

QUALITÄT UND SICHERSTELLUNG

in der ambulanten medizinischen Versorgung in M-V

Berichtsjahr 2020 | Ausgabe 2021



Inhaltsverzeichnis

Ambulante vertragsärztliche Versorgung **6**

Strukturförderung für Haus- und Fachärzte.....	8
Nachwuchsgewinnung und Nachwuchsförderung	10
Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin	12

Ambulante Qualitätssicherung **13**

Ablauf eines Genehmigungsverfahrens und dessen Folgeverpflichtung.....	14
Aktuelles von der Bundesebene	15
Geschäftsstelle Qualitätssicherung und Qualitätssicherungskommissionen.....	18
Aus der Kommissionsarbeit	20
Qualitätssicherung in Zahlen und Fakten.....	21
Abklärungskolposkopie.....	21
Akupunktur.....	21
Ambulantes Operieren.....	22
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	23
Arthroskopie.....	23
Balneophototherapie	23
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	24
Disease-Management-Programme (DMP)	24
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	25
Histopathologie Hautkrebs-Screening	26
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	26
Hörgeräteversorgung.....	27
Hörgeräteversorgung – Kinder	28
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom.....	28
Interventionelle Radiologie.....	28
Intravitreale Medikamenteneingabe	29
Invasive Kardiologie	30
Koloskopie	31
Kapselendoskopie – Dünndarm.....	32
Spezial-Labor	32
Langzeit-EKG-Untersuchungen.....	33

Laserbehandlung beim benignen Prostata-syndrom	33
Magnetresonanz-/Kernspintomographie	33
Magnetresonanz-Angiographie	34
Mammographie (kurativ)	35
Mammographie-Screening	36
Molekulargenetik	37
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus.....	37
Neuropsychologische Therapie	38
Onkologie	38
Otoakustische Emissionen	39
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung.....	39
Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT	40
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	40
Phototherapeutische Keratektomie	41
Rhythmusimplantat-Kontrolle.....	41
Schlafbezogene Atmungsstörungen	43
Schmerztherapie	43
Sozialpsychiatrie.....	44
Soziotherapie	44
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	45
Strahlendiagnostik/-therapie.....	45
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	47
Ultraschalldiagnostik	48
Vakuumbiopsie der Brust.....	50
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri.....	51
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 KV-Medien und Kommunikation,
Karen Obenauf

Grafiken

Kassenärztliche Vereinigung M-V

Kartengrundlage

© Lutum+Tappert
© Kassenärztliche Vereinigung M-V

Bildnachweis

© Kassenärztliche Vereinigung M-V
© clipdealer.com

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2020 war für uns alle, bedingt durch die Corona-Pandemie, eine enorme Herausforderung. In allen Bereichen des Alltags waren außerordentliche Maßnahmen notwendig, so auch im Bereich Gesundheitswesen. Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen, die bislang ein funktionierendes Gesundheitswesen definierten, mussten überarbeitet, angepasst, fallen gelassen oder ausgesetzt werden. Dabei haben Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten über viele Monate ihre Versorgung den Erfordernissen der Pandemie angepasst. Der ambulante Bereich hat als unverzichtbarer Bestandteil des Gesundheitswesens seine Leistungskraft bewiesen. Trotz der vielen Herausforderungen und Veränderungen, die in den Versorgungsalltag Einzug genommen haben, haben die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die Versorgung aufrechterhalten und somit einen entscheidenden Beitrag zur Bekämpfung der Corona-Pandemie geleistet und als „Schutzwall“ vor dem stationären Sektor agiert.

Nun sind wir dabei – soweit es die aktuelle Lage zulässt – wieder zum Versorgungsalltag zurückzukehren. Auch die alltäglichen Aufgaben der Qualitätssicherung werden wieder in gewohnter Form umgesetzt. Den Anforderungen an die Qualitätssicherung aus den Qualitätssicherungs-Richtlinien bzw. Qualitätsprüfungs-Richtlinien konnte während der Pandemie nicht in allen Bereichen vollumfänglich nachgekommen werden. Die Corona-Pandemie erforderte schnelle, pragmatische, aber auch rechtssichere Lösungen für die laufende Umsetzung der Qualitätssicherung. So wurden auf Bundesebene Regelungen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen in Pandemie-Zeiten getroffen, von denen die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) mit Augenmaß Gebrauch machte. So mussten zum Beispiel Abstriche in Bezug auf Stichprobenprüfungen aufgrund eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten der Kommissionen oder aufgrund fehlender Fortbildungsveranstaltungen hingenommen werden. Dieses stand jedoch der Sicherung einer hochqualitativen Patientenversorgung in Mecklenburg-Vorpommern in diesen schwierigen Zeiten nicht im Wege. Denn die Qualitätssicherungsmaßnahmen weitestgehend umzusetzen und damit die Qualität der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu prüfen und zu sichern, war weiterhin eine der wichtigsten Aufgaben der KVMV.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir freuen uns, Ihnen den Qualitätsbericht 2020 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern vorzustellen. Der vorliegende Bericht informiert über den hohen Standard im Bereich der niedergelassenen, angestellten bzw. ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten während eines schwierigen Jahres und soll Ihnen einen hilfreichen Überblick über das Geschehen des Geschäftsbereichs Qualitätssicherung geben.

Wir wünschen Ihnen eine interessante und informative Lektüre.

Axel Rambow
Vorstandsvorsitzender

Dipl.-Med. Jutta Eckert
Stellv. Vorstandsvorsitzende

Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Stellv. Vorstandsvorsitzende

Ambulante vertragsärztliche Versorgung: Zahlen und Fakten



Der Blick auf die statistischen Erhebungen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) zeigt seit vielen Jahren einen deutlichen Trend: Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in unserem Bundesland werden älter, während es an ausreichend ärztlichem Nachwuchs fehlt, sodass Praxen insbesondere in ländlichen Regionen schwer einen Nachfolger finden können. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung im Flächenland M-V, die eine wesentliche Aufgabe der KVMV darstellt, wird dadurch zu einer besonderen Herausforderung. Dem gesetzlich verankerten Behandlungsanspruch der GKV-Patienten muss eine ausreichende Zahl an Ärzten gegenüberstehen, die diesen Anspruch im Rahmen der Sicherstellung erfüllen können. Dabei geht es nicht nur um die Gewinnung des ärztlichen Nachwuchses, sondern auch um die Gestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen der bereits tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, um diese lange in der ambulanten Versorgung zu halten.

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber das ambulante Versorgungssystem mit einer Vielzahl gesetzlicher und untergesetzlicher Änderungen regelrecht „überschwemmt“. Die Rahmenbedingungen, unter denen Ärzte ambulant tätig werden können und sollen, haben sich dadurch nicht verbessert. Vielmehr wurde weiter in die Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte eingegriffen, die neben ihrer eigentlichen ärztlichen Tätigkeit die für sie geltenden Bestimmungen angesichts deren Komplexität und ständiger Anpassungen kaum noch überblicken können. Die Attraktivität, an diesem Versorgungssystem teilzunehmen, hat unter diesen Gesetzen und Gesetzgebungsvorhaben gelitten. Mitunter sind erfahrene Vertragsärzte daher nicht mehr bereit, sich diesen Regelungen weiter zu unterwerfen, und geben ihre Praxistätigkeit früher als geplant auf. Die niederlassungswilligen Fachärzte aller Facharztbereiche haben einen gesteigerten Beratungsbedarf, den die KVMV durch eine umfassende Niederlassungsberatung und adressatenorientierte Fortbildungsangebote erfüllt.

Ein weiteres Problem ist der demografische Wandel und die damit im Zusammenhang stehende Überalterung und erhöhte Morbidität der Versicherten in M-V. Dadurch steigen die Häufigkeit und der Aufwand ambulanter Behandlungen. Die Zahl tätiger Vertragsärzte und der Behandlungsbedarf gesetzlich krankenversicherter Patienten gehen somit weiter auseinander. Hinzu kommt das Bedürfnis speziell der jüngeren Ärzteschaft, ihre berufliche Tätigkeit vermehrt an den privaten Bedürfnissen auszurichten, was eine Zunahme der Angestelltenverhältnisse mit sich bringt. Angestellte Ärzte arbeiten jedoch in einem geringeren Versorgungsumfang als niedergelassene Ärzte. Die Bedarfsplanung lässt hier im Sinne der Ärzte flexiblere Arbeitszeitmodelle zu, was für die Attraktivität der ambulanten Tätigkeit grundsätzlich wünschenswert ist. Jedoch wurde durch den Gesetz- bzw. Richtliniengeber versäumt, diese Aspekte bei der Ermittlung des Versorgungsgrades für die Bestimmung einer Über- oder Unterversorgung hinreichend zu berücksichtigen. Demzufolge bildet die Bedarfsplanung den tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht korrekt ab und es sind dringend Änderungen vorzunehmen.

Die Problemfelder sind seit langem bekannt. Die KVMV ist im Rahmen der rechtlichen Vorgaben fortwährend darum bemüht, neben der vertragsärztlichen Nachwuchsgewinnung auch die Bedingungen der freiberuflichen Tätigkeit so attraktiv wie möglich zu gestalten. Finanzielle Förderung für die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses während des Studiums und der Facharztweiterbildung, Investitionskostenzuschüsse für die Niederlassung und Gehaltskostenzuschüsse für die Anstellung von Ärzten in schlechter versorgten Regionen, ein umfangreiches Beratungsangebot und eine individuelle Begleitung durch die KVMV bei der Umsetzung ambulanter Versorgungskonzepte bzw. Niederlassungsvorhaben, ggf. auch unter Einbindung kommunaler Entscheidungsträger, sind dabei wesentlicher Teil unserer Bemühungen. Die KVMV nutzt den ihr vom Gesetzgeber eingeräumten Spielraum und unterstützt, wo immer möglich, die Vorhaben, die die ambulante Versorgung langfristig sicherstellen und zukunftsfähig machen sollen.

Im Berichtsjahr 2020 haben insgesamt 3.104 Ärzte und Psychotherapeuten (Personen) in eigener Praxis oder als Angestellte bei niedergelassenen Ärzten bzw. Psychotherapeuten oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der ambulanten Versorgung in M-V teilgenommen, darunter 1.156 Fachärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs (nachfolgend Hausärzte ohne Pädiater) und 1.943 Fachärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs (nachfolgend Fachärzte) und Psychotherapeuten.

