


Qualitätsbericht 2022



Jederzeit
medizinisch
gut versorgt in
Schleswig-Holstein



Die vollständigen Daten zur Qualitätssicherung in Schleswig-Holstein finden Sie im Internet:

WWW.KVSH.DE

VORWORT

Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke	3
---	---

QUALITÄTSSICHERUNG – KERNAUFGABE DER KVSH

Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien	4
▪ Zeitliche Entwicklung der Genehmigungsbereiche	5
▪ Ablauf eines Genehmigungsverfahrens sowie Folgeverpflichtungen	6
Die Abteilung Qualitätssicherung	8
Zahlen und Fakten	9

QUALITÄTSSICHERUNG – IM FOKUS

Qualitätssicherung digital	10
Qualitätssicherungs-Kommissionen	12
▪ Apherese	14
▪ Ärztliche Stelle - Strahlentherapie	16
▪ Kurative Mammographie	18
▪ Ärztliche Stelle - Mammographie	20
▪ Vakuumbiopsie der Brust	22
▪ Polysomnographie	24
▪ Sonographie der Säuglingshüfte	26
▪ Schmerztherapie	28
▪ Substitution	30
Disease Management Programme - DMP	32

QUALITÄTSSICHERUNG – GUT ZU WISSEN

Qualitätssicherung querbeet	36
-----------------------------------	----

QUALITÄTSFÖRDERUNG

Qualitätszirkel – ein Instrument zur Qualitätsförderung	40
Qualitätsmanagement – gut für Mitarbeiter und Patienten	42

NÜTZLICHES

Hilfreiche Internetseiten	44
Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	45
Impressum	46

Liebe Leserinnen und Leser,

dieser Bericht zeigt einmal mehr sehr eindrucksvoll, dass Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Versorgung echtes Teamwork ist, denn viele sachverständige Ärzte und Psychotherapeuten aus unseren Reihen arbeiten mit den Mitarbeitern der KVSH Hand in Hand für die Gesundheit ihrer Patienten.



Unser besonderes Augenmerk in dieser Ausgabe gilt deshalb unseren Qualitätssicherungskommissionen, die besten Beispiele für die funktionierende ärztliche und psychotherapeutische Selbstverwaltung in Schleswig-Holstein. In unserem Bundesland gibt es 21 Kommissionen, in denen 131 Kollegen ehrenamtlich mitarbeiten und unsere Abteilung Qualitätssicherung beraten. Es sind nicht zuletzt diese Kommissionen, die eine praxisnahe und flächendeckende Umsetzung der Qualitätsvorgaben gewährleisten und es werden immer mehr.

Im Qualitätsbericht 2022 werden deshalb zunächst die Kommissionen aus den Bereichen Sonographie, Substitution, Vakuumsbiopsie, Kurative Mammographie, Strahlentherapie, DMP, Apherese, Polysomnographie und Schmerztherapie genauer vorgestellt. Welche Aufgaben haben Sie? Wie sieht die konkrete Arbeit aus? Wie setzt sich der Teilnehmerkreis zusammen? 2023 werden weitere Kommissionen folgen.

Wir danken allen Kollegen ganz herzlich für ihre engagierte Mitarbeit im Sinne einer verantwortungsvollen Selbstverwaltung.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Schliffke'.

