



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

kreativ ✓ konstruktiv ✓ konfliktiv ✓

Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in M-V

Berichtsjahr 2018 | Ausgabe 2019



Inhaltsverzeichnis

Ambulante vertragsärztliche Versorgung – AKTUELL 6

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV..... 8

Qualitätssicherung AKTUELL 10



Neue Leistung – Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung.....	11
Zweites sektorenübergreifendes Qualitätssicherungs-Verfahren	11
Neue Qualitätssicherungs-Vereinbarung Spezial-Labor	12
Interview mit Dr. med. Braco-Goran Matic	12
Bundesweit geltende Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien.....	14
Qualitätssicherungs-Kommissionen	16
Onkologie-Kommission.....	18
Schmerztherapie-Kommission.....	18
Kommission Ambulantes Operieren	19
Bericht der Qualitätssicherungskommission Methadon	20
Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung teilweise ausgesetzt	21
Fortbildungsangebote	22
Hygiene: Service – Beratung – Kooperation	23

Qualitätssicherung ALLGEMEIN 24



Kennzahlen der Qualitätssicherung	24
Genehmigungsverfahren	24
Akupunktur.....	26
Ambulantes Operieren.....	26
Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren	27
Arthroskopie.....	27
Balneophototherapie	28
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	28
Disease-Management-Programm	28
Diabetes mellitus Typ 1	28
Diabetes mellitus Typ 2.....	29
Brustkrebs	29
Koronare Herzerkrankung	29

Asthma bronchiale	29
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	29
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	29
Herzschrittmacher-Kontrolle.....	30
Histopathologie Hautkrebs-Screening	31
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen.....	32
Hörgeräteversorgung.....	32
Hörgeräteversorgung – Kinder	33
Interventionelle Radiologie.....	33
Intravitreale Medikamenteneingabe	33
Invasive Kardiologie	34
Kapselendoskopie – Dünndarm.....	35
Koloskopie	35
Laboratoriumsuntersuchungen	37
Langzeit-EKG-Untersuchungen.....	37
Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie	38
Magnetresonanztomographie-Angiographie	39
Mammographie (kurativ).....	40
Mammographie-Screening	41
Molekulargenetik	41
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus....	41
Neuropsychologische Therapie	42
Onkologie	42
Otoakustische Emissionen	43
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung.....	43
Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT	43
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund ..	44
Phototherapeutische Keratektomie	44
Schlafbezogene Atmungsstörungen.....	44
Schmerztherapie	45
Sozialpsychiatrie.....	45
Soziotherapie	45
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	46
Strahlendiagnostik/-therapie.....	46
Substitutionsgestützte Behandlung	
Opiatabhängiger.....	48
Ultraschalldiagnostik	48
Vakuumbiopsie der Brust.....	52
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri.....	52
Glossar	53
Ansprechpartner	59



IMPRESSUM

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts,
Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin,
Internet: www.kvmv.de

Redaktion

Geschäftsbereich Qualitätssicherung,
Anette Winkler (V.i.S.d.P.),
Kirsten Martensen,
Telefon: 03 85.74 31 243, Fax: 03 85.74 31 66243,
E-Mail: qual-sicherung@kvmv.de

Layout und Satz

Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
Katrin Schilder

Grafiken

Kassenärztliche Vereinigung M-V

Kartengrundlage

© Lutum+Tappert
© Kassenärztliche Vereinigung M-V

Bildnachweis

© Kassenärztliche Vereinigung M-V/Schilder/Schrubbe
© clipdealer: Titel: SeanPrior/dolgachov; S. 2: dolgachov;
S.6-9: dolgachov; S.10/11.: SeanPrior; S.14/15: bialasiewicz;
S.16/17: leaf;

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen unseren nunmehr 15. Qualitätsbericht zur Kenntnis geben zu können. Mit diesem Bericht möchten wir Ihnen, wie bereits in den letzten Jahren, einen Überblick zum Stand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie zu den Qualitätssicherungsvorgaben und deren Umsetzung in der ambulanten medizinischen Versorgung geben. Vor allem können wir die stetig hohe Qualität der ärztlichen Arbeit in den Praxen unseres Landes belegen.

Aufgrund der im Juli 2018 verabschiedeten Beschlüsse des Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hinsichtlich der Aussetzung der Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung für bestimmte Leistungsbereiche ab dem dritten Quartal 2018 ergeben sich im Berichtsjahr 2018 Diskrepanzen im Vergleich zu den Vorjahren. Hintergrund war ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg, wonach die zugrundeliegende Qualitätsprüfungs-Richtlinie hinsichtlich der Pseudonymisierung der Patientendaten nicht den gesetzlichen Vorgaben entspricht und daher anzupassen ist. Eine entsprechende Verarbeitung der bereits angeforderten Daten auf der Grundlage der genannten Richtlinie wurde als unzulässig erklärt. Im Februar 2019 hatte der G-BA die Stichprobenprüfungen für mehrere Richtlinien weiterhin bis Ende des zweiten Quartals 2019 ausgesetzt. Der G-BA legte den Entwurf einer neu gefassten Qualitätsprüfungs-Richtlinie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zur Stellungnahme vor. Im Juni 2019 hat der G-BA unter anderem die Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung neu beschlossen. Des Weiteren wurde die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien Radiologie und Arthroskopie außer Kraft gesetzt und die Aussetzung der Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie bis zum 31. Dezember 2019 verlängert. Eine Neufassung dieser drei Richtlinien wird derzeit beraten, insbesondere im Hinblick auf die datenschutzrechtlichen Vorgaben. Wir hoffen, dass Qualitätssicherung somit im Jahr 2020 für alle Leistungsbereiche wieder aufgenommen werden kann. Denn die Qualität zu prüfen, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu sichern, ist sowohl eine der wesentlichen Aufgaben als auch eine Kernkompetenz der KVMV.

Neben dem gewohnten Einblick in ausgewählte genehmigungspflichtige Leistungsbereiche möchten wir Ihr Augenmerk auf die Arbeit der Qualitätssicherungs-Kommissionen richten. Der Vorsitzende der Labor-Kommission berichtet in einem Interview von seiner Arbeit als Kommissionsmitglied.

Wir wünschen Ihnen eine informative Lektüre und freuen uns auf Ihre Anregungen.

Axel Rambow
Vorsitzender der KVMV

Dipl.-Med. Jutta Eckert
Stellv. Vorsitzende

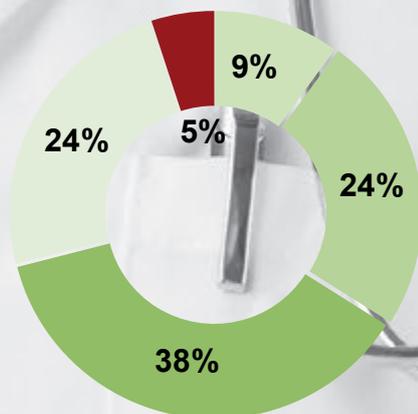
Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Stellv. Vorsitzende

Ambulante vertragsärztliche Versorgung – AKTUELL

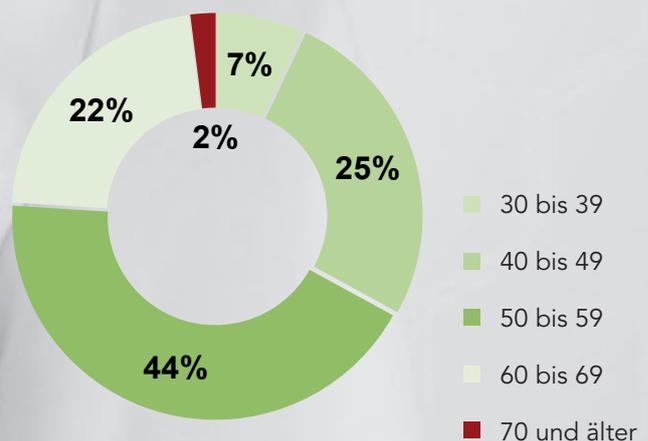
Der steigende Altersdurchschnitt der Ärzte und das Fehlen von Nachwuchs macht eine flächendeckende ambulante Versorgung schwieriger und stellt die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) zukünftig vor größere Herausforderungen. Immer mehr Praxen schließen im Land, da die Nachfolger fehlen. Ferner führen der demografische Wandel und die damit verbundene Häufigkeit der Erkrankungen der Patienten zu einer erhöhten Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung. Durch den steigenden Versorgungsbedarf ist für die Patienten jedoch gerade eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung von besonderer Bedeutung. Um dennoch die ambulante Versorgung im dünn besiedelten Flächenland M-V gewährleisten zu können, hat die KVMV in den letzten Jahren umfassende Maßnahmenpakete entwickelt. Aufgrund des Ärztemangels kommt hierbei vor allem der Förderung des medizinischen Nachwuchses eine besondere Stellung zu. Aber auch für die bereits tätigen Vertragsärzte gilt es, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Die KVMV versucht insbesondere durch Zuschüsse für die Gründung von Nebenbetriebsstätten und Investitions- und Gehaltszuschüsse für die Anstellung von Ärzten die bereits tätigen Ärzte im Land zu halten bzw. eine Niederlassung attraktiver zu gestalten.

In M-V haben insgesamt 3.088 Ärzte und Psychotherapeuten (Personen) in eigener Praxis oder als Angestellte bei niedergelassenen Ärzten bzw. Psychotherapeuten oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der ambulanten Versorgung teilgenommen. Davon arbeiten 1.170 als Hausärzte (ohne Pädiater). Zur Gruppe der Fachärzte gehören 1.918 Ärzte und Psychotherapeuten.

Altersverteilung Hausärzte



Altersverteilung Fachärzte und Psychotherapeuten



Die spezielle Demografie des Bundeslandes spiegelt sich auch bei den ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten wider. Aktuell sind 29 Prozent der Hausärzte (Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte) älter als 60 Jahre. Das durchschnittliche Alter dieser Facharztgruppe liegt derzeit bei 54,76 Jahren und bei den hausärztlich tätigen Internisten bei 53,07 Jahren.

Ähnlich stellt sich die Altersverteilung bei den Fachärzten dar. Mit Stand August 2019 sind 24 Prozent der Fachärzte (einschließlich Pädiater und Psychotherapeuten) in M-V älter als 60 Jahre. Durchschnittlich sind die Ärzte dieser Fachgebiete 51,93 Jahre alt.

Stand: August 2019

Die Gesamtzahl von 3.088 Personen setzt sich aus den haus- und fachärztlich tätigen Ärzten zusammen, spiegelt jedoch nicht die tatsächliche und planbare Zahl wider. Auf Grund von ganzen, halben und anteiligen Zulassungen bzw. Anstellungen variiert die Anzahl der Versorgungsaufträge nach Bedarfsplan zur Gesamtzahl der Personen. Die Aufteilung der Ärzte nach Fachgruppen stellt sich wie folgt dar:



	Anzahl Zulassungen	Durchschnittsalter (gesamt)	Anzahl der Ärzte 60 Jahre und älter (gesamt)	Anzahl angestellte Ärzte	Durchschnittsalter der angestellten Ärzte	Anzahl der angestellten Ärzte 60 Jahre und älter	Gesamt Anzahl Ärzte
Hausärzte (ohne Pädiater)							
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	726	54,76	234	136	49,21	34	862
Internisten	224	53,07	36	84	53,18	26	308
Gesamt (Personen)	950	53,92	270	220	51,20	60	1.170
Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)	949,5			165,35			
Fachärzte							
Anästhesisten	35	53,86	5	15	53,73	3	50
Augenärzte	101	54,43	22	26	45,38	3	127
Chirurgen	91	56,03	28	22	54,05	7	113
Dermatologen	58	54,43	16	4	58,00	2	62
Gynäkologen	159	54,35	48	42	50,83	9	201
HNO-Ärzte	78	52,83	17	16	48,50	3	94
Internisten	126	54,25	27	79	51,46	14	205
Laborärzte	3	56,33	–	26	56,42	10	29
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	15	49,33	1	2	43,00	–	17
Nervenärzte	99	55,70	27	29	53,03	7	128
Neurochirurgen	12	54,50	3	5	50,80	2	17
Nuklearmediziner	12	55,25	5	9	53,78	2	21
Orthopäden	93	53,41	18	18	51,33	6	111
Pädiater	101	55,08	29	39	51,36	12	140
Pathologen	16	54,38	6	3	43,33	–	19
Physikalisch-Rehab. Medizin	16	55,69	3	1	51,00	–	17
Psychol. Psychotherapeuten	327	50,12	56	18	44,17	1	345
Psychotherapeuten	65	55,48	22	5	53,60	1	70
Radiologen	32	55,19	7	33	52,91	9	65
Strahlentherapeuten	–	–	–	17	48,65	2	17
Sonst. Gebiete	2	57,00	1	5	56,40	2	7
Urologen	51	54,90	20	12	53,42	4	63
Gesamt (Personen)	1.492	51,93	361	426	51,14	99	1.918
Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)	1.358			299,55			
Gesamt HÄ/FÄ (Zulassung+Anstellung)							3.088
Gesamt HÄ/FÄ (Zul.+Anst.) nach Bedarfsplanung							2.772