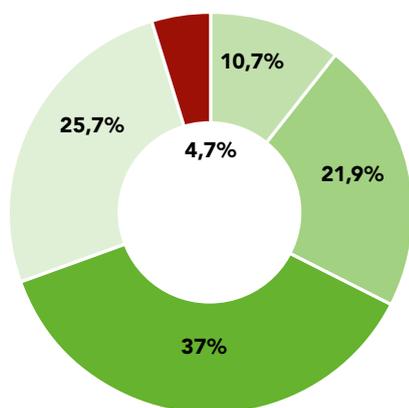
Hinsichtlich der bereits eingangs erwähnten Bedarfsplanung ist bei der Zählung nach Personen jedoch zu berücksichtigen, dass die 3.104 haus- und fachärztlich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in unterschiedlichem Umfang, ausgedrückt in sogenannten Versorgungsaufträgen, ambulant tätig sind. Die Bedarfsplanung ermöglicht insoweit Zulassungen mit ganzem, dreiviertel oder halbem Versorgungsauftrag. Anstellungen sind darüber hinaus auch mit einem viertel Versorgungsauftrag möglich, wobei der konkrete wöchentliche Stundenumfang des Anstellungsverhältnisses dafür maßgeblich ist, welcher Versorgungsauftrag im Einzelfall übernommen wird. Die dementsprechende Aufteilung der Ärzte nach Fachgruppen stellt sich anhand nachfolgender Übersicht wie folgt dar:

Hausärztlicher Versorgungsbereich (ohne Pädiater)	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
FÄ für Allgemeinmedizin/ Praktische Ärzte	696	54,95	247	154	48,50	34	850
FÄ für Innere Medizin	243	53,58	53	88	51,83	25	331
Gesamt (Personen)	939	54,60	300	242	49,71	59	1.181
Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)	925,25			191,75			
Fachärztlicher Versorgungsbereich							
Anästhesisten	37	54,81	6	17	54,00	4	54
Augenärzte	98	54,53	32	30	46,60	4	128
Chirurgen	84	56,57	29	27	56,22	9	111
Dermatologen	57	55,84	25	4	53,50	2	61
Gynäkologen	156	54,54	47	45	48,20	5	201
HNO-Ärzte	77	53,27	16	13	50,62	4	90
Internisten	129	55,09	37	82	52,74	18	211
Laborärzte	3	58,33	1	25	55,28	8	28
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	15	51,33	2	3	45,00	-	18
Nervenärzte	102	55,25	31	30	53,43	6	132
Neurochirurgen	12	54,75	4	6	55,50	4	18
Nuklearmediziner	12	57,25	6	9	58,00	3	21
Orthopäden	96	54,03	23	26	49,50	5	122
Pädiater	94	53,38	28	45	48,44	7	139
Pathologen	12	54,42	4	10	47,60	1	22
Physikalisch-Rehab. Medizin	15	55,80	5	1	53,00	-	16
Psychol. Psychotherapeuten	340	50,97	67	27	41,63	1	367
Psychotherapeuten	72	56,31	25	7	49,43	1	79
Radiologen	28	52,96	6	41	52,71	11	69
Strahlentherapeuten	-	-	-	19	51,21	5	19
Sonst. Gebiete	1	64,00	1	6	54,67	1	7
Urologen	52	53,67	16	11	51,55	5	63
Gesamt (Personen)	1.492	55,10	411	484	51,31	104	1.976
Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)	1.364,25			346,00			
Gesamt HÄ/FÄ (Zulassung+Anstellung)							3.157
Gesamt HÄ/FÄ (Zul.+Anst.) nach Bedarfsplanung							2.827,25

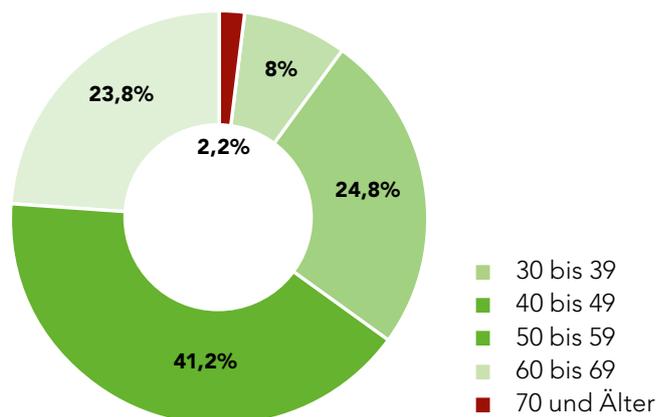
Stand: 16.08.2021

Stand 16.08.2021 sind ca. 30 Prozent der Hausärzte (ohne Pädiater) älter als 60 Jahre. Das durchschnittliche Alter der Facharztgruppe der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte liegt derzeit bei 53,79 Jahren und bei den hausärztlich tätigen Internisten bei 53,1 Jahren. Eine ähnliche Altersverteilung zeigt sich auch bei den ambulant tätigen Fachärzten in M-V. Von ihnen sind ca. 25 Prozent über 60 Jahre alt. Aktuell sind die Fachärzte und Psychotherapeuten durchschnittlich 52,52 Jahre alt.

Altersverteilung Hausärzte



Altersverteilung Fachärzte



Stand: August 2021

Strukturförderungen für Haus- und Fachärzte

Die KVMV hat im Jahr 2018 das Förderprogramm weiter ausgebaut. Für die Gewinnung einer größeren Anzahl von Ärzten, die sich an der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses beteiligen, wird bei Erhalt der hierfür notwendigen Weiterbildungsbefugnis einmalig eine Aufwandspauschale von 1.000 Euro an die Haus- oder Fachärzte gezahlt. Im Jahr 2020 haben 23 Ärzte diese Förderung in Anspruch genommen.

Um neu in der Niederlassung tätige Ärzte in allen Fragen der Arbeit in der eigenen Praxis zu unterstützen, können sie an einem Mentoringprogramm teilnehmen. Erfahrene Hausärzte und grundversorgende Fachärzte stehen dabei als Mentoren zur Verfügung. Dieses Angebot nahmen 2020 drei Ärzte in Anspruch. Bis zu fünf Tage haben fünf interessierte Fachärzte aus dem nicht-hausärztlichen Bereich, die sich mit dem Gedanken einer Niederlassung tragen, in einer Praxis hospitiert und sich dabei über grundsätzliche Fragen der Niederlassung und des Praxisbetriebs direkt bei niedergelassenen Ärzten informiert.

In Anbetracht der demografischen Entwicklung und des Wunsches vieler Menschen, bei schweren und unheilbaren Erkrankungen in der Häuslichkeit ärztlich betreut zu werden, konnte einem grundversorgenden Facharzt für die Aufwendungen zum Erhalt der Qualifikation zur Teilnahme an der palliativmedizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen 40-Stunden-Weiterbildung eine Aufwandsentschädigung von 1.000 Euro gewährt werden.

Wollen sich Hausärzte in von Unterversorgung bedrohten Gebieten niederlassen, können sie bereits seit 2008 einen Investitionskostenzuschuss für eine Praxiseröffnung in M-V erhalten. Der pro Praxisgründung oder -übernahme in medizinisch unterversorgten Gebieten zur Verfügung stehende Höchstbetrag beläuft sich auf 75.000 Euro. In Gebieten mit drohender Unterversorgung ist eine Förderung zwischen 25.000 und 50.000 Euro möglich. Damit soll der Anreiz einer Niederlassung in diesen Gebieten verstärkt werden. Darüber hinaus wird die Gründung von Außenstellen/Zweigpraxen mit bis zu 20.000 Euro und die Anstellung eines Arztes ebenfalls mit bis zu 20.000 Euro gefördert. Steht die Anstellung im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Übernahme der anstellenden Praxis, kann auch eine monatliche Förderung in Höhe von 2.000 Euro für maximal 12 Monate gewährt werden.

Auch Umzugs- oder Kinderbetreuungskosten können im Interesse der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung übernommen werden.

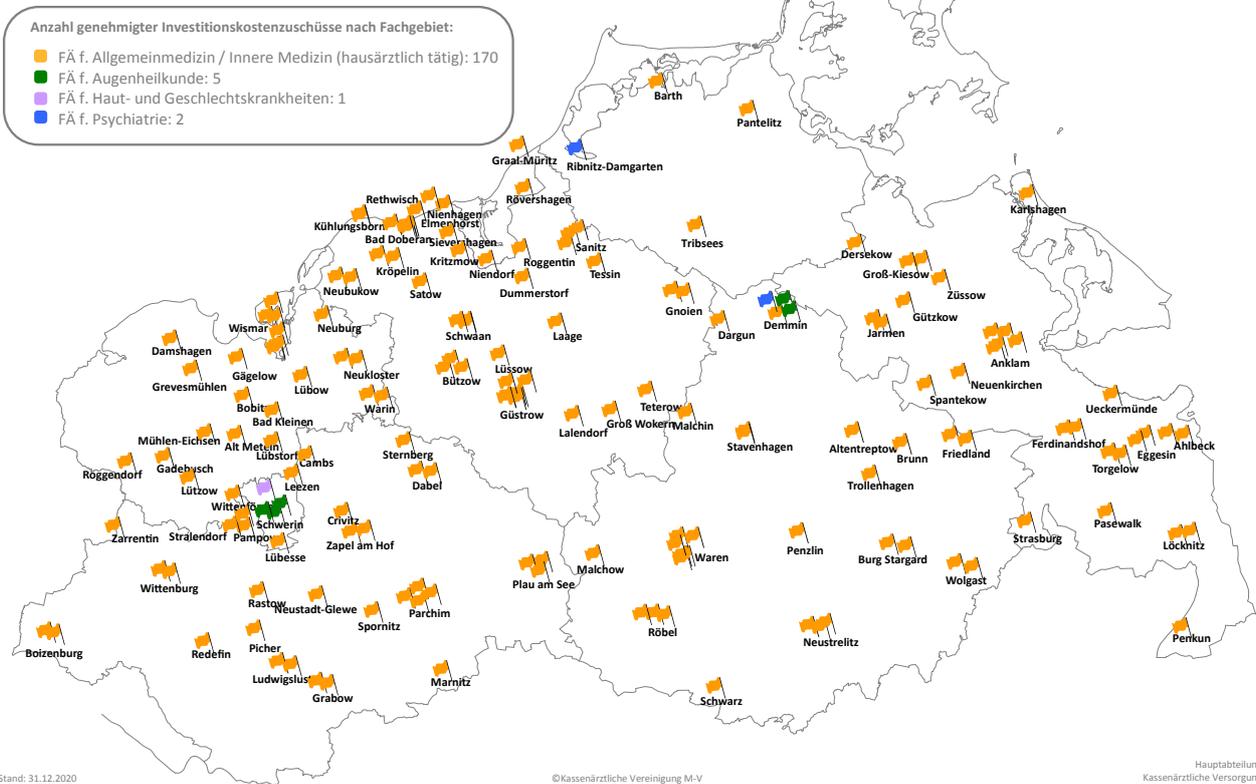
Zudem wird die Förderung der Sicherstellung der fachärztlichen Grundversorgung weiter ausgebaut. Hier ist die Ausschreibung von besonderen lokalen und/oder medizinisch-fachlichen Versorgungsbedürfnissen mit einer Förderung verbunden. Bereitgestellt werden diese Gelder ebenfalls aus dem Strukturfonds.

Allein durch die verschiedenen Maßnahmen der Investitionskostenzuschüsse konnten seit 2008 insgesamt 185 Ärzte/Praxen in M-V mit mehr als 6,8 Millionen Euro gefördert werden. Im Jahr 2020 haben insgesamt 24 Ärzte/Praxen eine Förderung verschiedener Investitionskostenzuschüsse von zusammen 890.000 Euro in Anspruch genommen. Für das Jahr 2021 stehen ca. 1,3 Millionen Euro im Strukturfonds zur Verfügung.