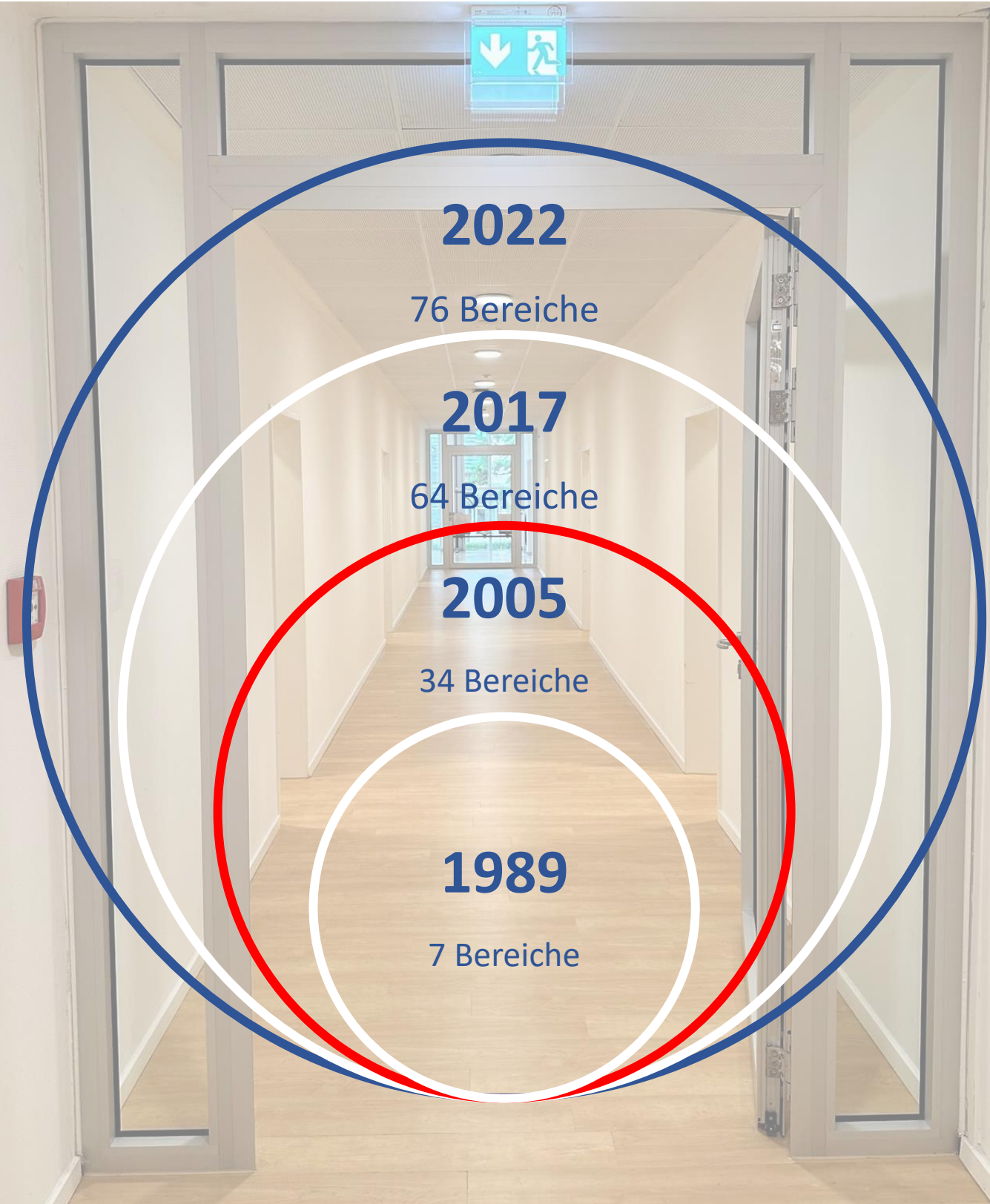
Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH

Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien



Zeitliche Entwicklung der Genehmigungsbereiche

1989 bis 2022



ABLAUF EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS SOWIE FOLGEVERPFLICHTUNGEN



Die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien legen unterschiedliche Anforderungen zur Durchführung und Abrechnung bestimmter Leistungen fest. Dies bedeutet für Ärzte und Psychotherapeuten: Antragstellung und Folgeverpflichtungen.

1. ANTRAGSTELLUNG

ARZTBEZOGENE ANFORDERUNGEN

Fachliche Qualifikation:

- Zeugnisse/Bescheinigungen/Urkunden
- Kolloquium
- Präparatebezogene Prüfung
- Fallsammlungsprüfung
- Vorlage von Dokumentationen
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE ANFORDERUNGEN

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:

- Schriftliche Nachweise/Erklärungen
- Notwendige Kooperationen
- Gewährleistungserklärungen
- Baupläne
- Hygienepläne

FACHLICHE BEFÄHIGUNG DER MITARBEITENDEN

Aus- und Fortbildungsnachweise, Kooperationsbescheinigungen

2. BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

3. GENEHMIGUNGSERHALT

FOLGEVERPFLICHTUNG ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNG JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG

Einzelfallprüfung durch Stichproben-/Dokumentationsprüfung, Hygieneprüfung, Frequenzrege-

lung, Fallsammlungsprüfung, Überprüfung der Präparatequalität, Jahresstatistik, kontinuierliche Fortbildung, Qualitätszirkel, Nachweise zur Praxisorganisation, Konstanzprüfungen, Wartungsnachweise, Ringversuche, Überprüfung der Nachweise zur internen und externen Qualitätsprüfung, regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter, ggf. Praxisbegehungen bei Beanstandungen, Teilnahme an Fallkonferenzen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN FINDEN IN FOLGENDEN BEREICHEN STATT:

Abklärungskoloskopie, Akupunktur, Apheresen, Arthroskopie, Balneophototherapie, Computertomographie, Histopathologie im Hauskrebs-Screening, HIV/Aids, Hörgeräteversorgung (Erwachsene), Hörgeräteversorgung (Kinder), Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom, intravitreale Medikamenteneingabe (IVM), Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Spezial-Labor, Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndrom, Magnetresonanztomographie, Magnetresonanztomographie (kurativ), Mammographie-Screening, Molekulargenetik, Onkologie, PET und PET/CT, photodynamische Therapie am Augenhintergrund, phototherapeutische Keratektomie, Rhythmusimplantat-Kontrolle, Schmerztherapie, Sonographie, substituionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Cervix uteri

Die Abteilung Qualitätssicherung

Die Aufgaben der Abteilung Qualitätssicherung ergeben sich aus dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) und den daraus resultierenden Qualitätssicherungs-Richtlinien und -Vereinbarungen.

Mehr als 40 Mitarbeiter in sechs Teams befassen sich in der Abteilung Qualitätssicherung mit allen Fragen rund um die Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Guter Service für die Mitglieder der KVSH steht dabei an oberster Stelle.