Stand: August 2019

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV

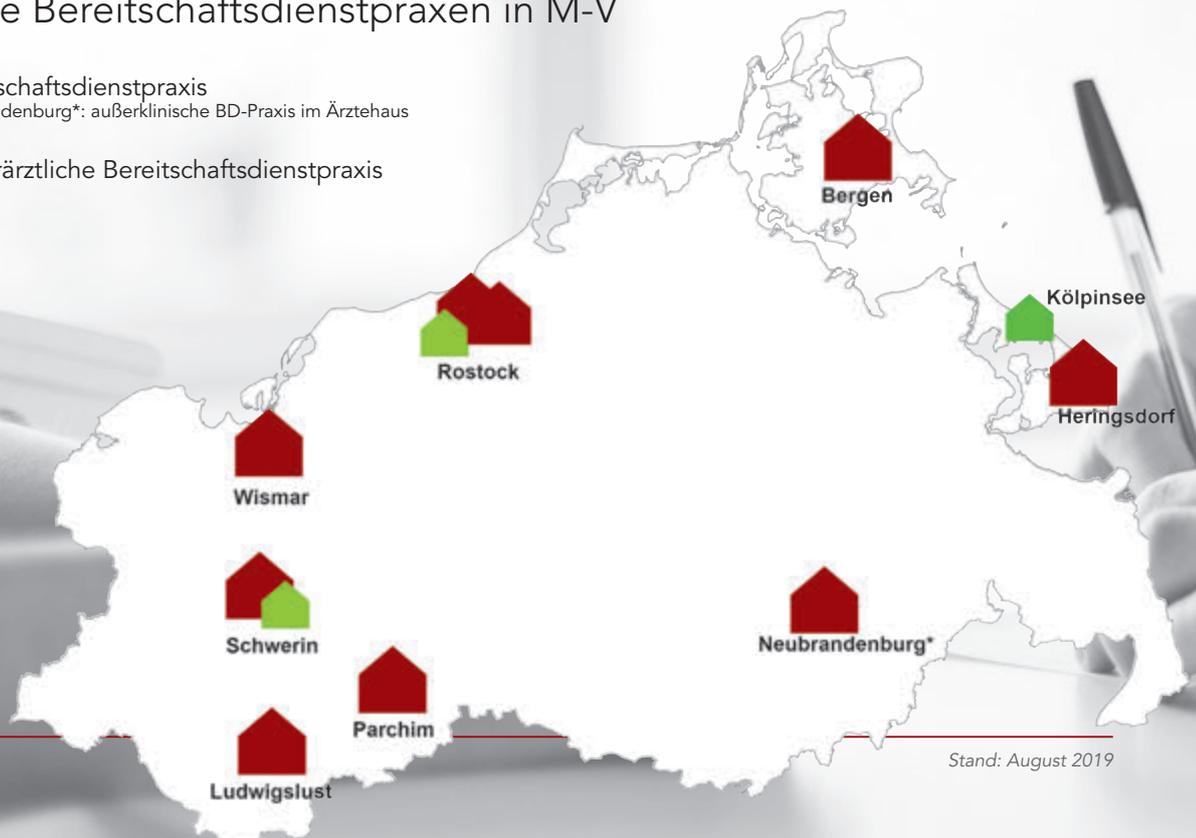
Was ist zu tun, wenn einem Versicherten über Nacht plötzlich unerwartet hohes Fieber oder eine Magendarm-Infektion heimsucht und keine Praxis mehr geöffnet hat?

Die ambulante medizinische Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten wird von den Vertragsärzten und rund 100 freiwillig am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten sichergestellt. Freiwillig am ärztlichen Bereitschaftsdienst können u.a. Ärzte, die bereits im Ruhestand sind, Krankenhausärzte oder auch Ärzte in Weiterbildung auf Antrag teilnehmen. Die in M-V am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte gewährleisten die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zusätzlich zu ihrem täglichen Praxisalltag.

Wenn es sich um eine nicht lebensbedrohliche Erkrankung handelt, die aus medizinischer Sicht jedoch nicht bis zur nächsten Sprechstunde eines Vertragsarztes warten kann, sollte die Patientin/der Patient eine der zwölf Bereitschaftsdienstpraxen im Land aufsuchen oder einen Bereitschaftsdienstarzt unter der 116117 kontaktieren. Wird die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 in Anspruch genommen, wird die Patientin/der Patient direkt mit dem diensthabenden Arzt der entsprechenden Region verbunden. Die korrekte Zuordnung wird durch Mitarbeiter der Telefonzentrale mittels Postleitzahlabfrage gewährleistet.

Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen in M-V

-  Bereitschaftsdienstpraxis
Neubrandenburg*: außerklinische BD-Praxis im Ärztehaus
-  Kinderärztliche Bereitschaftsdienstpraxis



Stand: August 2019

M-V ist für den ärztlichen Bereitschaftsdienst in 62 Bereiche eingeteilt. Zusätzlich zum Fahr-/Hausbesuchsdienst oder auch der Vorstellung in der Praxis des diensthabenden Arztes haben die Patienten die Möglichkeit, in den Orten Bergen auf Rügen, Heringsdorf, Ludwiglust, Neubrandenburg, Parchim, Rostock, Schwerin und Wismar eine Bereitschaftsdienstpraxis aufzusuchen. Zusätzlich stehen in Rostock, Schwerin und Kölpinsee auch kinderärztliche Bereitschaftsdienstpraxen für die kleinen Patienten zur Verfügung.

Grundsätzlich sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in M-V zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Besonders bei fachübergreifenden Beschwerden ist es für den diensthabenden Arzt oftmals schwierig, die unterschiedlichen Krankheitsbilder fachkompetent behandeln zu können. Aus diesem Grund wird von der KVMV zweimal im Jahr (Frühjahr/Herbst) jeweils an zwei Nachmittagen eine Fortbildung zum Thema ärztlicher Bereitschaftsdienst angeboten. Neben allgemeinen Informationen rund um das Thema ärztlicher Bereitschaftsdienst erhalten die Teilnehmer Einblick in die notfallmäßige Versorgung von Akuterkrankungen der verschiedensten Fachgebiete. Beispielsweise werden typische Behandlungsfälle eines Allgemeinmediziners, Kinderarztes, Gynäkologen aber auch Orthopäden thematisiert. Den Teilnehmern werden alle grundsätzlichen Fragen zur Durchführung einer ärztlichen Leichenschau und zur Ausstellung der Todesbescheinigung oder allgemeine Fragen zum Inhalt des Arztkoffers beantwortet. Die Schulung wird von langjährigen niedergelassenen, neueinsteigenden und freiwillig am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten mit großem Interesse besucht. Auf der Internetseite der KVMV und im KV-Journal werden die Termine zu den nächsten Fortbildungsveranstaltungen veröffentlicht.





Qualitätssicherung AKTUELL

Aktuelles von der Bundesebene

Jährlich werden auf Bundesebene neue Qualitätssicherungsmaßnahmen beschlossen. Hierzu erlässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V Bestimmungen für Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen werden fortwährend zielbewusst aktualisiert und weiterentwickelt.

NEUERUNGEN 2018

Zweites Verfahren sQS: Vermeidung nosokomiale Infektionen ⓘ

Neue genehmigungspflichtige Leistung: Ultraschallscreening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen

Neue Qualitätssicherungs-Vereinbarung Spezial-Labor ⓘ

Neue Leistung – Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung ⓘ

Änderungen Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

Qualitätssicherungs-Vereinbarung Laserbehandlung des benignen Prostatakarzinoms – Aufnahme Thulium-Laserresektion

Neue Leistung: Hyperbare Sauerstofftherapie bei schwerem diabetischem Fußsyndrom

Neue Leistung: Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit

Änderungen Mammographie-Screening Programm

Änderung Qualitätssicherungs-Vereinbarung kurative Mammographie

Neue Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Kontrolle kardialer Rhythmusimplantate

Neue Rahmenrichtlinie zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)



Neue Leistung – Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Januar 2018 das gynäkologische und urologische Kapitel des EBM erweitert und jeweils zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Behandlung und die Nachbeobachtung für den ärztliche Aufwand im Zusammenhang mit der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie aufgenommen. Außerdem wurde eine Sachkostenpauschale in den EBM-Abschnitt 40.5 aufgenommen.

Bereits seit 2013 ist das Botulinumtoxin-A enthaltende Arzneimittel Botox® für zwei weitere Indikationsbereiche zugelassen. Einer ist die idiopathische überaktive Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Der andere Bereich ist die Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose.

Die Abrechnung einer Botoxbehandlung setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus, die an den jährlichen Nachweis der Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME-Punkten gebunden ist.

Die Kosten für die Beschaffung des Arzneimittels Botox® trägt die Krankenkasse des gesetzlich versicherten Patienten. Dazu stellt der Arzt dem Patienten ein Rezept aus, das in der Apotheke eingelöst werden kann. Alternativ beschafft der Arzt das Arzneimittel und erhält die Kosten erstattet.



Zweites sektorenübergreifendes Qualitätssicherungs-Verfahren: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (sQS WI)

Am 1. Januar 2017 bzw. 1. Januar 2018 starteten Abschnitt eins bzw. zwei des zweiten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungs-Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektion“. Es betrifft in der vertragsärztlichen Versorgung rund 8.000 operativ tätige Ärzte bzw. 5.000 Einrichtungen der Fachrichtungen Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe.

Das Verfahren fußt auf zwei Säulen: Im ersten Abschnitt des Verfahrens werden postoperative Wundinfektionen, die zur stationären Aufnahme geführt haben, im Krankenhaus erfasst. Durch eine Verknüpfung dieser Daten mit Sozialdaten, die den Krankenkassen vorliegen, ist es möglich, diese Wundinfektionen zurückzuverfolgen und festzustellen, wo der ambulante oder stationäre Initialeingriff erfolgt ist. Somit werden Wundinfektionen ohne QS-Dokumentation im ambulanten Bereich auch sektorenübergreifend zurückverfolgt, zurückgespiegelt und können gegebenenfalls zu Qualitätssicherungsmaßnahmen führen. Rückmeldungen zu gegebenenfalls aufgetretenen postoperativen Wundinfektionen können dem jeweiligen Operateur aufgrund der langen Datenlieferfristen der Sozialdaten erst nach ca. zwei Jahren zurückgemeldet werden.

Im zweiten Abschnitt des Verfahrens werden operierende Ärzte in Praxen, in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und in Krankenhäusern verpflichtet, einmal jährlich Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement ihrer Einrichtung zu beantworten. Die Dokumentationspflicht beginnt erstmalig im ersten Quartal 2018 und bezieht sich jeweils auf das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement des vorangegangenen Jahres. Für die sogenannte Einrichtungsbefragung gibt es unterschiedliche Fragebögen: einen Fragebogen, der sich an ambulant operierende Ärzte in Praxen und MVZ richtet, sowie einen Fragebogen für stationär operierende Ärzte in Krankenhäusern (wie Belegärzte). Dokumentationspflichtig sind alle Ärzte in Praxen, MVZ und Krankenhäusern, welche im vorangegangenen Jahr mindestens einen sogenannten Tracer-Eingriff durchgeführt haben. Welche Eingriffe als Tracer-Eingriffe gewertet werden, gibt die Spezifikation des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vor.

Um die einbezogenen Vertragsärzte bereits im Vorfeld bestmöglich zu informieren und den Aufwand in den Praxen so gering wie möglich zu halten, werden für die jährliche Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement eine Online-Ausfüllhilfe, eine Online-Fortbildung zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie sowie der Online-Test: Mein PraxisCheck „Prävention Wundinfektionen“ zur Verfügung gestellt. Die einbezogenen Vertragsärzte haben zudem die Möglichkeit, über eine kostenfreie Software zu dokumentieren. Die KVMV stellt im Sicheren Netz (SNK) ein Webportal „Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene“ zur Verfügung, in dem operativ tätige Ärzte für ihre Betriebsstätten dokumentieren können. Abgabefrist für die ausgefüllte Einrichtungsbefragung war für das erste Jahr der 30. April 2018. Alle Fragen des ambulanten Fragebogens sind mit der webbasierten Ausfüllhilfe verlinkt.



Neue Qualitätssicherungs-Vereinbarung Spezial-Labor

Zum 1. April 2018 trat die neue Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin in Kraft. Die „QS-Vereinbarung Spezial-Labor“ ersetzt die „Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung“ vom 8. Dezember 1990 in der Fassung vom 1. Januar 2015. Die neue QS-Vereinbarung Spezial-Labor gilt für alle Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnitts 32.3 und für die entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM und ist dreistufig aufgebaut.