Die KVMV unterstützt Ärzte gern bei ihrem Weg in die vertragsärztliche Tätigkeit. Die Abteilung Kassenärztliche Versorgung bietet hierfür individuelle Beratungen an.

Geförderte Zulassungen in Mecklenburg-Vorpommern: Investitionskostenzuschüsse 2008 bis 2020

Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

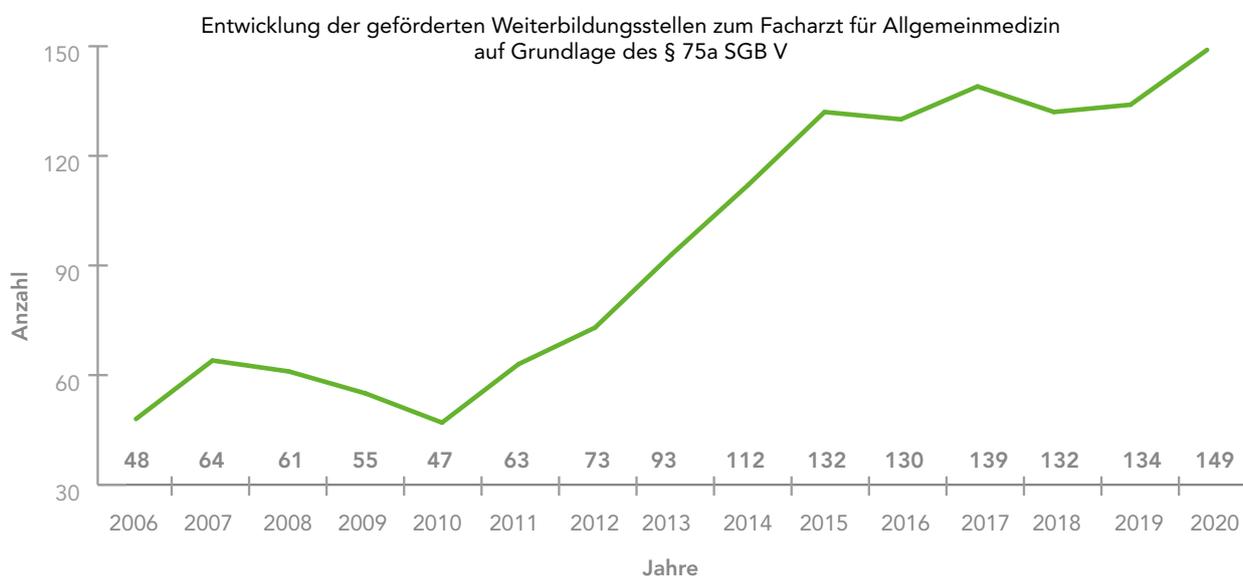
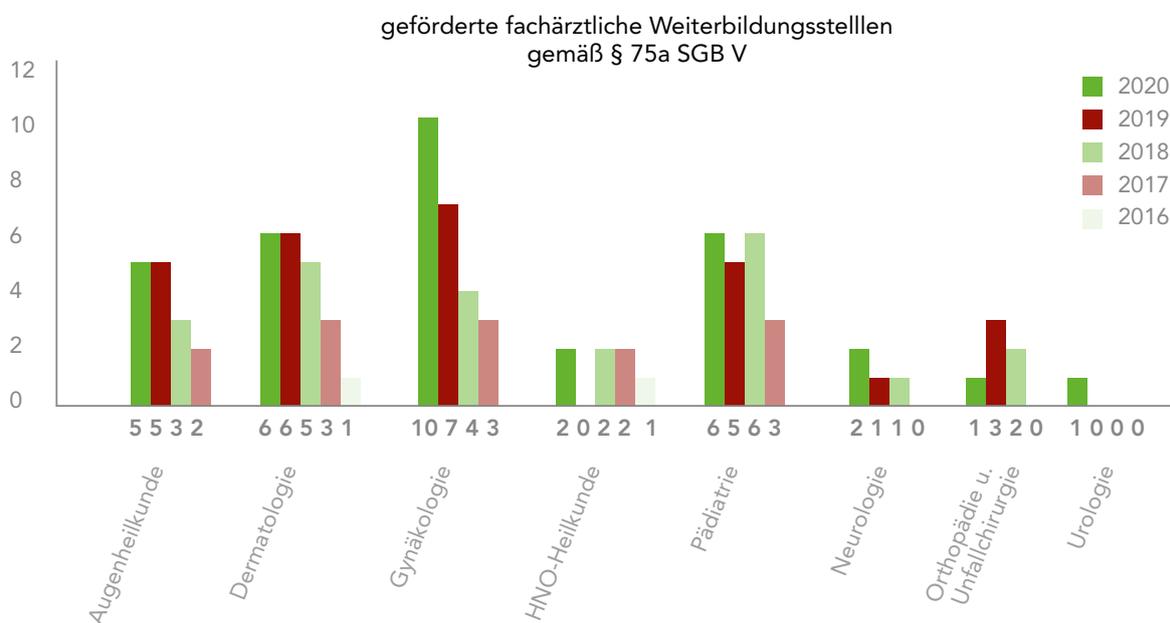


Nachwuchsgewinnung und Nachwuchsförderung

Die Weiterbildung zum Facharzt umfasst nach Abschluss des Medizinstudiums in der Regel einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren, in denen verschiedene Abschnitte im Krankenhaus und/oder in den Praxen absolviert werden müssen. Diese sind Voraussetzung für die Facharztprüfung und eine anschließende Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung.

Ende 2020 hatten 265 ambulant tätige Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten) und 210 ambulant tätige Fachärzte anderer Facharztgebiete eine Weiterbildungsbefugnis in M-V. Dadurch besteht ein gutes Netz an ambulanten Weiterbildungsstellen. Nicht nur dadurch stieg im Bereich der KVMV stetig die Anzahl von Ärzten in Weiterbildung im haus- und fachärztlichen Bereich. Seit vielen Jahren wird die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin finanziell unterstützt. Mitte 2016 wurde darüber hinaus die Förderung in anderen Facharztbereichen eingeführt, jedoch bisher nur mit einem begrenzten Stellenkontingent. Für 2020 standen hierfür insgesamt 38,77 Stellen in M-V zur Verfügung.

Die jährliche Verteilung der geförderten Facharztweiterbildungsstellen auf die jeweiligen Fachgebiete stellt sich wie folgt dar:





Für die Nachwuchsgewinnung hat das Land M-V im Februar 2020 das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Landarztgesetz LAG M-V) und die diesbezügliche Verordnung (LAG-VO) verabschiedet. Damit sollen junge Menschen, die Landarzt in M-V werden wollen, künftig leichter einen Studienplatz für Humanmedizin im Land bekommen. Die Zahl der Studienplätze richtet sich nach einer Quote (7,8 Prozent aller Studienplätze für Humanmedizin in M-V) und kann daher jährlich variieren.

Demnach erhalten erstmals zum Wintersemester 2021/2022 insgesamt 31 Bewerber über die „Landarztquote“ einen der begehrten Medizinstudienplätze an einer der beiden Landesuniversitäten. Die KVMV ist beauftragt worden, das Bewerbungsverfahren durchzuführen, welches turnusmäßig einmal jährlich stattfindet.

Jeder, der über eine Hochschulzugangsberechtigung (Abitur) verfügt und beabsichtigt, in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns hausärztlich tätig zu werden, kann sich um einen der für die künftigen Landärzte reservierten Studienplätze bewerben. Unter den Bewerbern wird eine Vorauswahl getroffen, die auch etwaige berufliche bzw. praktische Tätigkeiten im einschlägigen medizinischen und pflegerischen Bereich berücksichtigt, sodass nicht nur die Abiturnote ausschlaggebend ist. Zu den anschließenden Auswahlgesprächen im Haus der KVMV werden die Bewerber der vorderen Ranglistenplätze in doppelter Zahl der zu vergebenden Studienplätze eingeladen.

Die Auswahlgespräche bewerten erfahrene ärztliche Jurorinnen und Juroren mit einer hausärztlichen Tätigkeit in M-V. Hierzu zählen u.a. Verhaltensbeobachtungen und diagnostische Testverfahren. Somit entscheiden maßgeblich jene Ärztinnen und Ärzte über die Eignung der Bewerber für eine hausärztliche Tätigkeit, die aufgrund ihrer fachlichen Expertise und beruflichen Erfahrung dies besonders gut einschätzen können.

Der Studienplatz ist an eine vertragliche Verpflichtung gebunden, nach der im Anschluss an das Medizinstudium und die darauf aufbauende Facharztweiterbildung die Bewerberin bzw. der Bewerber für zehn Jahre eine hausärztliche Tätigkeit in entsprechend schlechter versorgten Regionen des Landes M-V ausüben wird.

Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin

Ein besonderes Augenmerk gilt der flächendeckenden und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Land. Deshalb haben die KVMV und die AOK Nordost einen Vertrag zur Förderung der ambulanten Weiterbildung speziell für dieses Fachgebiet abgeschlossen. Die Vereinbarung sieht vor, dass niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die einen Arzt in Weiterbildung ihres Fachgebietes anstellen, einen Zuschuss zu den Gehaltskosten in Höhe von 4.800 Euro, seit 1. Juli 2020 von 5.000 Euro monatlich für bis zu 24 Monate erhalten können. Auch der Erwerb von Schwerpunktbezeichnungen (z.B. Kardiologie, Rheumatologie, Endokrinologie/Diabetologie) und Zusatz-Weiterbildungen in der Kinder- und Jugendmedizin (z.B. Allergologie, Palliativmedizin) ist förderfähig. Die KVMV und die AOK Nordost tragen jeweils zur Hälfte die Kosten. Diese Stellen stehen zusätzlich zu den gemäß Bundesvereinbarung (§ 75a Abs. 7 SGB V) förderfähigen Stellen der fachärztlichen Grundversorgung zur Verfügung. Zu den fünf geförderten Weiterbildungsstellen aus dem Sondervertrag der KVMV und AOK Nordost kommen sechs geförderte Weiterbildungsstellen für Kinder- und Jugendmedizin gemäß Bundesvereinbarung (§ 75a Abs. 7 SGB V) hinzu. So wurden 2020 insgesamt elf Ärzte in Weiterbildung für Kinder- und Jugendmedizin im Land gefördert.



Zum Ende des Jahres 2021 erfolgte seitens der AOK Nordost die Kündigung des Vertrages. Initiativen der KVMV und des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern zur Fortführung des Vertrages blieben ohne Erfolg, da die Vertreter der Krankenkassen dieses ablehnten.

Ambulante Qualitätssicherung



Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), in deren Mittelpunkt der Patient und die Verbesserung der Versorgungsqualität steht. Die KVMV ist der direkte Ansprechpartner der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bei Fragen zu allen Themen der Qualität. Sie ist unter anderem verantwortlich, Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen, zu erteilen. Das bedeutet, dass ein Arzt bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen darf, wenn ihm die entsprechende Genehmigung der KVMV erteilt wurde. Zudem prüft die KVMV die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen. Der KVMV obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung werden leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet, in denen besonders erfahrene Ärzte der jeweiligen Bereiche tätig sind. Sie beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen während der Kommissionsitzungen. Mit diesem System wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt, das im privatärztlichen oder stationären Bereich seinesgleichen sucht. Fast jeder Vertragsarzt und Psychotherapeut besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen und unterliegt somit kontinuierlich den Anforderungen und Auflagen der ambulanten Qualitätssicherung.