Qualitätssicherungsbereiche	Genehmigungen gesamt	Genehmigungen neu erteilt	Ablehnungen
Abklärungskolposkopie	43	11	0
Akupunktur	231	5	1
Ambulantes Operieren	1.129	89	0
Arthroskopie	129	10	2
Außerklinische Intensivpflege (AKI)	1	1	0
Balneophototherapie	31	2	0
Computertomografie	147	22	2
Chirotherapie	430	24	0
Delegations-Vereinbarung	593	207	0
Dialyse/Apherese	67	6	0
Dünndarm-Kapselendoskopie	26	2	0
Funktionsstörung der Hand	198	14	0
Geriatric	21	1	1
Hautkrebs-Screening	1.743	88	0
Histopathologie Hautkrebs-Screening	11	0	0
HIV/Aids	1	0	0
HIV-Präexpositionsprophylaxe	2	0	0
Hörgeräteversorgung Erwachsene	136	6	0
Hörgeräteversorgung Kinder	12	3	0
Interventionelle Radiologie	7	0	0
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	103	13	0
Invasive Kardiologie	11	1	0
Kernspintomografie	121	17	0
Kernspintomografie der Mamma	14	0	0
Koloskopie	91	7	0
Laboratoriumsmedizin	253	7	0
Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms	3	1	0
Langzeit-EKG	1.077	81	0
Liposuktion bei Lipödem Stadium III	1	1	0
LDL- und Immunapherese	56	6	0
MR-Angiografie	100	13	0

Qualitätssicherungsbereiche	Genehmigungen gesamt	Genehmigungen neu erteilt	Ablehnungen
Mammographie (kurativ)	90	6	0
Mammographie Screening	55	6	0
Molekulargenetik	7	0	0
MRSA	673	7	0
Neuropsychologische Therapie	17	1	0
Nuklearmedizin	29	3	0
Onkologie	152	5	0
Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)	19	3	3
Otoakustische Emissionen (OAE)	135	6	0
Palliativmedizin	75	4	3
PET, PET/CT	1	0	0
Photodynamische Therapie (PDT)	11	0	0
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	4	0	0
Polygraphie/Polysomnographie	194	20	1
Psychotherapie	1.375	360	33
Radiologie (diagnostische)	673	57	0
Rhythmusimplantat-Kontrolle	109	10	0
Schmerztherapie	44	6	0
Sonographie	3.464	277	131
Sozialpädiatrie	120	13	1
Sozialpsychiatrie	39	8	0
Soziotherapie	126	27	2
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	29	2	0
Strahlentherapie	30	2	0
Substitution Opioidabhängiger	96	4	1
Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie	33	2	0
Vakuumbiopsie der Brust	19	1	0
Zervix-Zytologie	24	1	0
Zweitmeinungsverfahren	146	32	25
GESAMT	14.583	1.502	206

Stichtag: 31.12.2022

Zahlen und Fakten

Die obige Tabelle stellt einen exemplarischen Ausschnitt aller 76 genehmigungspflichtigen Bereiche dar. Im Jahr 2022 sind 3.706 Anträge auf Genehmigung im Rahmen der Qualitätssicherung eingegangen:

- 3.298 Anträge wurden positiv beschieden,
- 408 Anträge wurden – meist aus formalen Gründen – abgelehnt.

Betrachtet man alle arztbezogenen Genehmigungen, ergibt sich eine Gesamtzahl von 40.598 (Stand 31.12.2022).



Im Qualitätsbericht 2020 wurde über die bereits eingeführten Maßnahmen der Digitalisierung im Bereich der Qualitätssicherung sowie die digitalen Sonderlösungen – als Folge der COVID-19 Pandemie – informiert. Zwei Jahre später konnten einige der Maßnahmen beibehalten sowie weitere digitale Ansätze geschaffen werden.

eDoku-Portal

Seit dem Jahr 2013 steht für Leistungsbereiche, die Vorgaben zur Dokumentation beinhalten, das eDoku-Portal zur Verfügung. Die Ärzte können über eine Schnittstelle ihrer Praxissoftware die Dokumentationen in das eDoku-Portal übertragen oder die Daten direkt im Portal hinterlegen. Anschließend erhält man Auswertungen und Rückmeldeberichte zu den hinterlegten Daten. Diese können für die Qualitätssicherung und die Stichprobenprüfung im Qualitätsmanagement angewendet werden.

Das eDoku-Portal wird stetig weiterentwickelt und zur Dokumentation u. a. von den Bereichen

- Hörgeräteversorgung
- Dünndarm-Kapselendoskopie
- Molekulargenetik
- Kurative Mammographie
- Stichprobenprüfungen für Röntgen, Computer- und Kernspintomographie

genutzt.

Beispiel Zervix-Zytologie

Im Rahmen der Qualitätssicherung *Zervix-Zytologie* erstellen alle an der Vereinbarung teilnehmenden Zytologie-Labore jährlich eine Jahresstatistik. Die Datenübertragung der Statistik erfolgt dabei in elektronischer Form schnell und sicher über das eKVSH Portal.

Neben der Eintragung der Gesamtzahlen untersuchter Präparate und der Angabe zu histologischen Abklärungen besteht auch die Möglichkeit, Praxisbesonderheiten einzutragen. Die einzelnen Statistiken sind jeweils bis zum 31. August des Folgejahres an die KVSH zu übermitteln.