Stufe I: Nachweis der fachlichen Befähigung

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung orientieren sich eng an den bisherigen Vorgaben: Ärzte, die Spezial-Labor-Leistungen erbringen wollen, müssen an einem Kolloquium teilnehmen. Ausgenommen davon sind nach § 3 der QS-Vereinbarung Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und für ausgewählte Leistungen auch Mikrobiologen, Transfusionsmediziner und entsprechend EBM weitere Facharztgruppen.

Stufe II: Genehmigung mit Auflage (Nachweis weiterer Anforderungen)

Neue Genehmigungen werden mit der Auflage erteilt, dass der Arzt innerhalb von zwölf Monaten bestimmte Nachweise zum internen Qualitätsmanagement erbringt. Werden die erforderlichen Nachweise vor Ablauf dieser Frist eingereicht, wird die Genehmigung unbefristet erteilt, andernfalls läuft die Genehmigung aus.

Stufe III: Stichprobenprüfungen zur internen und externen Qualitätssicherung

Um zu überprüfen, ob die Anforderungen der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ (Rili-BÄK) an die interne und externe Qualitätssicherung erfüllt werden, sind Stichprobenprüfungen von 15 Prozent der abrechnenden Ärzte vorgesehen. Die einzureichenden Dokumentationen müssen Aussagen über das interne Qualitätsmanagement-System (z.B. Qualitätsmanagement-Handbuch, Gerätenachweise, Mitarbeiterqualifikation, Fehlermanagement) und die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung (Ringversuche) enthalten.

Interview mit Dr. med. Braco-Goran Matic, Facharzt für Laboratoriumsmedizin und Transfusionsmedizin und Mitglied der Labor-Kommission

■ Dr. Matic, seit wann sind Sie in der Labor-Kommission tätig?

Ich bin 2001 in die Labor-Kommission berufen worden und seit 2003 Vorsitzender.

■ Worin sehen Sie die Notwendigkeit der Kommissionsarbeit?

Wir waren in der Vergangenheit mit Abrechnungsfragen beschäftigt und mit der Prüfung der Voraussetzungen für die Abrechnung labormedizinischer Leistungen. Seit dem 1. April 2018 ist die neue „QS-Vereinbarung Spezial-Labor“ in Kraft getreten.

■ Wie verändert sie das Bild der Kommissionsarbeit?

Eigentlich wird unsere Arbeit sogar einfacher, da nun bundesweit einheitliche Regeln gelten. Tatsächlich haben wir viele administrative Fragen schon in den letzten Jahren ähnlich behandelt wie es jetzt die „QS-Vereinbarung Spezial Labor“ verbindlich vorsieht.



Dr. med. Braco-Goran Matic, Facharzt für
Laboratoriumsmedizin und Transfusionsmedizin

■ **Sind Sie mit dieser Vereinbarung zufrieden oder hätte darin das Augenmerk auf andere Dinge gelegt werden müssen?**

Es ist gut, dass es diese Vereinbarung nun gibt. Sie führt zu einer bundesweiten Standardisierung, und die ärztlichen Kollegen werden bei der Niederlassung nicht durch unterschiedliche Vorgehensweisen in den verschiedenen Bundesländern irritiert.

■ **Sehen Sie in der neuen Vereinbarung eine Verbesserung der Qualitätssicherung?**

Der Garant für die Qualität in der medizinischen Versorgung ist der gut ausgebildete Arzt in einem motivierenden Umfeld, unterstützt von Mitarbeitern mit Herz und Verstand, der seine Arbeit mit Passion ausüben darf. Die neue Vereinbarung regelt bisher unregelte Abläufe in der Administration der Kassenärztlichen Vereinigung und ist für uns hilfreich, da sie klare Handlungsanweisungen enthält.

■ **Wie schätzen Sie die Qualität der Laborleistungen in Mecklenburg-Vorpommern allgemein ein?**

Der überwiegende Anteil der Laboruntersuchungen in Mecklenburg-Vorpommern wird in akkreditierten Laboren durchgeführt. Diese unterhalten einen sehr hohen Qualitätsstandard und werden im Rahmen der Akkreditierung intensiv überwacht. Die Qualität ist also top!

■ **Qualitätssicherung ist auch mit Aufwand für die Praxen verbunden. Wie beurteilen sie die Akzeptanz Ihrer Kommissionsarbeit im Kollegenkreis?**

Die Kollegen in der Niederlassung sind mit hohen bürokratischen Anforderungen konfrontiert, deren Zweck sich nicht immer erschließt. Wir möchten mit Augenmaß und aus der Praxis kommend beraten und Hilfestellung geben, wo es notwendig erscheint.

■ **Gibt es etwas, was Sie Kollegen raten würden?**

Generell möchte ich etwas empfehlen, was sich auch außerhalb des Labors in der ärztlichen Praxis empfiehlt: Halten Sie Ihr QM-System und ihre Arbeitsanweisungen durch regelmäßige kritische Durchsicht am Leben und dokumentieren Sie dieses.

■ **Wie sehen Sie die Zukunft der Kommissionsarbeit?**

Wir müssen nun die neuen Maßgaben vernünftig umsetzen, ohne uns in Einzelheiten zu verlieren. Und: Folglich wird uns die Arbeit sicher nicht ausgehen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Kirsten Martensen aus dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung.

Bundesweit geltende Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien

BIS 1997
ambulante Operationen
Arthroskopie
Blutreinigung/Dialyse
Herzschrittmacher-Kontrolle
Labor-Spezial
Langzeit-EKG
LDL-Apherese
Magnetresonanz-Tomographie (MRT)
Onkologie
otoakustische Emissionen
Psychotherapie
Schlafapnoe
Schmerztherapie
Sozialpsychiatrie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik/-therapie
Substitution
Ultraschalldiagnostik
Zytologie

1998 BIS 2005
DMP Asthma/COPD
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
DMP koronare Herzerkrankung (KHK)
Invasive Kardiologie
Koloskopie
Magnetresonanz-Tomographie der Mamma (MRM)
Mammographie-Screening
medizinische Rehabilitation
photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
Soziotherapie
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
ambulante Operationen
Arthroskopie
Blutreinigung/Dialyse
Herzschrittmacher-Kontrolle
Labor-Spezial
Langzeit-EKG
LDL-Apherese
Magnetresonanz-Tomographie (MRT)
Onkologie
otoakustische Emissionen
Psychotherapie
Schlafapnoe
Schmerztherapie
Sozialpsychiatrie
Stoßwellenlithotripsie
Strahlendiagnostik/-therapie
Substitution
Ultraschalldiagnostik
Zytologie

2006 BIS 2015

Akupunktur
 Balneophototherapie
 Dünndarm-Kapselendoskopie
 Histopathologie (Hautkrebs-Screening)
 HIV/Aids
 Hörgeräteversorgung
 Hörgeräteversorgung (Kinder)
 interventionelle Radiologie
 intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
 Lp(a)-Apherese
 Magnetresonanz-Angiographie (MRA)
 Mammographie (kurativ)
 Molekulargenetik
 neuropsychologische Therapie
 phototherapeutische Keratektomie (PTK)
 Vakuumbiopsie der Brust
 ambulante Operationen
 Arthroskopie
 Blutreinigung/Dialyse
 DMP Asthma/COPD
 DMP Brustkrebs
 DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
 DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
 DMP koronare Herzerkrankung (KHK)
 Herzschrittmacher-Kontrolle
 Invasive Kardiologie
 Koloskopie
 Labor-Spezial
 Langzeit-EKG
 LDL-Apherese
 Magnetresonanz-Tomographie der Mamma (MRM)
 Magnetresonanz-Tomographie (MRT)
 Mammographie-Screening
 medizinische Rehabilitation
 Onkologie
 otoakustische Emissionen
 photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
 Psychotherapie
 Schlafapnoe
 Schmerztherapie
 Sozialpsychiatrie
 Soziotherapie
 Stoßwellenlithotripsie
 Strahlendiagnostik/-therapie
 Substitution
 Ultraschalldiagnostik
 Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
 Ultraschalldiagnostik im 2. Trimenon
 Zytologie

2018

Spezial-Labor
 Laserbehandlung bei bPS
 Rhythmusimplantat-Kontrolle
 Akupunktur
 Ambulantes Operieren
 Arthroskopie
 Balneophototherapie
 Blutreinigung/Dialyse
 DMP Asthma/COPD
 DMP Brustkrebs
 DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
 DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
 DMP koronare Herzkrankheit (KHK)
 Dünndarm-Kapselendoskopie
 Spezialisierte geriatrische Diagnostik
 Histopathologie (Hautkrebs-Screening)
 HIV/Aids
 Hörgeräteversorgung
 Hörgeräteversorgung (Kinder)
 Interventionelle Radiologie
 Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
 Invasive Kardiologie
 Koloskopie
 Langzeit-EKG
 LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
 Lp(a)-Apherese
 Magnetresonanz-Angiographie (MRA)
 Magnetresonanz-Tomographie der Mamma (MRM)
 Magnetresonanz-Tomographie (MRT)
 Mammographie (kurativ)
 Mammographie-Screening
 Methicillin-resistenter
 Staphylococcus Aureus (MRSA)
 Molekulargenetik
 neuropsychologische Therapie
 Onkologie
 Otoakustische Emissionen
 palliativ-medizinische Versorgung
 phototherapeutische Keratektomie (PTK)
 photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
 Positronenemissionstomographie (PET/CT)
 Psychotherapie
 schlafbezogene Atmungsstörungen
 Schmerztherapie
 Sozialpsychiatrie
 Soziotherapie
 Stoßwellenlithotripsie
 Strahlendiagnostik/-therapie
 Substitution
 Ultraschalldiagnostik
 Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
 Vakuumbiopsie der Brust
 Zervix-Zytologie



Qualitätssicherungs-Kommissionen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung (QS) in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von QS-Kommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen, Praxisbegehungen vorzunehmen sowie Stichprobenprüfungen durchzuführen. Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. So können je nach Bewertungskriterium Maßnahmen ergriffen werden. Im Vordergrund steht hier der kollegiale Austausch in einem Beratungsgespräch oder bei einer Hospitation. Möglich sind aber auch Empfehlungen der QS-Kommissionen von z.B. einer erneuten Prüfung, Kolloquium, Praxisbegehung, der Nichtvergütung von Leistungen bis hin zum Genehmigungsentzug.

Eine QS-Kommission besteht gemäß der QS-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (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 den Vorsitzenden der Kommission nehmen in der Regel mindestens zwei weitere ärztliche Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen Qualitätssicherungsvereinbarungen ist die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen, so z.B. bei der Substitution oder bei der Onkologie. Insgesamt sind im Bereich der KVMV ca. 100 niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und Sachverständige in Kommissionen tätig. Die Qualitätssicherungskommissionen und deren aktuelle Mitglieder sind auf der Homepage der KVMV veröffentlicht.

In M-V wird die Auswahl der Kommissionsmitglieder in einem festgelegten Verfahren für alle Qualitätssicherungskommissionen durchgeführt. Sowohl das Auswahlverfahren (fachliche Voraussetzungen, Vorschlagsrecht, Prüfung der Kandidaten) als auch die Berufung der Kandidaten sowie der Umgang mit Befangenheit sind einheitlich geregelt. Grundsätzlich können zur Neu- bzw. Nachbesetzung einer Kommission der Vorstand der KVMV, die bestehende Kommission, der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV sowie alle Mitglieder der KVMV Kandidaten vorschlagen. Im Falle einer Neu- bzw. Nachbesetzung wird für einen Zeitraum von einem Monat die entsprechende Position im KV SafeNet sowie auf der Homepage der KVMV ausgeschrieben. Der Vorstand der KVMV beruft danach aus den Kandidaten die Mitglieder für die Qualitätssicherungskommission(en). Die Berufung gilt dann für die jeweilige Legislaturperiode des Vorstandes der KVMV. Ein Kommissionsmitglied kann grundsätzlich nach Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit die Kommissionstätigkeit auf freiwilliger Basis maximal ein weiteres Jahr ausüben.