1. Genehmigungserteilung

Arztbezogene Anforderungen

Fachliche Qualifikation:

- ◆ Zeugnis/Bescheinigung,
- ◆ Kolloquium,
- ◆ präparatebezogene Prüfung,
- ◆ Fallsammlungsprüfung,
- ◆ Vorlage von Dokumentationen,
- ◆ Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -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.

Einzelfallprüfung durch Stichproben-/Dokumentationsprüfungen

- ◆ *Dialyse*: nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des G-BA
- ◆ *Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie*: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA
ambulantes Operieren, 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, hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO), intravitreale Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, Spezial-Labor, Magnetresonanztomographie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, PET und PET/CT, photodynamische Therapie am Augenhintergrund, 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, substanzgestützte Behandlung Opioidabhängiger*
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V
- ◆ *Mammographie-Screening, Onkologie*
Umfang: gemäß der jeweiligen bundesmantelvertraglichen Regelungen

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.

Fortbildungsverpflichtung

nach § 95d SGB V

Qualitätsmanagement

nach § 135a Abs. 2 SGB V

Aktuelles von der Bundesebene

Für eine Sicherung der Qualität von ärztlich erbrachten Leistungen gelten bundesweit einheitliche Maßstäbe. Die Qualitätssicherung unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten dabei, ihre Patienten nach aktuellen fachlichen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln. 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.

Unabhängig davon konnten im Jahr 2020 die Kassenärztlichen Vereinigungen angesichts der Coronavirus-Pandemie viele Qualitätssicherungsmaßnahmen vorübergehend aussetzen oder von den Bundesvorgaben abweichen.

Neuerungen 2020

Abklärungskolposkopie

Das neue Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhaltskrebs ist zum 1. Januar 2020 gestartet. Frauen im Alter zwischen 20 und 34 Jahren haben danach jährlich Anspruch auf eine zytologische Untersuchung. Ab 35 Jahren erfolgt dann alle drei Jahre ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und einem HPV-Test. Neu ist zudem, dass die Krankenkassen die Frauen alle fünf Jahre mit einer Einladung an die Untersuchung erinnern. Zur Evaluation des Programms sind die Ärzte künftig verpflichtet, bestimmte Parameter elektronisch zu dokumentieren.

Koloskopie

Bei der Koloskopie wurden die Vorgaben für den jährlichen Nachweis der Mindestzahlen zum 1. April 2020 präzisiert: Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung müssen Ärzte mindestens 200 totale Koloskopien sowie mindestens 10 Polypektomien innerhalb eines Zeitraumes von jeweils zwölf Monaten selbstständig durchgeführt haben. Dabei müssen die Koloskopien und Polypektomien ohne Mängel sein. Es wurde nun klargestellt, dass diese Anforderungen getrennt voneinander zu sehen sind.

Kurative Mammographie

Die Änderungen zum 1. April 2020 bei der kurativen Mammographie betreffen die Fallsammlungsprüfungen sowie Anpassungen an das neue Strahlenschutzrecht.

Fallsammlungsprüfungen erfolgen zukünftig ausschließlich digital. Dies ist eine Anpassung an die deutlich zurückgegangene Nachfrage nach Prüfungen anhand von ausgedruckten Röntgenbildern. Weiterhin werden Ärzte ausdrücklich aufgefordert, eigene Fälle für die Fallpools einzureichen. In drei Befundkategorien wurden die Begrifflichkeiten an diejenigen des Mammographie-Screenings angepasst. Darüber hinaus wurde die Mammographie-Vereinbarung an das neue Strahlenschutzrecht angepasst.

Ultraschall

Bei der Ultraschall-Vereinbarung betraf die zum 1. April 2020 erfolgte Änderung das Screening auf Bauchaortenaneurysmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Dezember 2019 die Integration der Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen in die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie beschlossen. Dabei wurden die Voraussetzungen an die Genehmigungserteilung um den Anwendungsbereich AB 20.10 (Duplexverfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum) und die Anwendungsklasse AK 20.9 (Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex) erweitert. Die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01748 in die AK 20.9 der Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung ist eine Folgeänderung zu

diesem Beschluss. Weiter fiel die Gebührenordnungsposition 13550 (Zusatzpauschale Kardiologie II) weg. Diese Änderung im EBM wurde ebenfalls in der Ultraschall-Vereinbarung nachvollzogen.

PET/CT

Der G-BA hat das Einsatzgebiet für die Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET, PET/CT) zum 1. April 2020 erweitert. Konkret darf es auch beim initialen Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zur Diagnostik eingesetzt werden. Dies wurde in die Qualitätssicherungsvereinbarung PET/CT aufgenommen. Für Ärzte, die bereits eine Genehmigung für PET- beziehungsweise PET/CT-Leistungen haben, gilt eine Übergangsregelung.

PDT und PTK

In den Vereinbarungen für die photodynamische Therapie (PDT) am Augenhintergrund und für die phototherapeutische Keratektomie (PTK) wurde festgelegt, dass die ärztliche Dokumentation weiterhin nicht überprüft wird. Konkret werden die Stichprobenprüfungen bis zum 31. Dezember 2022 ausgesetzt.

Strahlendiagnostik und -therapie

Die Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie wurde an das neue Strahlenschutzrecht angepasst (§ 11 „Anforderungen an die apparative Ausstattung; Diagnostische Radiologie“).

Eine weitere Änderung wurde beschlossen, wird aber erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten. Es handelt sich dabei um einen Verweis auf die Richtlinie für Sachverständigenprüfungen nach der Röntgenverordnung. Die ursprünglich für Februar 2020 geplante Aktualisierung der Richtlinie durch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit ist noch nicht erfolgt.

Arthroskopie

Seit dem 1. Januar 2020 erfolgen im Bereich Arthroskopie wieder Stichprobenprüfungen. Diese basieren auf der neu gefassten Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie. Anhand der dort festgelegten Beurteilungskriterien werden der OP-Bericht und die während der Operation erstellten Bilddokumentationen bewertet. 2020 sollen zwei Prozent der Ärzte mit einer Genehmigung für die Arthroskopie, ab 2021 vier Prozent geprüft werden. Gänzlich neu geregelt ist das Verfahren der Pseudonymisierung patientenbezogener Daten, die durch die KVMV erfolgt und nicht durch den einzelnen Arzt.

Nierenersatztherapie

Für die Nierenersatztherapie (Dialyse und Nierentransplantationen) gelten seit dem 1. Januar 2020 im ambulanten und stationären Sektor dieselben Vorgaben zur Qualitätssicherung (QS). Dabei geht es vor allem um die einheitliche Erfassung und Auswertung von Behandlungsdaten in Praxen und Kliniken. Dadurch können die unterschiedlichen Behandlungspfade bei chronischem Nierenversagen über einen längeren Zeitpunkt beobachtet werden. Für das neue sektorenübergreifende QS-Verfahren gibt es 15 Qualitätsindikatoren, von denen einige neu entwickelt wurden. Das neue QS-Verfahren betrifft alle Vertragsärzte, die Dialysen zur Behandlung des chronischen Nierenversagens durchführen.

Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)

Zum 1. Juli 2020 wurde die QS-Vereinbarung IVM aufgrund von Indikationserweiterungen zweier Medikamente erneut angepasst. Unter Indikationserweiterung ist dabei die Erweiterung des Anwendungsbereichs eines Medikaments zu verstehen, also die Zulassung eines Medikaments für die Behandlung weiterer Erkrankungen. Nun kann die intravitreale Medikamenteneingabe auch bei Vorliegen einer proliferativen diabetischen Retinopathie (PDR) durchgeführt werden. Darüber hinaus kann die intravitreale Medikamenteneingabe nun ebenfalls zur Prävention eines Rückfalls bei rezidivierender, nicht infektiöser Uveitis, welche den hinteren Augenabschnitt betrifft, eingesetzt werden.

Balneophototherapie

Das atopische Ekzem wurde in die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie aufgenommen. Mit der speziellen Therapie können seit 1. Oktober 2020 auch Patienten mit Neurodermitis zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden. Hautärzte, die die Behandlung durchführen wollen, benötigen eine Genehmigung der KVMV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie. Bei der Methode werden Wannebäder mit verschiedenen Zusätzen und eine UV-Lichttherapie kombiniert. In der QS-Vereinbarung wurde jetzt unter anderem die Anwendung bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Neurodermitis konkretisiert. Auch die zu dokumentierenden Befunde wurden definiert sowie kleinere redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Ärzte, die bislang schon eine Genehmigung für Balneophototherapie zur Behandlung von Psoriasis hatten, erhalten auf Antrag auch die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen bei der Indikation mittelschweres bis schweres atopisches Ekzem.

Neuropsychologische Therapie

Im Juli 2020 wurde die Aufhebung des § 10 Qualitätssicherung beschlossen.

Geschäftsstelle Qualitätssicherung und Qualitätssicherungskommissionen

Die dauerhafte und wirksame Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit setzt eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung voraus. Dazu sollen in jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

1. der Qualitätssicherungsbeauftragte,
2. die Qualitätssicherungskommissionen und
3. die Geschäftsstelle Qualitätssicherung gehören.

1. Der Qualitätssicherungsbeauftragte wird durch die KV berufen und berät diese in Fragen der Qualitätssicherung.
2. Zur Unterstützung der KV können für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet werden. Der Vorstand der KV beruft den Vorsitzenden der jeweiligen Qualitätssicherungskommission und die weiteren Mitglieder. Wobei sich eine Qualitätssicherungskommission aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammensetzt, die eine abgeschlossene Facharztweiterbildung haben müssen und von denen mindestens ein Mitglied eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt.

Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der KV vorzubereiten. Die Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen obliegt der Geschäftsstelle Qualitätssicherung. Die KV kann Qualitätssicherungskommissionen für den Bereich von mehr als einer KV einrichten. Bei den Ärztekammern bestehende Kommissionen können mit dem Einverständnis der Ärztekammer von der KV mit der Erfüllung der o.g. Aufgaben betraut werden, soweit dies nach Maßgabe dieser Richtlinien gewährleistet ist.