Im Anschluss werden diese von der Zytologie-Kommission beurteilt sowie auf Vollständigkeit und Eingabefehler überprüft. Abschließend werden die Daten von der KVSH digital mit Hilfe eines Anwendungsprogramms an die KBV weitergeleitet.

Nachweis für Fortbildungen

Durch eine etablierte Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein, die die Bewertung und Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen regelt, wurde eine digitale Schnittstelle zur Ärztekammer eingerichtet. Diese verringert unseren Mitgliedern den bürokratischen Aufwand über den Nachweis von besuchten Fortbildungsveranstaltungen.

Die Fortbildungsdaten des vergangenen Jahres werden von der Ärztekammer – sofern ein Einverständnis des Arztes vorliegt – zum Jahresanfang an die KVSH übermittelt. Mittels eines Programms wird für jede genehmigungspflichtige Leistung, die Fortbildungsaufgaben beinhaltet, überprüft, ob die für den jeweiligen Genehmigungsbereich festgelegte Fortbildungsverpflichtung bzw. die Fortbildungspunkte erreicht wurden. Nur wenn die übermittelten Angaben zur Aufrechterhaltung der Genehmigung nicht ausreichen, fragt die KVSH nach.

Kommission digital

Bereits seit mehreren Jahren werden die *Aphe- rese*-Anträge von den Mitgliedern der Kommission im Homeoffice begutachtet. Hierzu werden die digitalisierten Unterlagen der Kommission im eKVSH-Portal zur Verfügung gestellt. In dem nur von der Kommission einsehbaren geschützten Bereich, erfolgt eine Beurteilung der Dokumente sowie die Abgabe einer Stellungnahme.

Der mindestens einmal jährlich stattfindende Erfahrungsaustausch erfolgte im Jahr 2022 erstmals als Videokonferenz. Das anschließende Feedback der Kommission fiel durchweg positiv aus. Als Begründung wurde unter anderem die gesteigerte Effektivität angegeben.

Auch im Bereich *Substitution* finden viele Prozesse rund um das Sitzungsgeschehen, wie

- Einladung zur Sitzung
- Vorabdurchsicht der Qualitätsprüfungsformulare im Homeoffice
- Vorstellung der Dokumentationen während der Präsenzsitzung und
- Übermittlung des Protokolls

seit Jahren digital über ein datenschutzkonformes Programm statt.



Qualitätssicherungs- Kommissionen

Mit Engagement und Fachkompetenz tragen die Kommissionen zu dem hohen Qualitätsstandard ambulanter ärztlicher Leistungen

Die KV hat zur Überprüfung und Wahrung von Qualitätsstandards Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet. In Schleswig-Holstein sind diese überwiegend mit Vertragsärzten besetzt, die vom Vorstand der KVSH berufen werden. Aber auch die Krankenkassen sind in einigen Kommissionen vertreten.

Stichprobenprüfungen

Hauptaufgabe einer jeden Kommission ist die Beurteilung von Stichprobenprüfungen. Im Rahmen der Prüfungen werden unter anderem

- Behandlungsdokumentationen beurteilt.
- Indikationen anhand der gesetzlichen Vorgaben geprüft.
- Ultraschallbilder, Röntgenbilder, zytologische und histopathologische Präparate beurteilt
- Ärzte bei festgestellten Qualitätsmängeln beraten. Hierbei werden gemeinsam Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung erörtert – ein sehr wichtiger Beitrag zur Qualitätsförderung.

Die Dokumentationen werden überwiegend nach vier Stufen beurteilt:

- Stufe 1 - ohne Beanstandungen
- Stufe 2 - leichte Beanstandungen (Empfehlungen zu festgestellten Mängeln)
- Stufe 3 - deutliche Beanstandungen (Hinweise zu festgestellten Mängeln; Anforderung von klärenden Unterlagen; Wiederholungsprüfung nach 6 Monaten)
- Stufe 4 - schwerwiegende Beanstandungen (Hinweise zu Mängeln; Wiederholungsprüfung nach 3 Monaten)

Wie „Mängel“ im Einzelnen auszulegen sind, entscheiden die Kommissionen individuell.

Auch stehen der Verwaltung die Kommissionen im Antrags- und Genehmigungsverfahren beratend zur Seite.

Kolloquien

Die Durchführung von Kolloquien obliegt ebenfalls den Kommissionen. Hier weist ein Arzt seine fachliche Befähigung nach, um entweder

- gemäß gesetzlicher Bestimmung eine Genehmigung neu zu erwerben oder
- eine bestehende Genehmigung nach festgestellten Mängeln in der Wiederholungsprüfung zu erhalten.

Kompetenz-Zentrum

Eine Besonderheit im Norden sind gemeinsame Kompetenz-Zentren der Kassenärztlichen Vereinigungen

- Schleswig-Holstein,
- Hamburg und
- Mecklenburg-Vorpommern.

Stichprobenprüfungen für die Bereiche Akupunktur, Intravitreale Injektion (IVM), Neuropsychologische Therapie, PDT/PTK und Schmerztherapie werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Schleswig-Holstein und Hamburg vorgenommen.