2014

49 Sitzungen
97 Kommissions-
mitglieder

2015

39 Sitzungen
99 Kommissions-
mitglieder

2016

43 Sitzungen
95 Kommissions-
mitglieder

2017

43 Sitzungen
95 Kommissions-
mitglieder

2018

45 Sitzungen
96 Kommissions-
mitglieder

Diagnostische Radiologie/

Computertomographie

8 Ärzte der KVMV

1 Medizinphysiker (Sachverständiger der KV)

6 Sitzungen

Ambulantes Operieren

6 Ärzte der KVMV

1 Sitzung

Arthroskopie

4 Ärzte der KVMV

3 Sitzungen

Akupunktur

3 Ärzte der KVMV

1 Sitzung

Apherese

4 Ärzte der KVMV

2 Sitzungen

Dialyse/Blutreinigung

4 Ärzte der KVMV

4 Sitzungen

Labor

5 Ärzte der KVMV

1 Fachwissenschaftler der Medizin

2 Sitzungen

Herzschrittmacher und Langzeit-EKG

4 Ärzte der KVMV

1 Sitzung

Intravitreale Medikamenteneingabe

3 Ärzte der KVMV

1 Sitzung

Koloskopie

3 Ärzte der KVMV

1 Sitzung

Magnetresonanztomographie

Gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Bad Segeberg

2 Ärzte je KV

4 Sitzungen

PDT/PTK

2 Ärzte der KVMV

0 Sitzungen

Qualitätsmanagement

3 Ärzte und 1 Psychotherapeut der KVMV

0 Sitzungen

Schmerztherapie

4 Ärzte der KVMV

3 Sitzungen

Methadon

3 Ärzte der KVMV, 2 Vertreter der Landesverbände, 1 Vertreter der Ersatzkassen

3 Sitzungen

Geriatric/ Gerontopsychiatrie/ ambulante geriatric Rehabilitation

4 Ärzte der KVMV

0 Sitzungen

Diabetologie

3 Ärzte der KVMV

1 Sitzung

Ultraschalldiagnostik

8 Ärzte der KVMV

6 Sitzungen

Kurative Mammographie/Vakuumbiopsie

4 Ärzte der KVMV

2 Sitzungen

Onkologie

6 Ärzte der KVMV

3 Sitzungen

Zytologie

3 Ärzte der KVMV

1 Fachwissenschaftler der Medizin

1 Sitzung

Aufgrund der teilweisen Aussetzung der Stichprobenprüfungen entfielen Kommissionssitzungen im Jahr 2018.

ONKOLOGIE-Kommission

Nach langjähriger Tätigkeit als Mitglied und Vorsitzende der Onkologie-Kommission der KVMV wurde Dr. med. Annette-Rosel Valdex zum 31. Dezember 2018 von ihren Funktionen in der Kommission entlastet. Bereits im Jahr 1991 erfolgte die Berufung von Dr. Valdex als Mitglied der Onkologie-Kommission. Aufgrund ihrer Erfahrungen als Chirurgin in der Onkologischen Abteilung des Klinikums Schwerin nahm sie, damals noch im Rahmen ihrer Tätigkeit am Klinikum, dieses Amt wahr und hat somit maßgeblich den Aufbau und die Arbeit der Kommission beeinflusst. Nachdem sie sich im September 1993 in Schwerin niedergelassen hatte, wurde sie im Dezember 1993 zur Vorsitzenden der Kommission gewählt. Dr. Valdex blickt auf mehr als 25 Jahre Kommissionsarbeit zurück. Ebenso wurde Dr. med. Volker Lakner von seinen Funktionen als Mitglied und stellvertretender Vorsitzender der Onkologie-Kommission zum 31. Dezember 2018 entbunden. Nach seiner Tätigkeit als Oberarzt der Abteilung Hämatologie/Internistische Onkologie der Universitätsmedizin Rostock hat er sich im April 1998 in Rostock niedergelassen. Als onkologisch qualifizierter Arzt ist er seit dieser Zeit im niedergelassenen Bereich tätig, unterstützte viele Jahre die Arbeit der Onkologie-Kommission, davon 16 Jahre als stellvertretender Vorsitzender.

Dr. Lakner hat nicht nur sein Wissen und seine Erfahrung eingebracht, sondern auch die Kommissionsarbeit in den vergangenen Jahren maßgebend geprägt. Nun haben sich zwei befähigte Ärzte altersbedingt aus der Kommissionsarbeit zurückgezogen und überlassen ihren jüngeren Kollegen die Aufgaben.



Kirsten Martensen, Dr. Volker Lakner, Dr. Annette-Rosel Valdex und Dipl.-Med. Angelika von Schütz (v.l.)

SCHMERZTHERAPIE-Kommission

„Es gibt nicht DEN Schmerztherapeuten. Und es gibt auch nicht DEN Schmerzpatienten.“ – Sätze wie diese werden den Mitgliedern der Schmerztherapie-Kommission fehlen. Zum 31. Dezember 2018 beendete Dipl.-Med. Wolfgang Liebschner, Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die Mitgliedschaft in der Kommission, dessen Vorsitz er seit 2015 innehatte. 24 Jahre lang setzte er sich engagiert für die hohe Qualität der schmerztherapeutischen Versorgung von Patienten in M-V und die Anerkennung der heterogenen Sichtweisen



Dr. Sören Rudolph, Dipl.-Med. Wolfgang Liebschner, Dipl.-Med. Angelika von Schütz und Stefanie Moor (v.l.)

innerhalb der Behandlung von Schmerzpatienten ein. Er prägte die Kommissionsarbeit von Beginn an und verlor auch bei schwierigen und streitbaren Themen nie den Humor und den Blick für das Wesentliche. Viele der Kollegen, die in den Jahren die vertragsärztliche Tätigkeit als Schmerztherapeuten in M-V aufnahmen, waren in ihrer Weiterbildungszeit in seiner Praxis tätig. Nach Abgabe der eigenen Praxis im Dezember 2017 möchte sich Liebschner nun „seinem dritten Lebensabschnitt“ widmen, wie er sagte.

Kommission AMBULANTES OPERIEREN

Selbst bei seiner Verabschiedung in der letzten Sitzung der Kommission Ambulantes Operieren im Dezember 2018 ärgerte sich Ulrich Braune, Facharzt für Chirurgie, noch immer über den Satz in einer Zeitung vor ein paar Jahren, welcher ambulant operierenden Ärzten in M-V 2015 das Operieren mit unsauberen Instrumenten vorwarf. Braune gehörte zu jenen Ärzten, die ihren Patienten mit viel Engagement und der nötigen fachlichen Qualifikation ein breites operatives Spektrum bieten können und wollen. Nicht umsonst hat er sich bei der Errichtung eines großen OP-Zentrums im Herzen von Schwerin engagiert. Nachdem ambulante Operationen Ende 2011 zu genehmigungspflichtigen Leistungen wurden und eine entsprechende Prüfung voraussetzen, rief die KVMV die Kommission Ambulantes Operieren ins Leben. Ulrich Braune war seitdem der Vorsitzende. Bereits kurz nach Aufnahme der Kommissionstätigkeit zeigte sich, dass Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Operationen mehr bedeutet als Antragsprüfung. Es hieß, mit Ärzten ins Gespräch zu kommen, Beratungen anzubieten, den Bereich Hygiene zu entstigmatisieren, Kooperationen mit anderen Behörden zu suchen und zu nutzen und auch die Frage nach der Finanzierbarkeit zu stellen. Mit all diesen Vorhaben im Gepäck fuhr Braune des Öfteren nach dem Motto „Das schauen wir uns mal vor Ort an“ durch M-V, um Ärzte und deren Gegebenheiten kennenzulernen, realistisch zu beurteilen und bei der einen oder anderen Sache hilfreich zur Seite zu stehen. Braune konnte der Kommissionstätigkeit nach sechs Jahren mit der Gewissheit den Rücken kehren, dass die Ärzte und Praxisteams in M-V eine hohe Qualität bei der Durchführung ambulanter Operationen bieten und Schlagzeilen wie die oben erwähnte hoffentlich der Vergangenheit angehören.



Dipl.-Med. Angelika von Schütz und Ulrich Braune (v.l.)

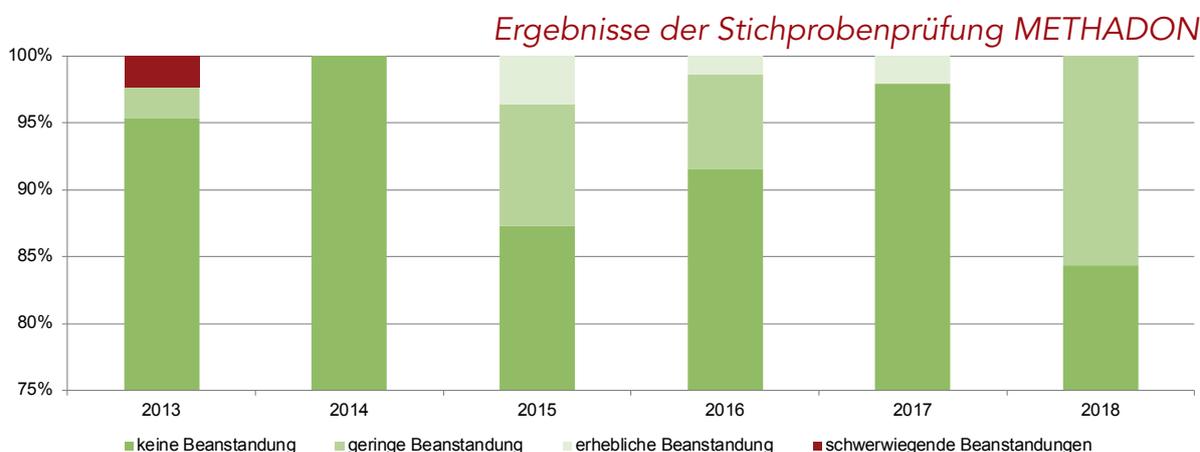
Weiterhin wurde im Jahr 2018 aus der Diabetes-Kommission Dr. med. Claudia Druse nach jahrelanger Tätigkeit als Mitglied entlastet.

Der Vorstand bedankt sich an dieser Stelle bei allen Kommissionsmitgliedern für ihre jahrelange und engagierte ehrenamtliche Mitarbeit.

Bericht der Qualitätssicherungskommission METHADON

Das oberste Ziel einer jeden Behandlung Opiatabhängiger ist die Abstinenz. Die alltägliche Arbeit der suchtmmedizinisch qualifizierten niedergelassenen Ärzte hat jedoch gezeigt, dass dieses Ziel nur in kleinen Schritten erreicht werden kann. Um überhaupt eine anderweitig erforderliche Behandlung zu beginnen bzw. eine Anbindung an das Suchthilfesystem zu finden, um so aus dem Kreislauf Sucht herauszufinden, ist die Substitution für viele Patienten der einzige Ausweg. Seit 2003 erstellt die Qualitätssicherungskommission gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger alle zwei Jahre der KVMV und den Landesverbänden der Krankenkassen einen Bericht über die substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger in M-V.

Der aktuelle Bericht bezieht sich auf die Jahre 2017 und 2018, er bietet einen Einblick in die Arbeit der substituierenden Ärzte in M-V. Interessierte können diesen im Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV anfordern. Eine Aufgabe der Kommission besteht unter anderem in der Durchführung einer quartalsweisen Stichprobenprüfung. Anhand der patientenbezogenen Behandlungsdokumentation wird geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung gemäß § 3 noch gegeben sind.



■ **Schwerpunktmäßig werden patientenbezogene Behandlungsunterlagen hinsichtlich folgender Dokumentationskriterien kontrolliert:**

- Substitutionsmittel, Abgabemenge, Vergaberhythmus und Vergabeort,
- Voraussetzungen und Gründe für eine Take-Home-Verschreibung,
- eventuelle Begründung für die Änderung der Abgabemenge oder den Wechsel des Substituts,
- Durchführung von Beigebrauchskontrollen, Auswertungsgespräche mit dem Patienten,
- (wiederholte) Aufklärung über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen und Neben- bzw. Wechselwirkungen mit anderen psychoaktiven Substanzen,
- eventuelle Veranlassung von notwendigen Begleitmaßnahmen (Einbeziehung der Drogenberatungsstelle),
- eventuell Konsequenzen bei Verstößen gegen Absprachen,
- eventuell Einleiten von ergänzenden medizinischen Maßnahmen,
- eventuell Dokumentation in Bezug auf eine Konsiliar- und/oder Vertreterregelung,
- Gründe für eine Beendigung der Behandlung und eingeleitete Maßnahmen.

Ein weiteres Kriterium der Überprüfung ist die Einhaltung der betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben des Vertragsarztes. Im Juli 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung im dritten und vierten Quartal 2018 bei Substitutionsbehandlungen auszusetzen. Der Vorstand der KVMV schloss sich dem an. Hintergrund der Entscheidung war ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg, wonach die Qualitätsprüfungs-Richtlinie des G-BA gegen § 299 SGB V „Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung für Zwecke der Qualitätssicherung“ verstoße und daher rechtswidrig sei. Hinsichtlich der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger hat der G-BA

im Rahmen der Anpassung der Anlage I Nr. 2 datenschutzkonforme Regelungen für die Qualitätsprüfungen bei Substitutionsbehandlungen neu festgelegt. Danach konnte mit den quartalsweisen Stichprobenprüfungen gemäß der im Dezember 2018 in Kraft gesetzten G-BA-Richtlinie Anlage I Ziffer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger ab Januar 2019 wieder begonnen werden. Allerdings wurden die bisherigen Überprüfungen nach jeweils fünfjähriger Substitutionsbehandlung ersatzlos gestrichen.

Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung teilweise ausgesetzt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschloss im Juli 2018, die Stichprobenprüfungen zur Qualitätssicherung für seine Verfahren im dritten und vierten Quartal 2018 auszusetzen. Laut G-BA erstreckt sich die Aussetzung der Stichprobenprüfungen auch auf noch laufende Prüfverfahren, die sich auf vorhergehende Prüfquartale beziehen. Hintergrund war ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg, wonach die zugrundeliegende Qualitätsprüfungs-Richtlinie hinsichtlich der Pseudonymisierung der Patientendaten nicht den gesetzlichen Vorgaben entspreche und daher anzupassen sei. Eine entsprechende Verarbeitung der bereits angeforderten Daten auf der Grundlage der genannten Richtlinie wurde als unzulässig erklärt. Die Beschlüsse sind rückwirkend zum 1. Juli 2018 in Kraft getreten.

■ Die Aussetzung der Stichprobenprüfungen betraf folgende Leistungsbereiche und Prüfverfahren:

- konventionelles Röntgen und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie in Verbindung mit der Qualitätsprüfungs-Richtlinie),
- Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie in Verbindung mit der Qualitätsprüfungs-Richtlinie),
- Arthroskopie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie in Verbindung mit der Qualitätsprüfungs-Richtlinie),
- substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung),
- neuropsychologische Therapie (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung),
- Magnetresonanztomografie der weiblichen Brust (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

sowie weitere Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie, das betrifft in M-V Langzeit-EKG-Untersuchungen und Funktionsanalysen von Herzschrittmachern.

Die Neufassung der den Stichprobenprüfungen zugrundeliegenden Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung, die nach der Überarbeitung den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz entspricht, ist vom G-BA beschlossen worden und am 1. Juli 2019 in Kraft getreten.

Dennoch sind aufgrund weiterer Beschlüsse des G-BA die Stichprobenprüfungen für die Bereiche Arthroskopie, Radiologie, Kernspintomographie (einschließlich der Brust) und Neuropsychologische Therapie weiter bis zum Jahresende 2019 ausgesetzt.

Hinsichtlich der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger hat der G-BA im Rahmen der Anpassung der Anlage I Nr. 2 datenschutzkonforme Regelungen für die Qualitätsprüfungen bei Substitutionsbehandlungen festgelegt. Danach konnte mit den quartalsweisen Stichprobenprüfungen gemäß der am 7. Dezember 2018 in Kraft gesetzten G-BA Richtlinie Anlage I Ziffer 2 Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger ab Januar 2019 wieder begonnen werden.

Die Stichprobenprüfung für den Bereich Herzschrittmacher wurde im Oktober 2019 wieder aufgenommen. Hier trat bereits zum 1. Oktober 2018 die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten“ in Kraft. Sie ersetzt die bisherige „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers“ (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle).

Fortbildungsangebote

Die Qualitätssicherung und -förderung der KVMV beschränkt sich nicht nur auf die Umsetzung von Vereinbarungen und Richtlinien, sondern zeigt sich auch in vielfältigen Beratungs- und Fortbildungsangeboten für ihre Mitglieder. Das Angebot reicht von speziellen Seminaren mit betriebswirtschaftlichen Themen bis hin zu Themen wie z.B. Hygienemanagement. So wurde unter anderem im Jahr 2018 für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in M-V eine Veranstaltungsreihe „Praxis-Update“ eingeführt. Der Vorstand der KVMV informierte die Teilnehmer zu aktuellen berufspolitischen und versorgungsrelevanten Themen. Im Mittelpunkt jeder der Informationsveranstaltungen stand ein praxisnahes Schwerpunktthema. Themen der ersten Veranstaltungen waren: Honorarbescheid – (k)ein Buch mit sieben Siegeln, Plausibilität; Transparenz im Prüfverfahren, Förderung Weiterbildung; Beteiligung an der Weiterbildung und Regressschutz und juristische Fallstricke – Wie schütze ich mich vor dem Arzneimittelregress, Tipps zum richtigen Verhalten im Verfahren.

Ziel einer weiteren Fortbildung der KVMV in Zusammenarbeit mit der Arthroskopie-Kommission war die Verbesserung der Dokumentationsqualität arthroskopischer Leistungen: „DokuCheck Arthroskopie“. Jede zweite Arthroskopie in Deutschland wird ambulant durchgeführt. Hierbei steht für die Ärzte vor allem die Zufriedenheit der Patienten im Vordergrund. Die komplexen rechtlichen Dokumentationsvorgaben können im Praxisalltag aufgrund der Individualität der Behandlungsfälle untergehen. In den letzten Jahren fiel sowohl bundesweit als auch landesintern auf, dass die Qualität der Dokumentationen arthroskopischer Leistungen beanstandet wurde. Dies wirft ein verschobenes Bild auf die Qualität der Arthroskopien, denn in den innerärztlichen Gesprächen zeigte sich, dass die Beanstandungen vor allem durch Formfehler bedingt sind. Deshalb bot die KVMV themenspezifische Fortbildungen an. Neben einer Darstellung der gesetzlichen Erfordernisse legten die Mitglieder der Arthroskopie-Kommission der KVMV vor allem die häufigsten Fehler der letzten Jahre dar und kamen mit den Arthroskopen ins Gespräch.

■ **2018 wurden unter anderem folgende Fortbildungsseminare unter der Leitung der KVMV den Mitgliedern angeboten:**

- Pharmakotherapieberatung im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung
- Treffpunkt Hygiene
- Anforderungen an Arztpraxen aufgrund der neuen Datenschutz-Grundverordnung
- Potenziale und Risiken von Biologika und Biosimilars
- Deeskalation in der Arztpraxis
- Fortbildung im ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Qualifizierung für hausärztliche Weiterbilder
- Seminar für Praxisgründer
- Praxis-Update
- Seminar für Ärzte nach Praxisgründung
- DokuCheck Arthroskopie
- Seminar „Anstellung oder eigene Praxis“
- Seminar für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln



Dr. med. Markus Tiemann vom Institut für Hämatologie Hamburg auf der Pharmakotherapieberatung der Onkologen 2018 der KVMV.

HYGIENE

Service – Beratung – Kooperation

Ärzte und Psychotherapeuten führen mit der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Niederlassung einen Rucksack mit sich, welcher mit einer Reihe rechtlicher Regelungen zu verschiedensten Themenbereichen gefüllt ist. Je nach Ausrichtung der Praxis sind dies mal mehr und mal weniger übersichtliche und verständliche Normen. Ein nicht unerheblicher Teil dieser Gesetzmäßigkeiten entfällt auf den Bereich Hygiene. Der Geschäftsbereich Qualitätssicherung steht hier gerne beratend und hilfreich zur Seite. Denn auch wenn jede Praxis bemüht ist, die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, stellt es eine Herausforderung dar, die Fülle derer gerade im Bereich Hygiene – auch auf Grund der Schnelllebigkeit – zu überblicken.

Um sich im Themengebiet der Hygiene zurechtzufinden, die eigenen Verpflichtungen kennenzulernen und abstecken zu können, ist vor allem die Einordnung der Praxis in das bestehende System wichtig. Der Geschäftsbereich bemüht sich, Kooperationen zu fördern, individuell und im größeren Kontext zu beraten und im Rahmen unseres Services praktische Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Da gelebtes Hygienemanagement kein separater, alleinstehender Bereich ist, sind wir bestrebt, Verknüpfungen wie z.B. mit dem Qualitätsmanagement und dem Arbeitsschutz innerhalb der Beratung und des Services darzustellen und enger miteinander zu verbinden. Um innerhalb unseres Bundeslandes die unterschiedlichen Sichtweisen und Handlungsempfehlungen der zuständigen Behörden im Sinne einer realistischen und praxisnahen Umsetzung zu fördern, sind wir mit den entsprechenden Ansprechpartnern im Austausch und haben dieser jahrelangen guten Kooperation 2018 einen gemeinsamen Namen gegeben: Im „Treffpunkt Hygiene in Mecklenburg-Vorpommern“ vereinigen sich das Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V, die Ärztekammer M-V und die Kassenärztliche Vereinigung M-V. Unter diesem Label werden stetig Fortbildungsmaßnahmen angeboten, Informationsmaterialien erstellt bzw. auf bereits bestehende Materialien verwiesen und über Neuerungen z.B. der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) informiert. Darüber hinaus ist der bundesweite Austausch mit anderen KV-Bereichen und der KBV von entscheidender Bedeutung, um die Einordnung unserer Handlungs- und Sichtweisen auch im Sinne eines guten Qualitätsmanagements regelmäßig im größeren Kontext zu prüfen, zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen.

Die KVMV ist seit 2011 Mitglied im Kompetenzzentrum für Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV (COC). Das Kompetenzzentrum sichtet zum einen Gesetzesentwürfe, Verordnungen, Leitlinien und gibt Stellungnahmen für KBV und KVen im Sinne der Interessenvertretung ambulanter vertragsärztlicher Versorgung ab. Die Mitarbeiter des COC sind Mitglieder in Ausschüssen und Gremien, z.B. Fachausschuss DGSV, Expertengremium sQS-Verfahren „Vermeidung nosokomiale Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ beim Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Darüber hinaus unterstützen sie alle KV-Bereiche mit Hilfe der Erstellung von Informationsmaterialien für Praxen, der Qualifizierung und Fortbildung der Hygieneberater/Innen der KVen und bilden das Backoffice für diese.

So bietet die KVMV in Kooperation mit dem COC neben vielen Publikationen, wie z.B. Status-quo-Bogen zur Erhebung des Standes der Praxis im Bereich Hygiene, auch Musterhygienepläne und den Hygieneleitfaden für die Arzt- und Psychotherapeutenpraxis an.

TREFFPUNKT HYGIENE
IN MECKLENBURG-VORPOMMERN



Kompetenzzentrum
Hygiene und Medizinprodukte
der KV'en und der KBV

Qualitätssicherung ALLGEMEIN

Kennzahlen der Qualitätssicherung: Gesamtumfang für das Berichtsjahr

Im Berichtsjahr 2018 wurden rund 450 Genehmigungsanträge durch den Geschäftsbereich Qualitätssicherung bearbeitet. Der Anteil der erteilten Genehmigungen lag bei 100 Prozent. Somit musste kein Antrag aufgrund fehlender fachlicher Qualifikationen bzw. fehlender betriebsstättenbezogener Anforderungen abgelehnt werden.

Zusammengefasst ergibt sich für 2018 folgendes Prüfgeschehen:

4.935	Genehmigungen zu verschiedenen Bereichen (keine Personenanzahl)
3	Kolloquien
3	Praxisbegehungen
440	bearbeitete Anträge
440	erteilte Genehmigungen
321	Dokumentationsprüfungen (Ärzte) inkl. Wiederholungen
86	Hygieneprüfungen inkl. Wiederholungen

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 Bundesmantelvertrag-Ärzte (KBV, GKV-Spitzenverband). Fester Bestandteil solcher Vereinbarungen ist die Festlegung von Anforderungen an die Versorgungsqualität, insbesondere zur Strukturqualität (z.B. Nachweis besonderer Qualifikationsvoraussetzungen, Gerätequalität, Praxisausstattung), aber auch zu prozess- und ergebnisbezogenen Kriterien. Die Einhaltung der Vorgaben wird regelhaft und systematisch durch die KVen überprüft. Sanktionen sind im Regelwerk definiert und reichen von Wiederholungsprüfungen, Auflagen zur Mängelbeseitigung, Nichtvergütung der Leistungen bzw. Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen bis hin zum Widerruf der Abrechnungsgenehmigung. Zusätzlich gibt es Vorgaben zur QS durch Richtlinien (RL) des G-BA, z.B. QM-RL, Qualitätsbeurteilungs-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

Arztbezogene Anforderungen

Fachliche Qualifikation:

- Zeugnis/Bescheinigung,
- Kolloquium,
- präparatebezogene Prüfung,
- Fallsammlungsprüfung,
- Vorlage von Dokumentationen,
- Teilnahme an Fortbildungen,
- veranstaltungen, -konferenzen, -kursen.

Betriebsstättenbezogene Anforderungen

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:

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

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:

- Aus- und Fortbildungsnachweise,
- Kooperationsbescheinigungen.

2. Bescheid über die Erteilung einer Genehmigung

3. Genehmigungserhalt Folgeverpflichtung zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung

Auflagenprüfung je nach vertraglicher Regelung

- Einzelfallprüfung durch Stichproben-/ Dokumentationsprüfung,
- Hygienepfung,
- Frequenzregelung,
- Fallsammlungsprüfung,
- Überprüfung der Präparatequalität,
- Jahresstatistik,
- kontinuierliche Fortbildung,
- Qualitätszirkel,
- Nachweise zur Praxisorganisation,
- Konstanzprüfungen,
- Wartungsnachweise,

- Ringversuche,
- regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter,
- Praxisbegehungen,
- ggf. bei Beanstandungen,
- Teilnahme an Fallkonferenzen.