3. Zur Gewährleistung eines zielorientierten, koordinierten Vorgehens bei der Planung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen richtet die KV eine Geschäftsstelle Qualitätssicherung ein oder ordnet deren Aufgaben einem bestehenden Geschäftsbereich zu. Dieser übernimmt damit die Funktion einer Geschäftsstelle Qualitätssicherung und somit folgende Aufgaben:
 - 3.1. Prüfung der Einhaltung der für die Qualitätssicherung geltenden gesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen im Einzelfall, insbesondere
 - ♦ Prüfung der jeweils erforderlichen Nachweise der fachlichen Befähigung und/oder der apparativen Ausstattung
 - ♦ Vorbereitung und Organisation der Kolloquien und deren Protokollierung nach Maßgabe dieser Richtlinien
 - ♦ Vorbereitung oder Ausfertigung der Bescheide aufgrund vorangegangener Prüfungen
 - ♦ Kontrolle von Organisation und Durchführung vorgeschriebener Ringversuche
 - ♦ Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)
 - 3.2. Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen
 - 3.3. Betreuung von Qualitätszirkeln, die im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen arbeiten
 - 3.4. Information und Beratung von Vertragsärzten in Fragen der Qualitätssicherung (z.B. Praxisdokumentation, Erstellung von Qualitätssicherungskonzepten für die einzelne Praxis)
 - 3.5. Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit den anderen KVen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Diagnostische Radiologie/ Computertomographie 7 Ärzte der KVMV 3 Sitzungen	Kurative Mammographie/ Vakuumbiopsie 4 Ärzte der KVMV 2 Sitzungen
Arthroskopie 4 Ärzte der KVMV 0 Sitzungen	Diabetologie 3 Ärzte der KVMV 1 Sitzung
Akupunktur 3 Ärzte der KVMV 1 Sitzung	Ambulantes Operieren 5 Ärzte der KVMV 1 Sitzung
Apherese 4 Ärzte der KVMV 2 ständige Vertreter der KK 1 Sitzung	Labor 5 Ärzte der KVMV 1 Fachwissenschaftler 0 Sitzungen
Dialyse / Blutreinigung 4 Ärzte der KVMV 1 ständiger Vertreter der KK 0 Sitzungen	Intravitreale Medikamenteneingabe 3 Ärzte der KVMV 2 Sitzungen
Rhythmusimplantat und Langzeit-EKG 4 Ärzte der KVMV 1 Sitzung	Koloskopie 3 Ärzte der KVMV 0 Sitzungen
Magnetresonanztomographie Gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Bad Segeberg 2 Ärzte je KVMV 2 Sitzungen	Methadon 3 Ärzte der KVMV 2 Vertreter der Landesverbände 1 Vertreter der Ersatzkassen 1 Sitzung
Schmerztherapie 4 Ärzte der KVMV 4 Sitzungen	Ultraschalldiagnostik 8 Ärzte der KVMV 6 Sitzungen
Qualitätsmanagement 3 Ärzte der KVMV 0 Sitzungen	Zytologie 3 Ärzte der KVMV 1 Fachwissenschaftler 1 Sitzung
Onkologie 6 Ärzte der KVMV 3 Sitzungen	Abklärungskoloskopie 3 Ärzte der KVMV 1 Sitzung
Geriatric/Gerontopsychiatrie/ambulante geriatriische Rehabilitation 5 Ärzte der KVMV 0 Sitzungen	

2015

39 Sitzungen
99 Kommissions-
mitglieder

2016

43 Sitzungen
95 Kommissions-
mitglieder

2017

43 Sitzungen
95 Kommissions-
mitglieder

2018

45 Sitzungen
95 Kommissions-
mitglieder

2019

44 Sitzungen
94 Kommissions-
mitglieder

2020

30 Sitzungen
86 Kommissions-
mitglieder

Abklärungskolposkopie-Kommission

Interview mit Dr. med. Jens Quaas, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Mitglied der Abklärungskolposkopie-Kommission der KVMV:

■ **Dr. Quaas, seit wann sind Sie in der Abklärungskolposkopie-Kommission tätig?**

Die Kommission hatte ihre konstituierende Sitzung am 24. Januar 2020. Ich durfte zu dieser Sitzung anwesend sein.

■ **Was hat Sie bewegt, in der Kommission mitzuarbeiten?**

Die Thematik ist nicht neu, die Regulierungen schon sehr. Da mir die Abklärungskolposkopie im Rahmen meiner Mitgliedschaft im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie & Kolposkopie e. V. seit Jahren am Herzen liegt, war ich sehr froh, die Möglichkeit zu erhalten, mich in der Kommission einzubringen.

■ **Welche Aufgaben hat die Kommission?**

Wir wollen es unseren Kollegen vereinfachen, ermöglichen, vorhandene Qualifizierungen und Qualifizierungswünsche derart umzusetzen, dass sie an der Abklärungskolposkopie-Vereinbarung teilnehmen können, wenn gewünscht. So schaffen wir es, unseren Patientinnen eine qualitätsbegründete Abklärung auffälliger Screeningbefunde an der cervix uteri anzubieten.

■ **Die Abklärungskolposkopie unterliegt seit dem 1. Januar 2020 einer Qualitätssicherungs-Vereinbarung. Welche Neuerungen wurden eingeführt?**

Neben klar definierten Abklärungsalgorithmen im Primärscreening sind die Anforderungen an eine Abklärungssprechstunde für auffällige Screeningergebnisse klar definiert worden. Einmal im Hinblick auf die erforderlichen Qualifikationen der teilnehmenden Kollegen, zum anderen auch für die Versorgung der betroffenen Patientinnen.

■ **Wie werden die Anforderungen aus der QS-Vereinbarung in M-V umgesetzt?**

M-V macht das sehr gut und konsequent, dank der Unterstützung aller an dieser Aufgabe Beteiligten. Es gibt keine Steine im Weg, nur Vorwärtsschreiten. Wir kontaktieren alle Kollegen, die teilnehmen wollen, meistens gibt es persönliche Kontakte in deren Praxen. Wir reden über Kolposkopie und Management. Außerdem bieten wir die Partnerschaft für Kollegen an, die noch nicht alle – manchmal sehr formelle – Zulassungskriterien erfüllen. Wir diskutieren fachliche Vorgehensweisen, Möglichkeiten, Ressourcen. Über diesen Weg können wir Qualität sichern, stärken. Dies ist längst nicht in allen Länder-KVen so.

■ **Welche Probleme gab es bei der Einführung?**

Für uns alle waren die formelle Vorgehensweise bei der Zulassung, dann bei der Abrechnung, aber auch für die fachlichen Entscheidungen oft schwer zu verstehen – entsprechend umsetzbar.

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

Es ist wohl immer schwierig, derartige Vereinbarungen zu definieren. Es wäre sicher besser gewesen, wenn der G-BA sich hätte mehr mit den im praktischen Alltag beschäftigten Kollegen beraten hätte. Leider laufen Entscheidungsprozesse zu sehr formell ab.

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

Kolposkopie kann viel Spaß machen. Aber wir haben andererseits auch alle irgendwie ein fachliches Hobby. Es muss nicht jeder in allem Spezialist sein. Wir müssen wissen, wo der Spezialist sitzt und dass es auch einer ist.

■ **Die Qualität soll unter anderem anhand von Patientenzahlen geprüft werden, sehen Sie dieses Kriterium als ein geeignetes Instrument an?**

Auf jeden Fall. Ich bin seit Jahren an Zertifizierungen von Dysplasiesprechstunden deutschlandweit beteiligt. Wir sehen, wie die Versorgungsqualität und – möglichkeiten kontinuierlich anwachsen. Man könne nicht annehmen, dass Abklärungskolposkopie einfach so läuft. Gerade im neuen System – wo leider zu viele Frauen beunruhigt werden – ist es wichtig, sich gegen Therapieoptionen (z.B. Exzision) zu entscheiden, durchaus zu kontrollieren. Dies geht nur, wenn man genügend Entscheidungssituationen ausgesetzt ist. Die Fallzahlen der Abklärungskolposkopie sind anspruchsvoll, aber wer diese als Hobby hat, schafft sie.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Kirsten Martensen aus dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung.

Qualitätssicherung in Zahlen und Fakten

Abklärungskolposkopie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: ab 1.1.2020

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt III, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert: 1.1.2020

Das neue Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhaltskrebs ist zum 1. Januar 2020 gestartet. Frauen im Alter zwischen 20 und 34 Jahren haben danach jährlich Anspruch auf eine zytologische Untersuchung. Ab 35 Jahren erfolgt dann alle drei Jahre ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und einem HPV-Test. Neu ist zudem, dass die Krankenkassen die Frauen alle fünf Jahre mit einer Einladung an die Untersuchung erinnern.

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	7
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Kolloquien	-
Frequenzregelung	
Ärzte, die den jährlichen Nachweis von 100 Abklärungskolposkopien (davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle) fristgerecht erbracht haben	7
Ärzte, die den jährlichen Nachweis von 100 Abklärungskolposkopien (davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle) erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	-
Genehmigte Gerätesysteme	
im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	7
- davon analog	4
- davon digital	-
- davon Kombisysteme	3

Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007, zuletzt geändert: 1.1.2016

Die Akupunktur ist eine Leistung, die die gesetzliche Krankenversicherung für chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule und des Kniegelenks durch Gonarthrose erstattet. Voraussetzung dafür ist, dass Ärzte bestimmte Qualitätssicherungsanforderungen erfüllen.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	112
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-

Dokumentationsprüfungen

insgesamt geprüfte Ärzte	Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden
	-	6
- davon bestanden	-	6
Kolloquien	-	-
geprüfte Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle
	60	78
unvollständige/nicht nachvollziehbare Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle
	-	-

Fortbildungsverpflichtung

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	112
---	-----

Ambulantes Operieren

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.12.2011

Viele chirurgische Eingriffe können ambulant durchgeführt werden. Sie sind in einem Katalog aufgelistet. Darüber hinaus gibt es für diese Leistungen einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte, die eine Genehmigung besitzen. Zudem gelten spezielle Qualitätssicherungsregelungen.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	484
beschiedene Anträge	34
- davon Genehmigungen	34
Praxisbegehungen	17
- davon ohne Beanstandungen	16
- davon mit Beanstandungen	1
Kolloquien	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	57

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 1.1.1991, zuletzt geändert: 6.3.2015

Die Richtlinie benennt u.a. für die Apherese die vom G-BA für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und die erforderliche Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	42
beschiedene Anträge	4*
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

**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 1.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 135b i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2020 (Neufassung)

Die Arthroskopie ist einer der häufigsten orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Eingriffe, die bei etwa der Hälfte der Patienten ambulant erfolgt. Die Ausführung und Abrechnung setzt eine Genehmigung voraus. Grundlage dafür sind die Arthroskopie-Vereinbarung und Qualitätssicherungsregelungen zum ambulanten Operieren.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	60
beschiedene Anträge	8
- davon Genehmigungen	8
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	6

Balneophototherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2020

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit der die Qualität der Leistungen der Balneophototherapie gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung mittels Bade-PUVA-Therapie, synchroner oder asynchroner Photo-Sole-Therapie gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen,

apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie in der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungen

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

Wartungsnachweise

geprüfte Ärzte	2
- davon Nachweise erbracht	2

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.4.2014

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: seit 1.7.2009, zuletzt geändert: 1.7.2020

(Prüfverfahren und Berichterstattung liegen seit dem 1.1.2020 im Geltungsbereich der **Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)** vom 1.1.2019, zuletzt geändert: 29.7.2020)

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit der die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Dialyse (Extrakorporale Blutreinigungsverfahren und Peritonealdialyse zur Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz) in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“, „Zentralisierte Heimdialyse“ („Limited-Care“) und „Heimdialyse“ in der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	65
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	1
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Disease-Management-Programme (DMP)

Die allgemeine Zielsetzung der DMP ist die strukturierte Behandlung chronisch kranker Patienten, indem Leistungen der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation über den Rahmen der Versorgungsbereiche hinweg verknüpft werden, um so ganzheitliche Behandlungskonzepte zu ermöglichen.