Des Weiteren gibt es ein Kompetenz-Zentrum Kernspintomographie der Kassenärztlichen Vereinigungen Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Die Kommissionen setzen sich aus Vertretern der zwei bzw. drei Bundesländer zusammen. Die Geschäftsführung liegt jeweils im Verantwortungsbereich einer der KV'en.

Ärztliche Stelle

Zudem sind bei der KVSH auch zwei Ärztliche Stellen angesiedelt. Diese führen entsprechend der Strahlenschutzverordnung ebenfalls Qualitätsprüfungen durch.



Apherese

Das extrakorporale, also außerhalb des Körpers stattfindende, Blutreinigungsverfahren – die Apherese – wird bei verschiedenen schweren Fettstoffwechselstörungen eingesetzt. Pathogene oder überzählige Bestandteile werden somit aus dem Blut entfernt.

Für viele Krankheitsbilder, wie z. B. Arteriosklerose, stehen hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung. Sofern diese nicht angewendet werden können, wird im Einzelfall die Apherese als „ultima ratio“ eingesetzt.

Die Genehmigungsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von Apheresen sowie die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikationen der Patienten im Einzelfall sind in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung geregelt.

Die Kommission

Die Apherese-Kommission besteht aus fünf Mitgliedern - drei von der KV benannte Ärzte und zwei beratende Vertreter des Medizinischen Dienstes.

Die von Fachärzten eingereichten Anträge werden von jedem Kommissions-Mitglied auf die in der Richtlinie genannten Voraussetzungen überprüft. Hierzu werden die pseudonymisierten Unterlagen der Kommission digital übermittelt, so dass die Antragsprüfung im Homeoffice erfolgen kann.

Im Anschluss fasst jedes Kommissions-Mitglied eine Stellungnahme für die KVSH. Das Ergebnis der Prüfung wird dem Kostenträger sowie dem behandelnden Arzt durch die KVSH mitgeteilt.

Die endgültige Entscheidung über die Kostenübernahme der Apherese-Behandlung trifft aber der Kostenträger. Eine Bewilligung wird immer für 12 Monate erteilt. Eine Fortführung der Behandlung muss rechtzeitig beantragt werden.

Bis zu zweimal im Jahr treffen sich die Kommissions-Mitglieder zu einem Erfahrungsaustausch.

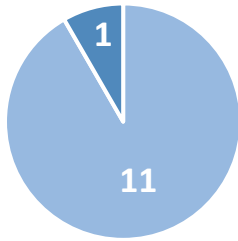
Was macht die Kommissionsarbeit bei der KVSH aus?

Kommission:

„Die gemeinsame Diskussion der einzelnen Patientenfälle erweitert den fachlichen Horizont und ermöglicht wichtige Sichtweisen auch aus der Perspektive der Kostenträger. Durch das digitale Begutachtungsportal der KVSH (eKVSH) sind die einzelnen Anträge und Stellungnahmen für jedes Kommissions-Mitglied transparent und nachvollziehbar. Die Diskussion in diesem Forum könnte allerdings noch etwas „lebhafter“ ablaufen, damit auch die schwierigen Fälle noch intensiver diskutiert werden.“

