unter Mitwirkung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und aller gesetzlichen Krankenkassen entwickeltes Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Hospize und Rettungsdienste.

GLOSSAR

Leitlinien:

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

Medizinproduktegesetz (MPG):

Deutsche Rechtsnorm, die drei EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, verbindlich in nationales Recht umsetzt. Mit dem MPG sind die EU-Richtlinien für aktive implantierbare Geräte, für Medikalprodukte und In-vitro-Diagnostika in nationales Recht verbindlich überführt.

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV):

Verordnung auf der Basis des Medizinproduktegesetzes, die Einzelheiten der Anwendung von Medizinprodukten regelt.

Nationale Versorgungsleitlinien:

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

Nutzen:

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

Peer Review:

Der Grundgedanke des Peer Reviews besteht darin, sich von Kollegen (speziell ausgebildete Peers) in der Praxis besuchen und beobachten zu lassen. Im anschlie-

ßenden kollegialen Gespräch wird das Praxishandeln kritisch reflektiert mit dem Ziel, zu lernen und sich zu verbessern. Als freiwillige Initiative ergänzt Peer Review das Portfolio ambulanter Qualitätsinstrumente.

Plausibilitätskontrolle:

Überprüfung von Ergebnissen im Kontext anderer verfügbarer Angaben aus parallel oder schon früher erstellten Befunden (Befundmusterkontrolle, Trendkontrolle) sowie anhand von Grenzwerttabellen oder nach empirischen Regeln (Extremwertkontrolle, Regelprüfung). Die jeweiligen Entscheidungsgrenzen können nach sachlogischen Gesichtspunkten vorgegeben oder mit Hilfe explorativer Datenanalysen statistisch ermittelt werden. Plausibilitätskontrollen werden außerdem von den Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich bei mindestens zwei Prozent aller Vertragsärzte/-psychotherapeuten hinsichtlich ihrer Honorarabrechnungen und Zeitprofile durchgeführt.

Praxisbegehungen:

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

Prozessqualität:

siehe Qualitätsdimensionen

Qualität:

Nach der DIN EN ISO 9000:2005 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ definiert. Diese abstrakte Definition wurde von Prof. Wilhelm van Eimeren konkretisiert als „das Verhältnis vom Machba-

ren bezogen auf das Erwünschte“. Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor definierten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist nach Prof. Avedis Donabedian zu überprüfen. Wie dieser Soll-Zustand als Ausdruck der „guten Qualität“ in der Gesundheitsversorgung näher zu definieren ist, mag dabei allerdings je nach Blickwinkel von verschiedenen Akteuren unterschiedlich bewertet werden.

Qualitätsdimensionen:

Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-) Ergebnisses Anforderungen erfüllt. Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als „Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen“ geht auf Avedis Donabedian zurück. Demnach unterscheiden sich die drei Dimensionen wie folgt:

- › Strukturqualität umfasst die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschließlich der Zugangsmöglichkeiten für die Patienten;
- › Prozessqualität meint alle medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen;
- › Ergebnisqualität beschreibt die dem medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen. Siehe auch Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Qualitätsindikator:

Quantitatives oder qualitatives Maß, welches die Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen zumeist durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbildet. Qualitätsindikatoren können einzelne Aspekte von Qua-

lität transparent machen und damit auch Auffälligkeiten bzw. potenzielle Qualitätsdefizite in die Aufmerksamkeit rücken. Sie können als Instrument zur Bewertung und zum Monitoring der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter oder schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu werden anhand von Referenzwerten bzw. Referenzbereichen Ausprägungen des Indikators definiert. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen. Qualitätsindikatoren werden auch als qualitätsbezogene Kennzahlen oder Qualitätskennzahlen bezeichnet.

Qualitätsmanagement:

Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Gesetzgebung.

Qualitätssicherung:

Unter Qualitätssicherung als Synonym für Qualitätssicherung sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Versicherten und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen dahingehend schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff Qualitätssicherung bisher eine zentrale Rolle für

GLOSSAR

verschiedenste Aktivitäten. Traditionell wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter externer Qualitätssicherung werden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Dies ist für den ambulanten Bereich in der Hauptsache in den Disease-Management-Programmen umgesetzt. Insgesamt existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Qualitätssicherungsbeauftragte:

Die Kassenärztliche Vereinigung beruft einen Qualitätssicherungsbeauftragten, der Ärzte in Fragen der Qualitätssicherung berät.

Qualitätssicherungskommissionen:

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

Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV:

Die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V schaffen strukturelle Voraussetzungen durch eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, durch das Berufen eines Qualitätssicherungsbeauftragten in den Kassenärztlichen Vereinigungen, das Einrichten von Qualitätssicherungskommissionen und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Als Verfahren zur Qualitätssicherung werden Qualitätszirkel, Ringversuche, Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) und Kolloquien eingesetzt.

Qualitätszirkel:

Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gründende Foren für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®:

Ein von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Es ermöglicht Vertragsärzten, ein umfassendes Qualitätsmanagement auf der Basis eines Manuals einzuführen und es von einer Zertifizierungsstelle begutachten zu lassen.

Reliabilität:

Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird zusätzlich von Objektivität beziehungsweise Interbeobachterübereinstimmung gesprochen.

Rezertifizierung:

Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem sich Vertragsärzte in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterziehen. Umgesetzt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung zur kurativen Mammographie. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen.

Richtlinie:

Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens,

die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Ringversuch:

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

Standard:

Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. Allgemein werden hierunter Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau verstanden. Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Aus juristischer Sicht ist ein medizinischer Standard das, was auf dem betreffenden Fachgebiet dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.

Strukturqualität:

siehe Qualitätsdimensionen

Validität:

Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium der Qualität einer empirischen Untersuchung. Zusammen mit den Kriterien der Reliabilität und der Objektivität können Aussagen zur Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

Versorgungsforschung:

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

Wirksamkeit:

Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden.

Zertifizierung:

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

Aktualisierter und modifizierter Auszug aus dem Glossar der GMDS zum Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2007; veröffentlicht im Qualitätsbericht der KBV, Ausgabe 2016.

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