Diabetes mellitus Typ 1

Ärzte mit Genehmigung	57
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	50
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	7
- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	-

Diabetes mellitus Typ 2

Ärzte mit Genehmigung	1.059
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.007
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	52

Brustkrebs

Ärzte mit Genehmigung	159
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	159

Koronare Herzkrankheit

Ärzte mit Genehmigung	982
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	932
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	54
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	2

Asthma bronchiale

Ärzte mit Genehmigung	723
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	691
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	34

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Ärzte mit Genehmigung	681
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	649
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	32

Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik ist eine qualitätsgesicherte Leistung. Durch sie sollen geriatrisch spezialisierte Vertragsärzte den individuellen Behandlungsbedarf eines älteren Patienten ermitteln und einen Behandlungsplan erstellen.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	9
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Histopathologie Hautkrebs-Screening

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL), Abschnitt D Nr. II, 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 1.7.2008, zuletzt hierzu geändert: 1.1.2019

Dermatologen und Hausärzte können eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs vornehmen. Im Verdachtsfall werden Gewebeproben untersucht. Diese sogenannte Histopathologie unterliegt einer Qualitätssicherung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	14
beschiedene Anträge	-
Kolloquien	-
Praxisbegehungen	-
Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Frequenzregelung

Ärzte mit vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate	< 1.000	≥ 1.000
	-	14

Dokumentationsprüfungen

geprüfte Ärzte	_*
Kolloquien	-

**aufgrund der Corona-Pandemie haben keine Dokumentationsprüfungen stattgefunden*

HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV / Aids), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2009

Zur Förderung der spezialisierten und flächendeckenden Versorgung von HIV-/Aids-Patienten nach einheitlichen Qualitätsstandards haben sich die Partner des Bundesmantelvertrags auf die Einführung einer entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung geeinigt.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	2
beschiedene Anträge	0
Kolloquium	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Frequenzregelung

Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV- / Aids-Patienten pro Quartal	< 25	≥ 25
	0	2

Fortbildung

Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung	2
--	---

Dokumentationsprüfung

geprüfte Ärzte	2
Anzahl geprüfter Dokumentationen insgesamt	20
- davon vollständig und keine Beanstandungen	20

Hörgeräteversorgung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert: 01.04.2019

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität der Versorgung gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für schwerhörige Patienten mit Hörgeräten gesichert werden soll. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden. Sie regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen, den Umfang der Versorgung und die Anforderungen an die Praxisausstattung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	84
beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Messtechnische Kontrollen

Ärzte, die den jährlichen Nachweis der messtechnischen Kontrolle fristgerecht erbracht haben	81
--	----

Fortbildungsverpflichtung

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) fristgerecht im Berichtsjahr vorgelegt haben	81
--	----

Hörgeräteversorgung – Kinder

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2012, zuletzt geändert: 01.04.2019

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	3
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Messtechnische Kontrollen	
Ärzte, die den jährlichen Nachweis der messtechnischen Kontrolle fristgerecht erbracht haben	2
Fortbildungsverpflichtung	
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr vorgelegt haben	2

Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2019

Am 1. Oktober 2019 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in Kraft getreten. Die Vereinbarung ersetzt den Anhang zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	0
beschiedene Anträge	0

Interventionelle Radiologie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert: 01.10.2010

Eine Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem sowie die Nachbetreuung.

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	11
beschiedene Anträge	0
Kolloquium	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Intravitreale Medikamenteneingabe

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2014, zuletzt geändert: 01.07.2020

Das Verfahren kann bei der Behandlung von Augenerkrankungen wie unter anderem der feuchten altersabhängigen Makuladegeneration angewendet werden. Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die fachlichen Voraussetzungen, die räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen sowie die ärztliche Dokumentation.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	47
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Dokumentationsprüfungen

Ärzte geprüft	4
- davon Anforderungen erfüllt	2
- davon Anforderungen nicht erfüllt	2
insgesamt geprüfte Dokumentationen	40
darunter Dokumentationen:	
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	7
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	6
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 f) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 g) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 h) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 i) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 j) nicht erfüllt ist	0

Invasive Kardiologie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999, zuletzt geändert: 01.01.2019

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, anhand derer die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung. In dieser bundesweiten geltenden Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat. Darüber hinaus unterliegen diese Leistungen der ständigen Überprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik.

Diagnostische Katheterisierungen

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	1
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Frequenzregelung

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

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	4
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Frequenzregelung

Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen	< 150	≥ 150
	0	4
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	0	entfällt
Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen	< 50	≥ 50
	2	2
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	0 *	entfällt

*es fanden nicht ausreichend reguläre OP's statt, aufgrund von Coronapandemie

Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2002, zuletzt geändert: 01.04.2020

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt II, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert: 28.08.2020

Gleichzeitig mit der Einführung der Früherkennungskoloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien in der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet. Nur Fachärzte der Inneren Medizin/Gastroenterologie beziehungsweise Fachärzte der Inneren Medizin mit gastroenterologischem Schwerpunkt sowie Chirurgen mit einer Subspezialisierung Koloskopien dürfen die Untersuchung durchführen. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie.

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	45
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigung	1
Totale Koloskopien	
Dokumentationsprüfungen	
Prüfungen	0*
<i>*aufgrund von Corona haben keine Prüfungen stattgefunden</i>	
Polypektomien	
Dokumentationsprüfungen	
Prüfungen	0*
<i>*aufgrund von Corona haben keine Prüfungen stattgefunden</i>	
Prüfungen zur Hygienequalität	
überprüfte Praxen	32*
halbjährliche Prüfungen	32
- davon bestanden	31
- davon nicht bestanden	1
Wiederholungsprüfungen	1
- davon bestanden	1

**lt. Vorstandsbeschluss waren pandemiebedingt weniger Prüfungen möglich*

Kapselendoskopie – Dünndarm

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastroinestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2014

Mit der Kapselendoskopie kann der Dünndarm untersucht werden, der sonst für direkte bildgebende Verfahren fast nicht erreichbar ist. Der Patient schluckt eine Mini-Kamera von der Größe einer großen Tablette. Ärzte haben bestimmte Qualitätsanforderungen zu erfüllen, um Kapselendoskopien durchführen zu können.

Genehmigungen Applizierer

Ärzte mit Genehmigung zur Applikation	7
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Genehmigungen Auswerter

Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	7
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Spezial-Labor

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2018

Für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen und deren Abrechnung gelten umfangreiche Vorgaben. Dazu gehören auch eine Richtlinie zur Qualitätssicherung, die laborinterne Kontrollen und externe Ringversuche beinhalten sowie Hinweise zur Abrechnung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	149
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
- - darunter Anzahl erstmals erteilter Genehmigungen	6
Kolloquien	1
Rückgabe / Beendigung / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5

Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung

Anzahl der überprüften Ärzte	0*
------------------------------	----

*aufgrund von Corona keine Prüfung durchgeführt

Langzeit-EKG-Untersuchungen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 01.01.2015

Eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektro-Kardiographie sind Voraussetzung für die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen (Langzeit-EKG) um auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen erkennen zu können. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	92
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	301
beschiedene Anträge	19
- davon Genehmigungen	19
Kolloquien	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	16

Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS)
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2018; zuletzt geändert 01.01.2019

Die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-V) zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) regelt den Einsatz von Laserverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie beinhaltet die Verfahren der Holmium-Laserresektion und -enukleation, der Thulium-Laserresektion und -enukleation sowie der Photospektiven Vaporisation der Prostata.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	0
beschiedene Anträge	0

Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 01.01.2015

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 9: Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust (MRM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2006, zuletzt hierzu geändert: 01.07.2020

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt geändert: 01.01.2020

Wollen Ärzte eine Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie) durchführen, müssen sie bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Neben der persönlichen Qualifikation ist die Erfüllung apparatetechnischer Mindestanforderungen erforderlich. Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanztomographie der Mamma. So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt.

Genehmigungen Allgemeine Kernspintomographie

Ärzte mit Genehmigung	72
beschiedene Anträge	8
- davon Genehmigungen	8
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5

Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma

Ärzte mit Genehmigung	3
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Frequenzregelung Kernspintomographie der Mamma

Anzahl jährlicher Nachweise	3
- mindestens 50 Untersuchungen	3
- weniger als 50 Untersuchungen	0
Stichprobenprüfungen	

Prüfumfang

geprüfte Ärzte	0*
----------------	----

*aufgrund von Corona keine Prüfung erfolgt

Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007, zuletzt geändert: 01.10.2015

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 01.04.2001, zuletzt geändert: 01.01.2020

Die Magnetresonanz-Angiographie (MRA) ist ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems und stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar. Da die MRA jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können. Wollen Ärzte das Verfahren durchführen, müssen sie dafür bestimmte Qualitätskriterien erfüllen.

Ärzte mit Genehmigung	53
beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	5
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Dokumentationsprüfungen			
insgesamt geprüfte Ärzte			6
- davon bestanden			6
Kolloquien			0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen			0
insgesamt geprüfte Dokumentationen			105
- davon ohne Venen	... Venen
		72	33
	Anlage 2 Nr. 1 (Hirngefäße)	Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7	Anlage 2 Nr. 5 (Venen)
- darunter Anzahl Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	41	29	31
- darunter Anzahl Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	41	29	33
- darunter Anzahl Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	41	30	31
- davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	40	29	31
- davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nach-vollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	0	0	0
- davon Anzahl insgesamt nicht nach-vollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	1	2	2

Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert: 01.10.2020

Zur Diagnostik aller Brustkrankungen – insbesondere von Karzinomen – stehen in der vertragsärztlichen Versorgung eine Reihe von Verfahren zur Verfügung. Eines davon ist die Mammographie, bei der die Brustdrüse von Patientinnen (und Patienten) mittels eines transmittierten Röntgenstrahls in einem Projektionsverfahren abgebildet wird. Hierzu bestehen umfangreiche Qualitätsanforderungen.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	35
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt C

Prüfungen	Erstprüfung	Wiederholungsprüfung
	0	2
- davon bestanden	0	2

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt D

Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung
	4	0
- davon erfolgreiche Teilnahme	4	0

Dokumentationsprüfung gemäß Abschnitt E

	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	Wiederholungsprüfung nach § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten
Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	10	0	0
- davon erfüllt	8	0	0
- davon nicht erfüllt	entfällt	0	0
- 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	0	entfällt	entfällt
- davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	2	entfällt	entfällt
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen			0

Mammographie-Screening

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2021 (Neufassung)

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 01.01.2004, zuletzt geändert: 14.08.2020

Im Jahr 2002 wurde durch den Deutschen Bundestag die Einführung eines flächendeckenden und qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings nach den Europäischen Leitlinien in Deutschland beschlossen. 2004 traten die entsprechenden detaillierten Regelungen (Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die neue Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge) zur Einführung des Screenings in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren haben nun Anspruch auf eine Mammographie-Untersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung in einem Rhythmus von zwei Jahren.