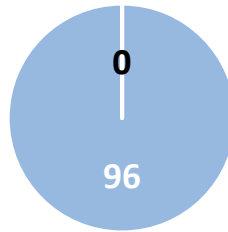
Antragsprüfung

Erstanträge



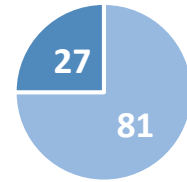
■ Angenommen ■ Abgelehnt

Folgeanträge



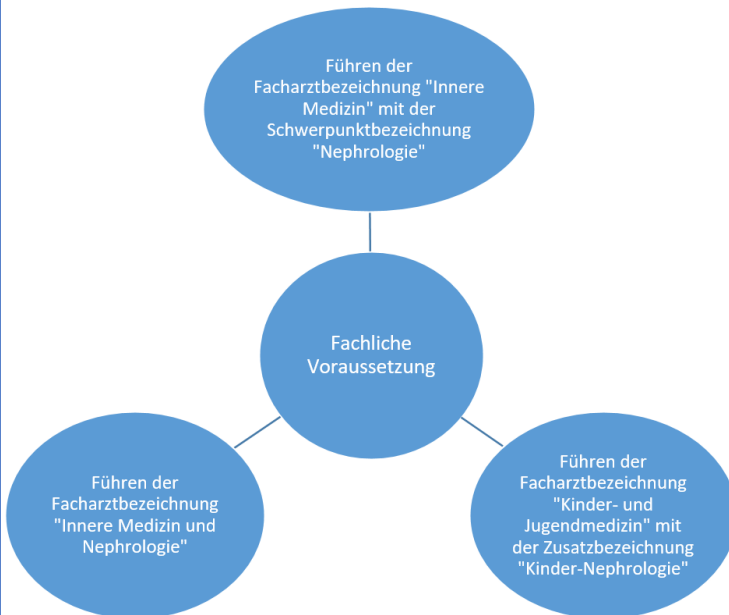
■ Angenommen ■ Abgelehnt

Anträge insgesamt je Indikation

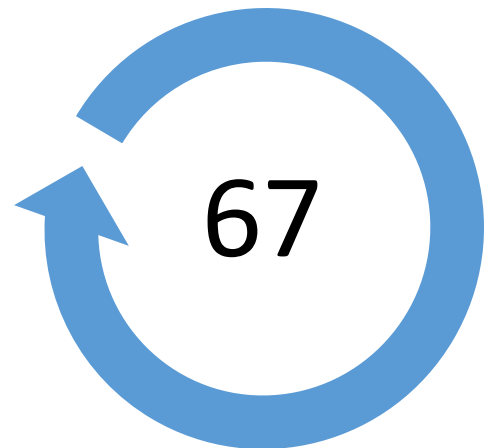


■ LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung
 ■ LDL-Apherese bei schwerer Hypercholesterinämie

Genehmigungsvoraussetzung



Genehmigungsinhaber



Lipidapheresegerät

Diese Apparatur bietet eine Doppelmembranfiltration (DFPP) zur Entfernung des LDL-Cholesterins und des Lipoproteins (a).



Ärztliche Stelle Strahlentherapie

Die Ärztlichen Stellen (ÄST), u. a. die der Strahlentherapie, sind im Auftrag der zuständigen Landesbehörde tätig und haben die Aufgabe, den Strahlenschutzverantwortlichen (SSV) beratend zur Seite zu stehen.

Im Rahmen von regelmäßig wiederkehrenden Prüfungen wird die Einhaltung der Strahlenschutzgesetzgebung mit den dazugehörigen Verordnungen und Richtlinien beurteilt. Um dem SSV die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften zu erleichtern, werden ihm Optimierungsmaßnahmen empfohlen.



Zur Qualitätssicherung gehört auch die eindeutige Patientenidentifikation:

Moderne Geräte unterstützen durch scannen des Handvenenmusters und Bestätigung des Gesichtsfotos

Durch die bewertende und beratende Tätigkeit nimmt die Ärztliche Stelle eine Mittlerfunktion zwischen dem SSV und der Strahlenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde ein. Die Bewertung der vorgelegten Unterlagen erfolgt nach den Vorgaben des einheitlichen Bewertungssystems. Diese sind bundesweit identisch.

Das schlechteste Einzelergebnis ergibt die Gesamtbewertung, welche in folgende Stufen unterteilt sind:

- Stufe I: keine Beanstandungen
- Stufe II: geringe Beanstandungen
- Stufe III: erhebliche Beanstandungen
- Stufe IV: schwerwiegende Beanstandungen

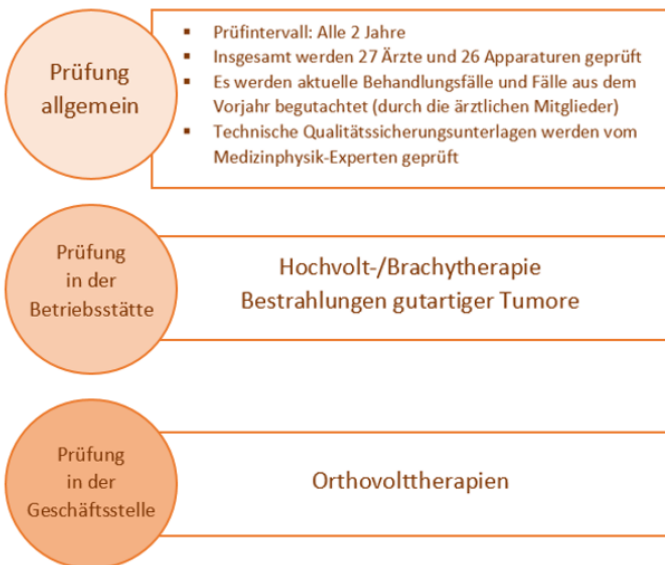
Was hat Sie bewogen, in der ÄST Strahlentherapie tätig zu werden?

Dr. med. Rainer Schulte, Vorsitzender der Ärztlichen Stelle Strahlentherapie:

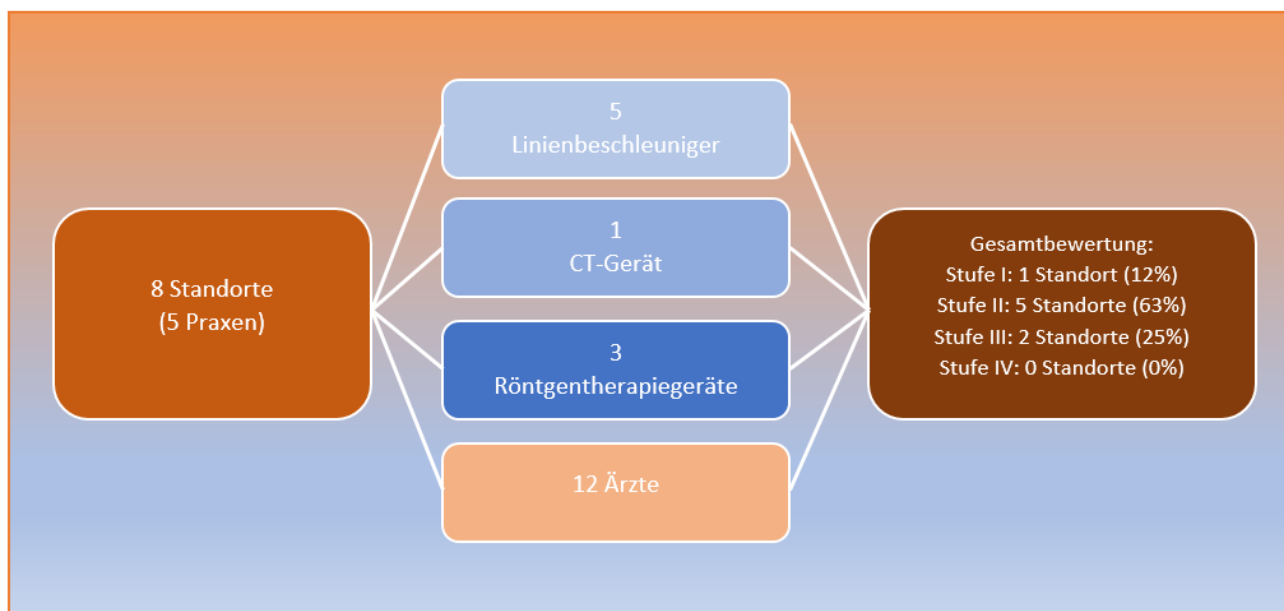
„Ich bin überzeugt, dass ehrenamtliche Gremienarbeit ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Selbstverwaltung ist. Die Ärztliche Stelle trägt zur Verbesserung der Qualität in der Strahlentherapie bei. Zwei wichtige Gründe ein solches Ehrenamt auszuüben.“

In der Humanmedizin werden in Schleswig-Holstein die Prüfungen, je nach Zuständigkeit, durch die Ärztlichen Stellen bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein oder bei der KVSH durchgeführt. Bei der Strahlentherapie besteht zwischen beiden Institutionen eine Personalunion, so dass die ehrenamtlichen Mitglieder identisch sind. Die Ärztliche Stelle *Strahlentherapie* setzt sich aus drei ärztlichen Mitgliedern und zwei Medizinphysik-Experten zusammen.

Die Audits werden von einem Mitarbeiter der jeweiligen Ärztlichen Stelle begleitet.



Prüfungsergebnisse



Während in den Bereichen Nuklearmedizin und Röntgendiagnostik einschließlich Mammographie die Bewertung vom medizinischen und technischen Teil getrennt erfolgt, gibt es in der Strahlentherapie pro Praxis eine Gesamtbewertung über beide Teile. 75 % der geprüften Standorte konnten in 2022 ein gutes Prüfungsergebnis erzielen. So

ergaben sich z. B. bei den Röntgentherapiegeräten keine wesentlichen Mängel. Bei 25% ergab die Prüfung Mängel. Dies führte zu einer Nachprüfung bzw. musste ein Betreiber im Bereich der Hochvolttherapie aufgrund wiederholter Nichtumsetzung der Optimierungshinweise der Aufsichtsbehörde gemeldet werden.

Was ist die größte Herausforderung bei der Kommissionstätigkeit?

Dr. med. Rainer Schulte:

„Alle gleichermaßen von der Bedeutung der Arbeit der Kommission zu überzeugen. Zudem bietet Kommissionsarbeit die Möglichkeit mitzugestalten. Das ist Herausforderung und Chance zugleich.“

Kurative Mammographie

Bei Frauen aller Altersgruppen kann mit Indikationen wie Schmerzen (Mastodynie), auffälliger Tastbefund, familiäre Vorbelastung oder im Rahmen der Nachsorge bei vorangegangenem Tumor eine Mammographie durchgeführt werden.

©iStock

Die Kommission

Vier Fachärzte für Radiologie und zwei Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bilden die Mammographie-Kommission, ein Sachverständigenausschuss des Vorstandes der KVSH. Die ehrenamtlichen Mitglieder treffen sich zweimal jährlich zu den Sitzungen in Bad Segeberg.

Die Kommission überprüft die Qualität erbrachter Leistungen anhand der Mammographie-Aufnahmen und schriftlichen Dokumentationen von 10 Patientinnen eines Arztes. Die erste Prüfung erfolgt sechs Monate nach Genehmigungserteilung – danach alle zwei Jahre, sofern keine Mängel festgestellt wurden.