Einzelfallprüfung durch Stichproben-/ Dokumentationsprüfungen

- Dialyse: Nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des G-BA
- *Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Kernspintomographie*: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA *ambulantes Operieren, Herzschrittmacher-Kontrolle, Langzeit-EKG, schlafbezogene Atmungsstörungen, 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, intravitreale Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, Spezial-Labor, Magnetresonanztomographie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, PET und PET/CT, Phototherapeutische Keratektomie, Rhythmusimplantat-Kontrolle, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Cervix uteri* *Umfang*: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V
- *Apheresen, neuropsychologische Therapie, substitions-gestützte Behandlung Opiat-abhängiger* *Umfang*: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V
- *Mammographie-Screening, Onkologie* *Umfang*: Gemäß der jeweiligen bundesmantelvertraglichen Regelungen

Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V

Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 SGB V

Akupunktur

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	114
Anzahl beschiedene Anträge	3
→ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Dokumentationsprüfungen

	<i>ausschließlich normale Fälle</i>	<i>normale und Ausnahmefälle</i>
Anzahl insgesamt geprüfte Ärzte	1	5
→ davon bestanden	1	5
Anzahl Kolloquien	–	–
Anzahl geprüfte Dokumentationen	<i>normale Fälle 72</i>	<i>Ausnahmefälle 37</i>
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	<i>normale Fälle –</i>	<i>Ausnahmefälle –</i>

Fortbildungsverpflichtung

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	114
--	-----

Ambulantes Operieren

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	513
Anzahl beschiedene Anträge	22
→ davon Anzahl Genehmigungen	22
Anzahl Praxisbegehungen	3
→ davon ohne Beanstandungen	3
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	16

Praxisbegehungen im Rahmen von Genehmigungserteilungen



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, Gültigkeit: seit 1. Januar 1991, zuletzt geändert: 6. März 2015.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	41
Anzahl beschiedene Anträge	6*
→ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	4

**beinhaltet auch Anträge auf Beendigungen von Versorgungsaufträgen*

Arthroskopie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1. Januar 2015. Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 3. März 2010, zuletzt geändert: 20. Dezember 2018.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	58
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Prüfumfang	
Anzahl geprüfte Ärzte	5
Routineprüfungen	5
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6 (Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2):	
→ keine Beanstandungen	1
→ geringe Beanstandungen	4
→ erhebliche Beanstandungen	–
→ schwerwiegende Beanstandungen	–
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde	4
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden	1
Kolloquien	–
Anzahl Genehmigungswiderrufe	–
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat	–

Balneophototherapie

Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Balneophototherapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2010.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Wartungsnachweise

Anzahl geprüfte Ärzte	2
→ davon Nachweise erbracht	2

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 1997, zuletzt geändert: 1. April 2014.
Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1. Juli 2009, zuletzt geändert: 1. Juli 2018. Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (QS-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 135 b und 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24. Juni 2006, zuletzt geändert: 12. April 2017.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	62
Anzahl beschiedene Anträge	8
→ davon Anzahl Genehmigungen	3
→ davon Anzahl Ablehnungen	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5

Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommissionen

Anzahl Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1 (I/2018 bis IV/2018):	je Quartal	24
---	------------	----

Stichprobenprüfungen

Anzahl Stichprobenprüfungen	7
→ davon ohne Beanstandungen	7

Disease-Management-Programm

Diabetes mellitus Typ 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	60
→ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	53

→ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	7
→ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	1

Diabetes mellitus Typ 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.044
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	998
→ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	46

Brustkrebs

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	166
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	166

Koronare Herzerkrankung

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.022
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	979
→ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	25
→ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	2

Asthma bronchiale

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	694
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	667
→ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	30

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	647
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	623
→ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	27

Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (QS-Vereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Juli 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	8
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1

Herzschrittmacher-Kontrolle

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (QS-Vereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 1. April 2006 bis 30. September 2018. Die Vereinbarung wird ersetzt durch die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2018. Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V. Anlage 31 BMV-Ä. Gültigkeit zum 1. Januar 2017.

Genehmigungen bis 30.09.2018	64
Anzahl beschiedene Anträge	5
→ davon Anzahl Genehmigungen	5
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Genehmigungsbereich „Herzschrittmacherkontrolle“, gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2 a)

Genehmigungen ab 1.10.2018	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	5
Anzahl beschiedene Anträge	5
Anzahl erteilte Genehmigungen	5
Anzahl Ablehnungen von Anträgen	–
Anzahl widerrufen Genehmigungen	–
Anzahl zurückgegebene Genehmigungen	–

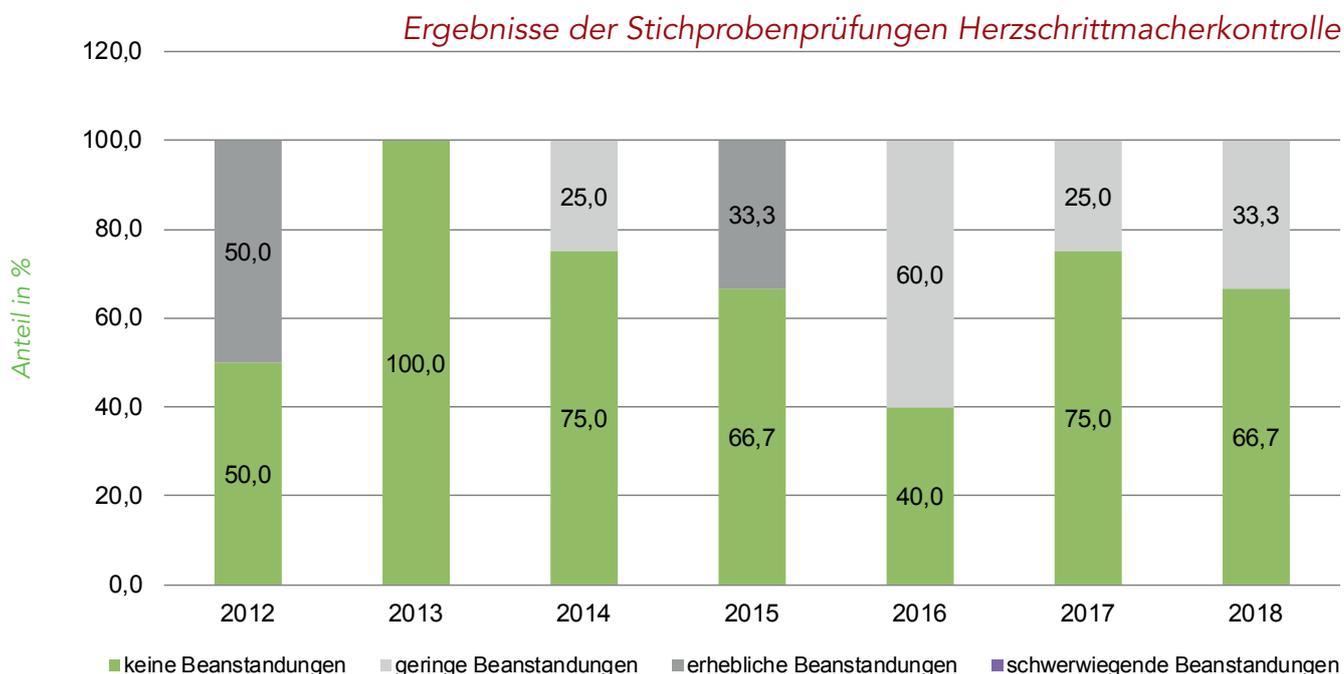
Genehmigungsbereich „Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle“, gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2 b)

Genehmigungen ab 1.10.2018	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedene Anträge	3
Anzahl erteilte Genehmigungen	3
Anzahl Ablehnungen von Anträgen	–
Anzahl widerrufen Genehmigungen	–
Anzahl zurückgegebene Genehmigungen	–

Genehmigungsbereich „Herzschrittmacher-, ICD- u. CRT-Kontrolle“, gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2 c)

Genehmigungen ab 1.10.2018	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	56
Anzahl beschiedene Anträge	56
Anzahl erteilte Genehmigungen	56
Anzahl Ablehnungen von Anträgen	–

Anzahl widerrufen Genehmigungen	–
Anzahl zurückgegebene Genehmigungen	–



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, Gültigkeit: 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, Gültigkeit: mit Änderungen zum 1. Juli 2008, zuletzt geändert: 1. Januar 2019.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	16
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung	< 1.000	≥ 1.000
	–	16

Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	2
→ davon bestanden	2

Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Dokumentationen und zugehörige histopathologischer Präparate	20
→ davon vollständig und nachvollziehbar	20

HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

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

Genehmigungen

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

Frequenzregelung

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

Fortbildungen

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

Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	2
davon bestanden	2
Anzahl geprüfte Dokumentationen	20
→ davon vollständig und keine Beanstandungen	20

Hörgeräteversorgung

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	82
Anzahl beschiedene Anträge	7
→ davon Anzahl Genehmigungen	7
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Messtechnische Kontrollen

Anzahl Ärzte, die den jährlichen Nachweis der messtechnischen Kontrolle fristgerecht erbracht haben	82
---	----

Fortbildungsverpflichtung

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

Hörgeräteversorgung – Kinder

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Messtechnische Kontrollen

Anzahl Ärzte, die den jährlichen Nachweis der messtechnischen Kontrolle fristgerecht erbracht haben	3
---	---

Fortbildungsverpflichtung

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr vorgelegt haben	3
---	---

Interventionelle Radiologie

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

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Intravitreale Medikamenteneingabe

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (QS-Vereinbarung IVM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2014, zuletzt geändert: 1. April 2017.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	42
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	4
→ davon Anforderungen erfüllt	4
Anzahl insgesamt geprüfte Dokumentationen	40
→ davon ohne Beanstandungen	40
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, Gültigkeit: seit 1. Oktober 1999, zuletzt geändert: 1. Januar 2019.

Diagnostische Katheterisierungen

Genehmigungen

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

Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen	< 150	1	≥ 150	1
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	< 150	1	≥ 150	entfällt

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen	< 150	1	≥ 150	2
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	< 150	1	≥ 150	entfällt
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen	< 50	1	≥ 50	1
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	< 50	1	≥ 50	entfällt

Kapselendoskopie – Dünndarm

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

Genehmigungen Applizierer

Anzahl alle Ärzte mit Genehmigung zur Applikation	8
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Genehmigungen Auswerter

Anzahl alle Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	8
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (QS-Vereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2002, zuletzt geändert: 1. Juli 2012. Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19. Oktober 2018. Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL), Abschnitt D Nr. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderungen zum 1. Juli 2008, zuletzt geändert: 19. Oktober 2018.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	46
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	–
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	3
→ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl genehmigte Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Totale Koloskopien

Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	< 200	7	≥ 200	40
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	5	entfällt		

Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	20
→ davon bestanden	20

Polypektomien

Frequenzregelungen

Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	< 10	6	≥ 10	41
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	4		entfällt	

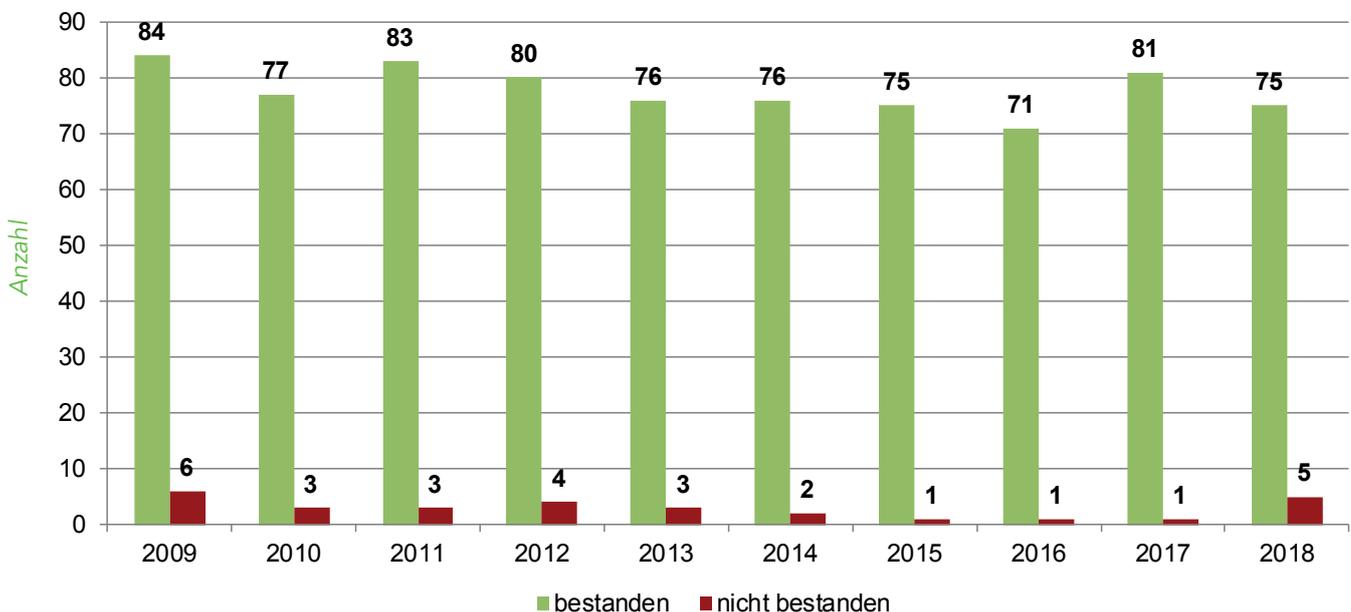
Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	20
→ davon bestanden	18
→ davon nicht bestanden	2

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfte Praxen	42
halbjährliche Prüfungen	80
→ davon bestanden	75
→ davon nicht bestanden	5
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	5
→ davon bestanden	4
→ davon nicht bestanden	1
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8b Nr. 1, innerhalb von sechs Wochen	1
→ davon bestanden	1

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Koloskopie-Hygienequalität



Laboratoriumsuntersuchungen

Richtlinien der KBV für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 1987, zuletzt geändert: 9. Mai 1994, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Januar 1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): gültig vom 1. Januar 2015 bis 30. März 2018. Die Richtlinie wird ersetzt durch die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (QS-Vereinbarung Spezial-Labor) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2018.