Genehmigungen

Screening-Einheiten	4
Programmverantwortliche Ärzte	8
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	8
kooperierende Ärzte	27
Befunder von Mammographieaufnahmen	15
histopathologische Beurteilung	6
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 (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert: 01.04.2017

Für molekulargenetische Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen gelten Qualitätssicherungskriterien. Mit einer entsprechenden fachlichen Qualifikation können vor allem Fachärzte für Humangenetik, Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin die Untersuchung durchführen.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	14
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016

Zum 1. Juli 2016 trat die Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA in Kraft. Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die Durchführung der Leistungen sowie die Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit und löst damit die Regelung im Anhang zur Vergütungsvereinbarung ab.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	722
beschiedene Anträge	16
- davon Genehmigungen	16
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	21

Neuropsychologische Therapie

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.02.2012, zuletzt geändert 22.07.2020

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonellen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z. B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit). Die Richtlinie benennt die für die vertragsärztliche Versorgung erforderliche Qualifikation der Leistungserbringer, Anwendungsformen, Leistungserbringung, Leistungsinhalt und Leistungsumfang der neuropsychologischen Therapie sowie Anforderungen an die Dokumentation und Qualitätssicherung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	6
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Onkologie

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2021

Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch wird eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt. Im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung krebskranker Patienten wird eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch dazu besonders qualifizierte Ärzte angestrebt, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich zukommt.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	64
- darunter Ärzte in Neu-/Jungpraxen	8
- darunter Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	7
beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	5
Kolloquien	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Dokumentationsprüfung	
geprüfte Ärzte	6
- davon ohne Beanstandungen	5
- davon mit Beanstandungen	1
Fortbildungsverpflichtung	
Ärzte, welche die Nachweise erbracht haben	60

Otoakustische Emissionen

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

Otoakustische Emissionen sind spontane Schallabstrahlungen aus dem Innenohr. Verursacher sind die äußeren kontraktionsfähigen Haarzellen. Die Messung otoakustischer Emissionen erfolgt zur Abklärung von Erkrankungen des Innenohrs. Die Richtlinie benennt in Anlage I die vom G-BA für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und – soweit zur sachgerechten Anwendung der neuen Methode erforderlich – die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und die erforderliche Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung. Anlage II führt die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nach Überprüfung durch den G-BA nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen. In Anlage III werden die Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt ist, genannt.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	78
beschiedene Anträge	9
- davon Genehmigungen	9
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

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 01.01.2017

Ziel dieser Vereinbarung ist die Festlegung der Voraussetzungen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V von schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersgruppen in der letzten Phase ihres Lebens. Die Stärkung der ambulanten Palliativversorgung erfolgt durch besonderes Engagement und besondere Qualifikation des an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsarztes, die bedarfsgerechte Strukturierung des Versorgungsprozesses, die Koordination aller beteiligten Leistungserbringer durch den teilnehmenden Vertragsarzt, die aktive Kooperation des verantwortlichen Arztes mit weiteren an der Versorgung Beteiligten sowie weiteren Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	97
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4

Fortbildungsverpflichtung

Ärzte, die den Nachweis zur speziellen Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr erbracht haben	0
--	---

PET und PET/CT

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16.05.2015, zuletzt hierzu geändert: 21.03.2020

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016, zuletzt geändert 01.04.2020

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie und Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT) bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen Indikationen bei onkologischen Fragestellungen gesichert werden soll. Sie regelt, welche Voraussetzungen Radiologen und Nuklearmediziner für eine Abrechnungsgenehmigung erfüllen müssen.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	4
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Fortbildungsverpflichtung

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	0
---	---

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.08.2001, zuletzt geändert: 01.04.2020

Eine Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung der photodynamischen Therapie (PDT).

Diese Vereinbarung dient der Qualitätssicherung der photodynamischen Therapie (PDT) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation und subfovealer chorioidaler Neovaskularisation (CNV) aufgrund von pathologischer Myopie mit bestkorrigiertem Visus von mindestens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von maximal 5400 Mikrometer. Sie regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung der Photodynamischen Therapie(n) am Augenhintergrund im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	7
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Phototherapeutische Keratektomie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007; zuletzt geändert: 01.04.2020

Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und apparative Ausstattung sowie die Anforderungen an die Indikationsstellung und an die Dokumentation als Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der PTK im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	3
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Rhythmusimplantat-Kontrolle

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2018

Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V. Anlage 31 BMV-Ä, Gültigkeit zum 01.01.2017

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle (Funktionsanalyse eines Rhythmusimplantat und/oder eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie) gesichert werden soll. Die Qualitätssicherungsvereinbarung ersetzt die bisherige Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse eines Rhythmusimplantat von 2006 und regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle in der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungsbereich „Rhythmusimplantat-Kontrolle“, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 a)

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	3
beschiedene Anträge	0
widerrufene Genehmigungen	0
zurückgegebene Genehmigungen	2

Fortbildung	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist erbracht haben	1
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist erbracht haben	2
durchgeführte Kolloquien	0

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

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	5
beschiedene Anträge	3
erstmalig erteilte Genehmigungen	3
widerrufene Genehmigungen	0
zurückgegebene Genehmigungen	0

Fortbildung	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist erbracht haben	1
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist erbracht haben	0

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation	
überprüfte Ärzte	2
überprüfte Dokumentationen	32
- davon Dokumentationen mit Beanstandungen	1
- darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	0
- darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	1
- davon ohne Beanstandungen	31
Kolloquien	0

Genehmigungsbereich „Rhythmusimplantat-, ICD- und CRT-Kontrolle“, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 c)

Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung	65
beschiedene Anträge	5
erstmalig erteilte Genehmigungen	5
widerrufene Genehmigungen	0
zurückgegebene Genehmigungen	0

Fortbildung	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist erbracht haben	23
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist erbracht haben	0

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation	
überprüfte Ärzte	10
überprüfte Dokumentationen	128
- davon Dokumentationen mit Beanstandungen	4

- darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	1
- darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	3
- davon ohne Beanstandungen	124
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	1
Kolloquien	0

Schlafbezogene Atmungsstörungen

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert: 01.10.2020

Die Partner des Bundesmantelvertrags haben eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung, welche die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung sichern soll, getroffen.

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie	86
- davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	78
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	4
- davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	4
beschiedene Anträge	9
- davon Genehmigungen	9
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	8

Schmerztherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert: 01.10.2016

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei verschiedenen Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen oder vorangegangenen Traumen oder ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von Ärzten gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen. Die Qualitätssicherungsvereinbarung dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im

Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Sie regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie, die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die Organisation sowie die räumliche und apparative Ausstattung als Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	33
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	5
- davon ohne Beanstandungen	5
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Dokumentationsprüfung

geprüfte Ärzte	9
- davon Anforderungen erfüllt	9

Dokumentationsprüfung

geprüfte Ärzte	2
- davon Anforderungen erfüllt	2
geprüfte Dokumentationen	24
- davon ohne Beanstandungen	24

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 01.07.2009, zuletzt geändert: 01.01.2019, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 01.07.2013

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei der gezielte Aufbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind, im Katalog der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen jedoch nicht aufgeführt werden. Vorwiegend soll bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	11
beschiedene Anträge	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigung	0

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 01.01.2002, Neufassung seit 15.04.2015, zuletzt geändert: 01.10.2020

Soziotherapie nach § 37a SGB V soll die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 37a und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossene Richtlinie regelt Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der Verordnerin oder des Verordners (gemäß der in § 4 genannten Berufsgruppen) mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (soziotherapeutischer Leistungserbringer).

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	61
beschiedene Anträge	10
- davon Genehmigungen	10
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

Als extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bezeichnet man ein technisches Verfahren in der Urologie, mit dem man beispielsweise Harnsteine durch fokussierte Stoßwellen zertrümmern kann. Die Richtlinie benennt die für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und die erforderliche Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	14
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Rückgaben / Beendigungen/ Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Strahlendiagnostik / -therapie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.10.2020

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 01.10.1992, zuletzt geändert: 01.01.2020

Die Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie, Nuklearmedizin und von Strahlentherapie umfasst die Bereiche: allgemeine Röntgendiagnostik, Computertomographie, Knochen-dichtemessung (Osteodensitometrie), Strahlentherapie und Nuklearmedizin.

Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	410
beschiedene Anträge	20
- davon Genehmigungen	20
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	25

STICHPROBENPRÜFUNG

Prüfumfang

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

*aufgrund von Corona vermindertes Prüfungsumfang

Computertomographie

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	86
beschiedene Anträge	9
- davon Genehmigungen	9
Kolloquien	1
- davon bestanden	1
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	6

STICHPROBENPRÜFUNG

Prüfumfang

geprüfte Ärzte	0*
----------------	----

*aufgrund von Corona keine Prüfung erfolgt

Osteodensitometrie

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	12
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen /Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Strahlentherapie

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	28
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

Nuklearmedizin

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	23
beschiedene Anträge	0
Kolloquien	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1991, zuletzt geändert: 17.01.2019

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V beinhaltet die substitutionsgestützte Behandlung einer Opioidabhängigkeit im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes. Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung (im folgenden „Substitution“) bei Opioidabhängigen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Richtlinie gilt für alle Substitutionen gemäß § 5 Absatz 1 und § 5a BtMVV, unabhängig davon, mit welchen nach der BtMVV zulässigen Substitutionsmitteln sie durchgeführt werden. Als opioidabhängig im Sinne dieser Richtlinie gelten auch solche Abhängige, die bereits mit einem Drogenersatzstoff substituiert werden. Neben den Vorgaben dieser Richtlinie sind die einschlägigen bundesrechtlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sowie die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger zu beachten.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	45
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Ärzte im Konsiliarverfahren	39

Dokumentationsprüfungen

geprüfte Ärzte	17
geprüfte Fälle	46
- keine Beanstandungen	25
- geringe Beanstandungen	4
- erhebliche Beanstandungen	1
- schwerwiegende Beanstandungen	0

Ultraschalldiagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993; zuletzt geändert: 01.10.2020

Die Ultraschall-Vereinbarung regelt alle relevanten fachlichen und apparativen Anforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Qualitätssicherung umfasst die Dokumentationsprüfung, Prüfung aller Anforderungen für zu genehmigende Ultraschallsysteme und Prüfung der Leistungsfähigkeit der Ultraschallsysteme.