Genehmigungen bis 31.3.2018

Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
<hr/>	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Genehmigungen ab 1.4.2018

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	167
<hr/>	
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
<hr/>	
Kolloquien	3
→ davon bestanden	3
<hr/>	
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	17

Langzeit-EKG-Untersuchungen

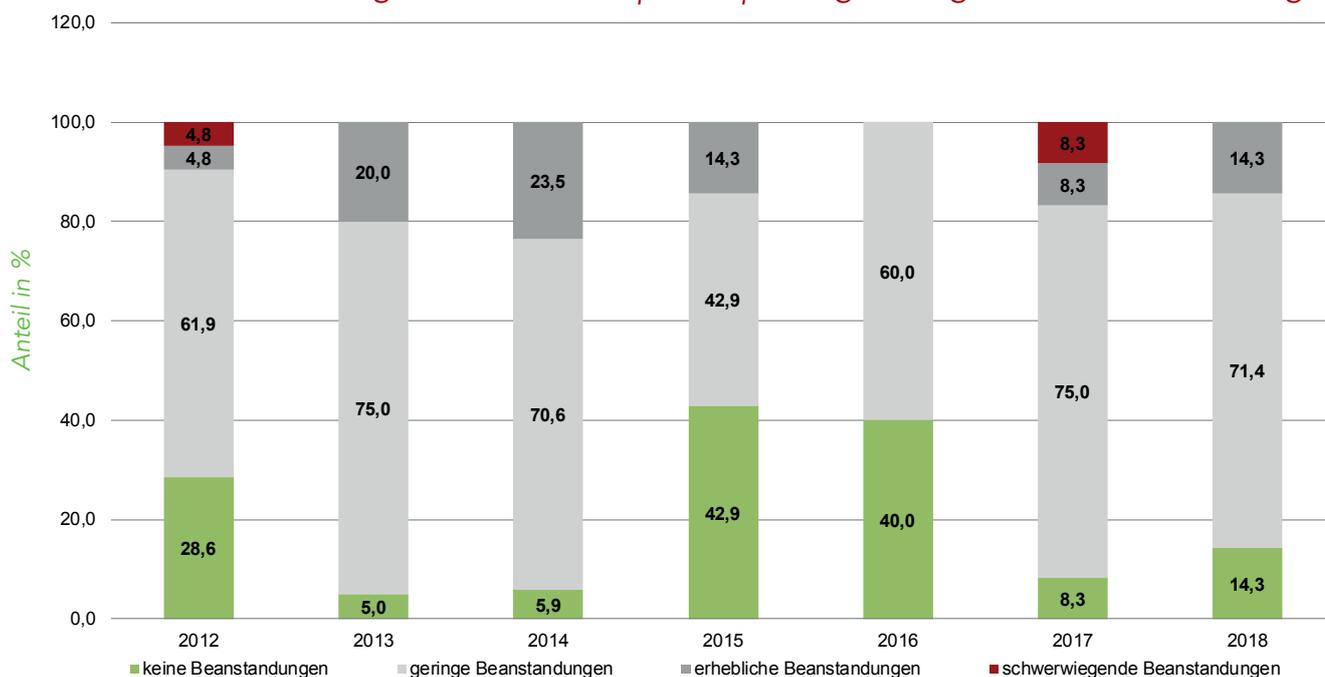
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1. Januar 2015.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	103
<hr/>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	295
<hr/>	
Anzahl beschiedene Anträge	33
→ davon Anzahl Genehmigungen	33
<hr/>	
Anzahl Kolloquien	–
<hr/>	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
<hr/>	
Anzahl geprüfte Ärzte	7
<hr/>	
Routineprüfungen	7
<hr/>	
Kriterienbezogene Prüfung	–
<hr/>	
Prüfergebnisse unterschieden nach:	
→ keine Beanstandungen	1
→ geringe Beanstandungen	5
→ erhebliche Beanstandungen	1
→ schwerwiegende Beanstandungen	–

Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde	6
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden	1
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte	–
Kolloquien	–
Anzahl Genehmigungswiderrufe	–
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat	–

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Langzeit-EKG-Untersuchungen



Magnetresonanz-/Kernspintomographie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1. Januar 2015. Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2001, zuletzt geändert: 20. Dezember 2018.

Genehmigungen Allgemeine Kernspintomographie

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	67
Anzahl beschiedene Anträge	6
→ davon Anzahl Genehmigungen	6
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma

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

Prüfumfang

Anzahl geprüfte Ärzte	2
Routineprüfungen	2
Kriterienbezogene Prüfung	–
Prüfergebnisse gemäß § 4 Abs. 3:	
→ keine Beanstandungen	2
→ geringe Beanstandungen	–
→ erhebliche Beanstandungen	–
→ schwerwiegende Beanstandungen	–

Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (QS-Vereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2007, zuletzt geändert: 1. Oktober 2015. Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2001, zuletzt geändert: 20. Dezember 2018.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	51
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Dokumentationsprüfungen

Anzahl insgesamt geprüfte Ärzte	13		
→ davon bestanden	13		
Kolloquien	–		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–		
Anzahl insgesamt geprüfte Dokumentationen	159		
davon		ohne Venen	Venen
		156	3
	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	110	46	3

→ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	110	46	3
→ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	110	46	3
→ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbare Dokumentationen § 7 Abs. 7	109	44	3
→ davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbare Dokumentationen § 7 Abs. 7	–	–	–
→ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbare Dokumentationen § 7 Abs. 7	1	2	–

Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert: 1. Oktober 2018.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	36
Anzahl beschiedene Anträge	2
→ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–

Fallsammlungsprüfungen gemäß Abschnitt C

	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen
Anzahl Prüfungen	6	2
→ davon bestanden	4	2
→ davon nicht bestanden	2	–

Fallsammlungsprüfungen gemäß Abschnitt D

Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	3
→ davon erfolgreiche Teilnahme	3

Dokumentationsprüfungen gemäß Abschnitt E

Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	13
→ davon erfüllt	12
→ davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder mindestens 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	–
→ davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Mammographie-Screening

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1. Januar 2004, zuletzt geändert: 1. Oktober 2018. 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, Gültigkeit: seit 1. Januar 2004, zuletzt geändert: 8. November 2017.

Genehmigungen

Screening-Einheiten	4
Programmverantwortliche Ärzte	8
→ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	8
kooperierende Ärzte	25
→ Befunder von Mammographieaufnahmen	13
→ histopathologische Beurteilung	5
→ Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	5
→ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	1

Molekulargenetik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (QS-Vereinbarung Molekulargenetik, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2012, zuletzt geändert: 1. April 2017.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus

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, Gültigkeit: seit 1. Juli 2016.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	742
Anzahl beschiedene Anträge	38
→ davon Anzahl Genehmigungen	38
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	38

Neuropsychologische Therapie

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24. Februar 2012, zuletzt geändert 1. Juli 2018.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	4
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Prüfumfang

Anzahl geprüfte Ärzte	1
Prüfergebnisse gemäß § 4 Abs. 2:	
→ keine Beanstandungen	–
→ geringe Beanstandungen	1
→ erhebliche Beanstandungen	–
→ schwerwiegende Beanstandungen	–

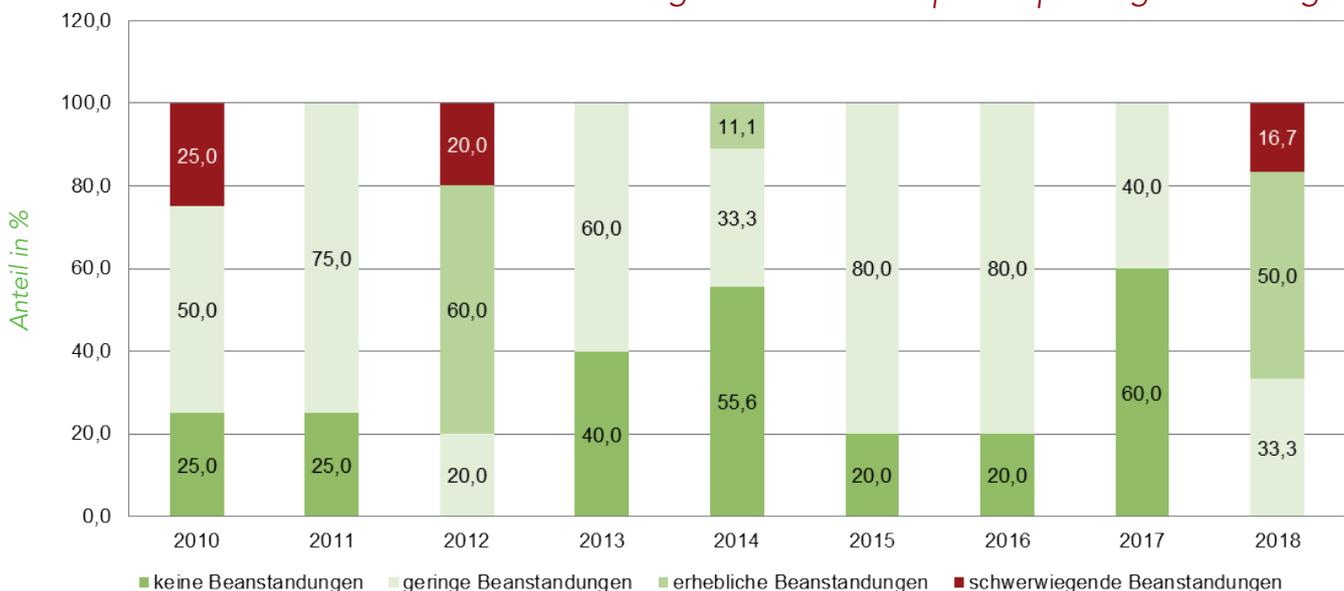
Onkologie

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2009, zuletzt geändert: 1. Januar 2019.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	62
→ davon Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	8
→ davon Anzahl Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	13
Anzahl beschiedene Anträge	3
→ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Onkologie



Dokumentationsprüfung	
Anzahl geprüfte Ärzte	5
→ davon ohne Beanstandungen	–
→ davon mit Beanstandungen	5
Fortbildungsverpflichtung	
Anzahl Ärzte, die die Nachweise erbracht haben	61

Otoakustische Emissionen

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	72
Anzahl beschiedene Anträge	7
→ davon Anzahl Genehmigungen	7
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, Rechtsgrundlage: Anlage 30 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1. Januar 2017, EBM: GOP 37300, 37302, 37317, 37318.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	91
beschiedene Anträge	46
→ davon Genehmigungen	46
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16. Mai 2015, zuletzt geändert 17. Januar 2019. Vereinbarung von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Juli 2016, zuletzt geändert 1. Dezember 2018.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	4
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
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, Gültigkeit: seit 1. August 2001, zuletzt geändert: 1. April 2017.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Phototherapeutische Keratektomie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (QS-Vereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2007; zuletzt geändert: 1. April 2017.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Schlafbezogene Atmungsstörungen

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	80
→ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	74
→ davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	3
→ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	3
Anzahl beschiedene Anträge	11
→ davon Anzahl Genehmigungen	11
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Schmerztherapie

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	29
Anzahl beschiedene Anträge	3
→ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Praxisbegehungen/Kolloquien	1
→ davon ohne Beanstandungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	–
-----------------------	---

Nachweispflicht

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	29
--	----

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, Gültigkeit: seit 1. Juli 2009, zuletzt geändert: 1. Oktober 2012, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 1. Juli 2013.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	11
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Soziotherapie

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Januar 2002, Neufassung seit 15. April 2015, zuletzt geändert: 16. März 2017.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	46
Anzahl beschiedene Anträge	9
→ davon Anzahl Genehmigungen	9
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, Gültigkeit: seit 24. November 1995.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	15
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

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, Gültigkeit: seit 1. April 1993, zuletzt geändert: 1. Oktober 2017. Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik – konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 1992, zuletzt geändert: 20. Dezember 2018.

Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen

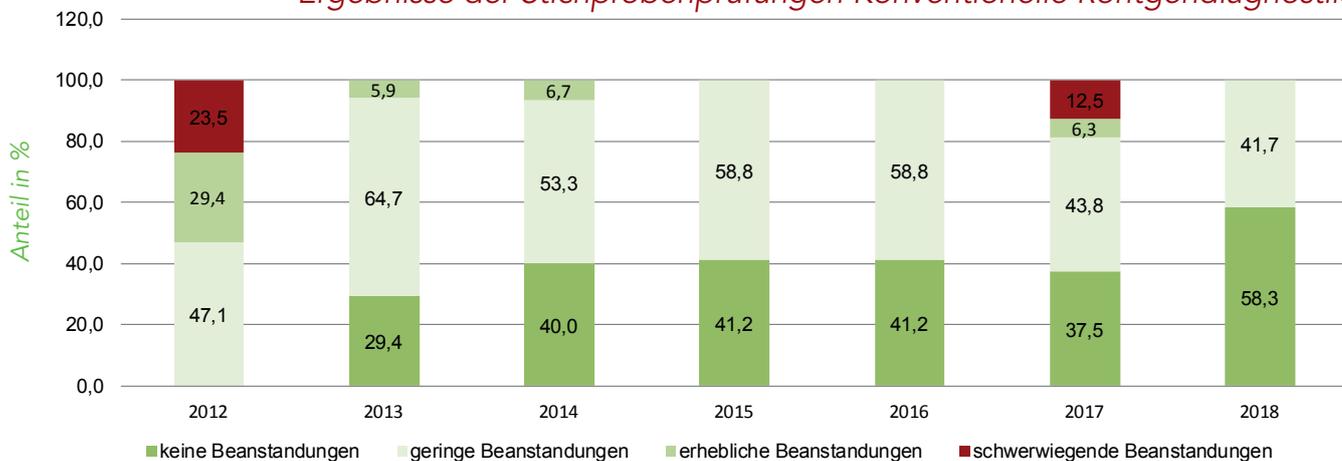
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	414
Anzahl beschiedene Anträge	23
→ davon Anzahl Genehmigungen	23
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	16

Prüfungsumfang

Anzahl geprüfte Ärzte	12
Routineprüfungen	12
Kriterienbezogene Prüfung	0
Prüfergebnisse gemäß § 4 Abs. 2:	
→ keine Beanstandungen	7
→ geringe Beanstandungen	5
→ erhebliche Beanstandungen	–
→ schwerwiegende Beanstandungen	–
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde	5
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden	1
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte	–
Kolloquien	–
Anzahl Genehmigungswiderrufe	–

Anzahl mit Auflagen versehene Genehmigungen	–
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat	–

Ergebnisse der Stichprobenprüfungen Konventionelle Röntgendiagnostik



Computertomographie

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	82
Anzahl beschiedene Anträge	6
→ davon Anzahl Genehmigungen	6
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Osteodensitometrie

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Strahlentherapie

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	21
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Nuklearmedizin

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	23
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 1991, zuletzt geändert: 17. Januar 2019.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	36
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Praxisbegehungen	0
Anzahl der Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	22

Dokumentationsprüfungen

Anzahl abrechnende Ärzte	27
Anzahl geprüfte Ärzte	8
Anzahl geprüfte Fälle	32
→ keine Beanstandungen	27
→ geringe Beanstandungen	5

Fünf-Jahres-Überprüfungen-Patienten

Anzahl geprüfte Fälle	21
→ davon ohne Beanstandungen	18
→ davon mit Beanstandungen	3

Zwei-Jahres-Überprüfungen-Patienten

Anzahl geprüfte Fälle	–
-----------------------	---

Ultraschalldiagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 1993; zuletzt geändert: 1. Januar 2018.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1.315
---	-------

Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	186
→ davon Anzahl Genehmigungen	186
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	397
→ davon Anzahl Genehmigungen	356
→ davon Anzahl Ablehnungen	41
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	147
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	299

Anzahl Ärzte mit Genehmigungen nach Anwendungsbereichen

AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	24
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	26
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	27
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	58
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	71
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	457
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	72
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	8
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	10
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	–
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	38
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	–
AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	138
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	0
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	97
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan	611
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	6
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	8
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	76
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	130
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	54
AB 8.3	weibliche Genitalorgane, B-Modus,	223
AB 9.1	geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	213
AB 9.1a	systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	161
AB 9.2	weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	27
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	105
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	88
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	59

AB 12.1	Haut, B-Modus	8
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	7
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	73
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	36
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	80
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	11
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	57
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	3
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	53
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	12
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	72
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	5
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	11
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	–
AB 22.1	Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	16
AB 22.2	Duplex-Verfahren – fetomaternales Gefäßsystem	41

Apparative Ausstattung

Anzahl insgesamt gemeldete Ultraschallsysteme (US) 1.459

Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle): sechs Jahre nach Abnahmeprüfung

Anzahl geprüfte US-Systeme (§ 2 c) 22

Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bildokumentation): vier bzw. sechs Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)

Anzahl geprüfte US-Systeme (§ 2 c) 8

Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen

§ 11 Abs. 2 a) § 11 Abs. 2 b) § 11 Abs. 5

Anzahl geprüfte Ärzte	77	4	6
→ davon ohne Beanstandung	7	–	1
→ davon mit geringen Beanstandungen	54	4	5
→ davon mit erheblichen Beanstandungen	14	–	–
→ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	2	–	–
Anzahl geprüfte ärztliche Dokumentationen u. zugehöriger Bildokumentationen	385	20	30
→ davon ohne Beanstandungen	144	5	8
→ davon mit geringen Beanstandungen	184	14	19
→ davon mit erheblichen Beanstandungen	45	1	2
→ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	12	–	1

bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: 1 – –
 Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	2	–	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	13	1	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	7	–	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	3	–	2
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation:			
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	6	–	2
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	2	–	3
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	38	–	–
Kolloquien			
Kolloquien			–
Widerrufe			
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigungen			–
Genehmigungen Säuglingshüfte			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung			88
Anzahl beschiedene Anträge			7
→ davon Anzahl Genehmigungen			7
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen			2
Dokumentationsprüfungen			
	Initialprüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
Anzahl geprüfte Ärzte	7	4	12
→ davon Anforderungen erfüllt	4	3	10
→ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	3	1	2
→ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	–	–	–
	nach Initialprüfung	nach 2-Jahres- Prüfung	nach 5-Jahres- Prüfung
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	0	0	0
Anzahl geprüfte Dokumentationen			276
→ davon regelgerecht (Stufe I)			225
→ davon eingeschränkt (Stufe II)			51
→ davon unzureichend (Stufe III)			–

Vakuumbiopsie der Brust

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	12
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	9
→ davon bestanden	9
Anzahl geprüfte Dokumentationen	90
→ davon vollständig und nachvollziehbar	90

Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit abgerechneten Vakuumbiopsien	< 25 1	≥ 25 8
---	--------	--------

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Januar 2015 (vormalige Versionen seit dem 1. Juli 1992), zuletzt geändert 1. Januar 2019.

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	13
Anzahl beschiedene Anträge	–

Überprüfungen der Präparatequalität und ärztlichen Dokumentation

Anzahl geprüfte Ärzte	4
→ davon bestanden	4
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Widerrufe	–
Anzahl geprüfte Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	48
→ davon ohne Beanstandungen	48

Prüfungen der Jahresstatistik

Anzahl vorgelegte Jahresstatistiken	7
→ davon ohne Auffälligkeiten	7

Fortbildungsverpflichtung

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	13
Anzahl Präparatebefunder, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt wurden	
→ Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	30
→ Vorlage von Unterlagen gem. § 9 Abs. 2	30

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 Dienstleistungen 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 beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungsbeziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

Disease-Management-Programme (DMP): Sektorenübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientengruppen mit speziellen Risikokonstellationen richtet, deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien sowie 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, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden. Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance besitzen, in die Stichprobe zu gelangen. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar, eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. 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 (zum Beispiel Auswirkungen auf die Patientenversorgung, auf das Wohlbefinden von Patient und Arzt, auf das ärztliche Selbstverständnis und so weiter) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

Evidenzbasierte Medizin (EbM): EbM ist die Synthese von 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 er 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 beziehungsweise Psychotherapeut muss beispielsweise anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nachweisen, dass er die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegte fachliche Befähigung sowie 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: Bei der hausarztzentrierten Versorgung 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.

Hygienepfahrungen: Regelmäßige Hygienepfahrungen 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 erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. 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 stationärem 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.

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 Arbeitsgemein-

schaft 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 lassen. Im anschließenden 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/Vertragspsychotherapeuten hinsichtlich ihrer Honorarabrechnungen und Zeitprofile durchgeführt.

Praxisbegehungen: Regelmäßige Praxisbegehungen und damit verbundene Hygiene-Prüfungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung in den Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie vorgeschrieben. Darüber hinaus gehören optionale Praxisbegehungen 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 Machbaren bezogen auf das Erwünschte“. Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor definierten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist nach Prof. Avedis Donabedian zu überprüfen. Wie

dieser Soll-Zustand als Ausdruck der „guten Qualität“ in der Gesundheitsversorgung näher zu definieren ist, mag dabei allerdings je nach Blickwinkel von verschiedenen Akteuren unterschiedlich bewertet werden.

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 beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbildet. Qualitätsindikatoren können einzelne Aspekte von Qualität transparent machen und damit auch Auffälligkeiten beziehungsweise 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 beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu werden anhand von Referenzwerten beziehungsweise 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 beziehungsweise 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. Qualitätsmanage-

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

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

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 Sachverständigen mit einer professionellen Verwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten dabei für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel 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 niedergelassenen Ärzten, ein umfassendes Qualitätsmanagement auf der Basis eines Manuals einzuführen und es von einer Zertifizierungsstelle begutachten zu lassen.

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

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

Richtlinie: Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierte Institution konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich 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 beziehungsweise der Objektivität können Aussagen zur Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

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

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

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

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 2018.

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

OS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
A Abklärungskolposkopie	Jenny Klammer	210
Akupunktur	Anika Gilbrich	249
Ambulantes Operieren	Stefanie Moor	384
Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	Kirsten Martensen	243
Apheresen	Monika Schulz	383
Arthroskopie	Brit Tesch	382
Autogenes Training	Anke Voglau	377
B Baby on Time	Manuela Ahrens	378
Balneophototherapie	Anika Gilbrich	249
C Chirotherapie	Anika Gilbrich	249
Computertomographie	Martina Lanwehr	375
D Diabetes	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	Manuela Ahrens	378
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 Geriatrie	Anke Voglau	377
Gesund schwanger	Caroline Janik	177
Gestationsdiabetes	Manuela Ahrens	378
H Hallo Baby	Caroline Janik	177
Hausarztzentrierte Versorgung	Caroline Janik	177
Hautkrebsscreening	Anika Gilbrich	249
Hepatitis C	Caroline Janik	177
Histopathologie – Hautkrebsscreening	Silke Seemann	387
HIV/Aids	Jenny Klammer	210
Homöopathie	Brit Tesch	382
Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	384
Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann/ Stefanie Moor	387 384

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431-...

OS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
Hypnose	Anke Voglau	377
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
L Labor	Silke Seemann	387
Langzeit-EKG	Caroline Janik	177
M Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	375
Mammographie-Screening	Martina Lanwehr	375
Medikationskonsil	Anette Winkler	449
Molekulargenetische Untersuchung	Silke Seemann	387
MRSA	Silke Seemann	387
MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	375
N Neugeborenencreening	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	Jenny Klammer	210
Physikalisch-medizinische Leistungen	Anika Gilbrich	249
Polygraphie/Polysomnographie	Anika Gilbrich	249
Praxisassistenten	Marie Krethe	385
Praxisnetze	Caroline Janik	177
Präexpositionsprophylaxe	Jenny Klammer	210
Proktologie	Brit Tesch	382
Progressive Muskelrelaxation	Anke Voglau	377
Psychosomatische Grundversorgung	Anika Gilbrich	249
Psychotherapie	Anke Voglau	377
Psychotherapie Informationsstelle	Anika Gilbrich	249

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
Q	Qualitätsmanagement	Manuela Ahrens Stefanie Moor	378 384
	Qualitätsbericht	Kirsten Martensen	243
	Qualitätszirkel	Anika Gilbrich	249
R	Radiologie	Martina Lanwehr	375
	Reproduktionsmedizin	Silke Seemann	387
	Rhythmusimplantat-Kontrolle	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	Jenny Klammer	210
	Suchtvereinbarung	Jenny Klammer	210
	T	Tonsillotomie	Stefanie Moor
Transurethrale Botulinuminjektion		Stefanie Moor	384
U	Ultraschall	Marion Rothe	376
V	Vakuumbiopsie der Brust	Martina Lanwehr	375
	VERAH-Care	Marie Krethe	385
	Vernetzte Versorgung	Anette Winkler	449
V	Willkommen Baby	Caroline Janik	177
Z	Zytologie	Silke Seemann	387
	Zweitmeinung	Manuela Ahrens	378

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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