Genehmigungen

Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1277	
beschiedene Anträge	neu n. § 14	neu (wg. Statuswechsel u.ä.)
	93	35
- davon Genehmigungen	92	35
- davon Ablehnungen	1	0
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	neu	erneut
	271	97
- davon Genehmigungen	201	97
- davon Ablehnungen	70	0
Kolloquien	0	
Praxisbegehungen	0	
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	92	
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	184	

Apparative Ausstattung			
Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme			1241
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle): 6 Jahre nach Abnahmeprüfung			
Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 c)			54
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bildokumentation): 4 bzw. 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)			
Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 c)			75
Überprüfung der ärztlichen Dokumentation			
	§ 11 Abs. 2 a) gesamt	§ 11 Abs. 2 b) davon gemäß Schwerpunkt	§ 11 Abs. 5
geprüfte Ärzte			
	77	12	19
- davon ohne Beanstandung	4	0	0
- davon mit geringen Beanstandungen	58	9	19
- davon mit erheblichen Beanstandungen	9	1	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	6	2	0
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen	385	60	95
- davon ohne Beanstandungen	98	9	10
- davon mit geringen Beanstandungen	221	38	69
- davon mit erheblichen Beanstandungen	45	8	11
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	21	5	5
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:			
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	6	0	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	7	2	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	17	6	3
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-) Diagnose	2	1	4
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	6	2	9
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation:			
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	3	0	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	18	6	6
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	34	10	8

Genehmigungen Säuglingshüfte			
Ärzte mit Genehmigung			83
beschiedene Anträge			3
- davon Genehmigungen			3
Kolloquien			0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen			7
Dokumentationsprüfungen			
geprüfte Ärzte	Initialprüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
	3	2	14
- davon ohne Beanstandungen	2	1	13
- davon mit Beanstandungen § 9 Abs. 2 a	1	1	1
- davon mit Beanstandungen § 9 Abs. 2 b	0	0	0
Wiederholungsprüfungen nach § 9 Abs. 2 a	nach Initialprüfung	nach 2-Jahres-Prüfung	nach 5-Jahres-Prüfung
	0	1	1
- davon ohne Beanstandungen	0	1	1
insgesamt geprüfter Dokumentationen			252
- davon regelgerecht (Stufe I)			208
- davon eingeschränkt (Stufe II)			42
- davon unzureichend (Stufe III)			2
Bei Dokumentationen der Stufe III			
- davon Mängel in der Bilddokumentation			2

Vakuumbiopsie der Brust

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 01.01.2015

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle der Brust (im Folgenden Vakuumbiopsie) gesichert werden soll. Sie regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung, die Indikationsstellung, die Durchführung und die ärztliche Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Vakuumbiopsie in der vertragsärztlichen Versorgung.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	10
beschiedene Anträge	0
Kolloquium	0
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

Dokumentationsprüfung	
geprüfte Ärzte	10
- davon bestanden	10
Kolloquium	0
geprüfte Dokumentationen	100
- davon vollständig und nachvollziehbar	100

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2015. (vormalige Versionen seit dem 01.07.1992), zuletzt geändert 01.01.2020

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt III, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert: 28.08.2020

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität zytologischer Untersuchungen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gesichert werden soll. Sie regelt die fachlichen, räumlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der präventiven zytologischen Untersuchungsleistung nach Teil III C § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), der zytologischen Untersuchung zur Abklärung eines auffälligen Screeningbefundes nach Teil III C § 7 der oKFE-RL, der zytologischen Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung und der kurativen zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri in der vertragsärztlichen Versorgung. Weiterhin regelt diese Vereinbarung die Durchführung der Präparatebefundung und deren Überprüfung sowie die Verpflichtung zur Erstellung von Statistik-Berichten.

Genehmigungen

Ärzte mit Genehmigung	15
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
Praxisbegehungen	0
Rückgaben / Beendigungen / Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation

geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	0*
---------------------------------	----

Prüfung der Jahresstatistik

abrechnende Labore	7
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2019)	7
- davon ohne Auffälligkeiten	6
- davon mit Auffälligkeiten	1 (nur Hinweis)
Kolloquien	0

Fortbildungsverpflichtung

Ärzte, die im Berichtsjahr Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	12
---	----

Präparatebefunder für die im Berichtsjahr Unterlagen zur Fortbildungspflicht vorgelegt wurden	Präparatebefunder insgesamt	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2
	28	28

* - keine Präparateüberprüfungen, da gemäß § 7 Abs. 8 nach zweimal in Folge bestandener Prüfungen erst nach 4 Jahren geprüft werden muss

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 KVen.

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 KVen 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.

Besondere Versorgung: Mit der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V sollen die verschiedenen Leistungssektoren miteinander vernetzt und eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) ermöglicht werden. Auf diese Weise sollen die verschiedenen Leistungsbereiche in eine einheitliche vertragliche Versorgung eingebunden werden. Die Regelungen zur besonderen Versorgung bauen auf den bisherigen Vertragsformen auf. Die Krankenkassen als Kostenträger können mit hierfür zugelassenen Leistungserbringern spezielle Verträge schließen. Ziel ist es, durch vernetzte Behandlungsstrukturen eine bes-

sere Qualität zu erreichen und interdisziplinäre Hürden zu überwinden, um auf die besonderen Bedürfnisse bei der Patientenversorgung flexibel eingehen zu können.

Case Management: Leitliniengestützte, sektorenübergreifende und durch Fachkräfte unterstützte Versorgungsform, die sich auf 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 Qualitätsmanagementsysteme 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 Patientenpopulationen mit speziellen Risikokonstellationen richtet, deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien sowie durch die Eigeninitiative von Patientinnen und 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 dem ge-

ringstmöglichen 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 KVen 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 KVen 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 Kriterien zum Bestehen der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

EN: Europäische Norm

Ergebnisqualität: siehe Qualitätsdimensionen

Evaluation: Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (zum Beispiel Auswirkungen auf

die Versorgung, auf das Wohlbefinden der Beteiligten, 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 Präferenzen der behandelten Personen. 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, individuelle Anwendung dieser Evidenz auf konkrete 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 -ärztinnen und Vertragspsychotherapeuten und -therapeutinnen 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 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Darüber hinaus müssen sie gegenüber der jeweils zuständigen KV nachweisen, dass sie innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren 250 Fortbildungseinheiten in verschiedenen Kategorien absolviert haben.

Frequenzregelungen: Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der eine Ärztin oder ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, 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 KVen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärztinnen und Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und die Ärztin oder der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen. 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 im deutschen Gesundheitswesen. 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 KV ist für eine Vielzahl von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen Voraussetzung für deren Durchführung und Abrechnung an gesetzlich Versicherten. Der Antragstellende 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.

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.

Hygienepflicht: Regelmäßige Hygienepflicht 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 KV beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung des Arztes oder der Ärztin widerrufen.

Integrierte Versorgung: Mit dem zum 23. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getretenen Versor-

gungsstärkungsgesetz (GKWVG) wurden die an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch V geregelten selektiven Vertragsformen neu strukturiert und als „Besondere Versorgung“ im neuen § 140a SGB V zusammengefasst. Die neuen Verträge nach § 140a SGB V lösen die Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V, die bisherigen Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V ab. Die §§ 140b-d, 73a und 73c SGB V wurden aufgehoben. Näheres siehe unter „Besondere Versorgung“

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

Kollektivvertrag: Die KBV oder regional die KVen 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 dem die Einzelheiten der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt sind. Auf Landesebene können KVen und Krankenkassen unter anderem die Höhe der Gesamtvergütung für spezielle vertragsärztliche Leistungen vereinbaren. Die Teilnahme am Kollektivvertrag ist für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten verpflichtend. Die Abrechnung erfolgt über die KV.

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 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der KBV.

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

Peer Review: Der Grundgedanke des Peer Reviews besteht darin, sich von Kollegen (speziell ausgebildeten Peers) in der Praxis besuchen und beobachten zu 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 KVen jährlich bei mindestens zwei Prozent aller Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten hinsichtlich ihrer Honorarabrechnungen und Zeitprofile durchgeführt.

Praxisbegehungen: Regelmäßige Praxisbegehungen und damit verbundene Hygienepfahrungen 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 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 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 unterschiedlich bewertet werden.

Qualitätsdimensionen: Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-)Ergebnisses definierte 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 Patientinnen und 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 Gesundheitszustands der Patientinnen und 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 bei dem oder der Behandelten auswirken. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu werden anhand von Referenzwerten beziehungsweise Referenzbereichen Ausprä-

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

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

Qualitätssicherungsbeauftragte: Die KV beruft eine Person als Qualitätssicherungsbeauftragte, die Ärzte in Fragen der Qualitätssicherung berät.

Qualitätssicherungskommissionen: Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständs mit einer professionellen Verwaltung. Die KVen 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 von Qualitätssicherungsbeauftragten in den KVen, das Einrichten von Qualitätssicherungskommissionen und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei den KVen. 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 Teilnehmenden eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®: Ein von der KBV und den KVen erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Es ermöglicht niedergelassenen Ärztinnen und 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 ein Arzt die Anforderungen nicht und kann 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 KVen. 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: siehe Effektivität

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.

Modifizierter Auszug aus dem Glossar der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) zum Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der

KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2007

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	QS-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	Anke Maaß	382
	Autogenes Training	Anke Voglau	377
B	Baby on Time	Caroline Janik	177
	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	Anke Maaß	382
E	Entwicklungsneurologie	Anke Voglau	377
F	Facharztvertrag chronische Wunde	Marie Krethe	385
	Früherkennungsuntersuchung	Caroline Janik	177
	Funktionsstörung der Hand	Anke Maaß	382
G	Genetische Beratung	Silke Seemann	387
	Geriatric	Anke Voglau	377
	Gesund schwanger	Caroline Janik	177
	Gestationsdiabetes	Manuela Ahrens	378
	Glukosemessung Real-Time-Messgerät	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
	Holmium-, Thuliumlaser	Stefanie Moor	384

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

OS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
Homöopathie	Caroline Janik	177
Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	384
Humangenetik	Silke Seemann	387
Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann/ Stefanie Moor	387 384
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	Manuela Ahrens	378
Hypnose	Anke Voglau	377
I Interventionelle Radiologie	Martina Lanwehr	375
Intravitreale Medikamenteneingabe	Anke Maaß	382
Invasive Kardiologie	Caroline Janik	177
K Koloskopie	Anke Maaß	382
Krebsregister	Kirsten Martensen	243
L Labor	Silke Seemann	387
Langzeit-EKG	Caroline Janik	177
Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms	Stefanie Moor	384
M Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	375
Mammographie-Screening	Martina Lanwehr	375
Medikationskonsil	Caroline Janik	177
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-Vereinbarung	Kirsten Martensen	243
Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme	Kirsten Martensen	243
Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	375
Otoakustische Emission	Stefanie Moor	384
P Palliativversorgung	Anke Voglau	377
PDT/PTK	Anke Maaß	382
PET/CT	Martina Lanwehr	375
Pflegeheim	Jenny Klammer	210
Physikalisch-medizinische Leistungen	Anika Gilbrich	249
Polygraphie/Polysomnographie	Anke Voglau	377

OS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
Praxisassistenten	Marie Krethe	385
Praxisnetze	Caroline Janik	177
Präexpositionsprophylaxe	Jenny Klammer	210
Proktologie	Anke Maaß	382
Progressive Muskelrelaxation	Anke Voglau	377
Psychosomatische Grundversorgung	Anika Gilbrich	249
Psychotherapie	Anke Voglau	377
Psychotherapie Informationsstelle	Anika Gilbrich	249
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 Transurethrale Botulinuminjektion	Stefanie Moor	384
U Ultraschall	Marion Rothe	376
V Vakuumbiopsie der Brust	Martina Lanwehr	375
Vernetzte Versorgung	Caroline Janik	177
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