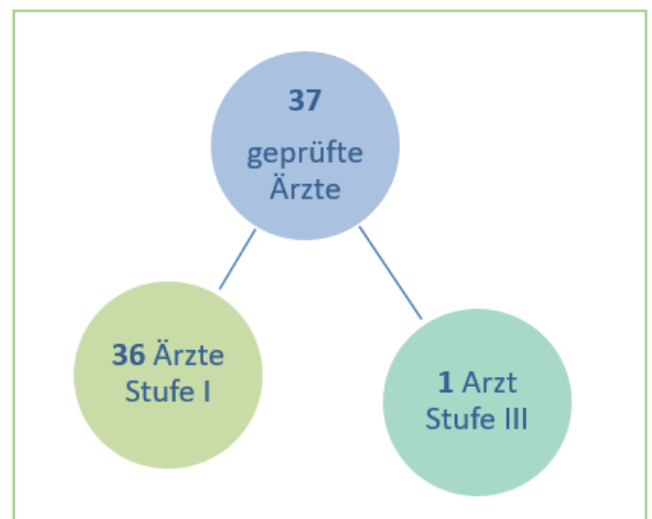
©iStock

Beurteilt wird nach drei Stufen:

- Stufe I: regelgerecht
- Stufe II: eingeschränkt (geringe Mängel)
- Stufe III: unzureichend (schwerwiegende Mängel)

Bei einer Bewertung nach Stufe II erfolgt eine erneute Überprüfung nach sechs Monaten, bei Stufe III nach drei Monaten.

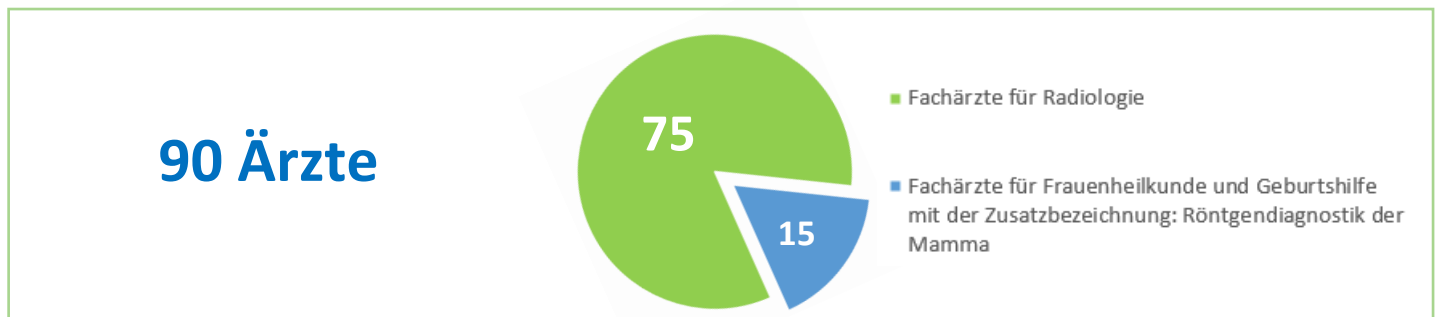
Prüfungsergebnisse



Genehmigungsvoraussetzungen



Genehmigungsinhaber



Kommissionsarbeit

Henry Ginsberg meint „Konferenzen sind Treffen, bei denen entschieden wird, wann das nächste Treffen stattfinden soll“. Das ist aber nur die halbe Wahrheit.

Die Mammographie-Kommission bzw. die Ärztliche Stelle Mammographie tagt vier- bis fünfmal im Jahr. Dabei werden die korrekten Mammographie-Einstellungen, die Filmverarbeitung und Befundung bzw. auch die technischen Daten und Konstanzprüfungen begutachtet. Die Auswertung zeigt, dass in den letzten Jahren die Ergebnisse der Praxisprüfungen immer besser und stabiler wurden, so dass die Mammographie-Qualität in Schleswig-Holstein als sehr gut einzustufen ist.

Übrigens: Der nächste Konferenztermin ist schon entschieden. 😊

Dr. med. Christian Press, Mitglied der Mammographie-Kommission

Ärztliche Stelle Mammographie

Im Gegensatz zur Mammographie-Kommission der KVSH erfolgt bei der Ärztlichen Stelle **Röntgendiagnostik Bereich Mammographie** zusätzlich eine Prüfung der technischen Qualitätssicherungsunterlagen und der Strahlenexposition.

Der Sachverständigenausschuss der Ärztlichen Stelle *Mammographie* besteht aus vier Radiologen und zwei Gynäkologen (in Personalunion mit der Mammographie-Kommission der KVSH), die ehrenamtlich tätig sind. Die Sitzungen werden von zwei Mitarbeitern der Geschäftsstelle begleitet.

Großes Augenmerk wird bei den Patientenunterlagen auf die rechtfertigende Indikation, Bildqualität, Befundung und den Strahlenschutz gelegt.

Die technischen Qualitätssicherungsmaßnahmen stellen Anwender, Servicefirmen und Prüfer vor große Herausforderungen, da die Prüfkriterien sehr umfassend und vielfältig sind. Zusätzlich führen häufige Neuregelungen der Vorgaben dazu, dass Abnahme- und Konstanzprüfungen nicht regelkonform durchgeführt werden. Ständige Wissensupgrades sind daher zwingend.

Übersicht der insgesamt zu prüfenden Ärzte und Apparaturen:



Prüfungsergebnisse

In 2022 fanden insgesamt vier Sitzungen statt. Dabei wurden in drei Sitzungen ausschließlich technische Qualitätssicherungsunterlagen geprüft. Die Beurteilung erfolgt nach dem bundesweit identischen einheitlichen Bewertungssystem der Ärztli-

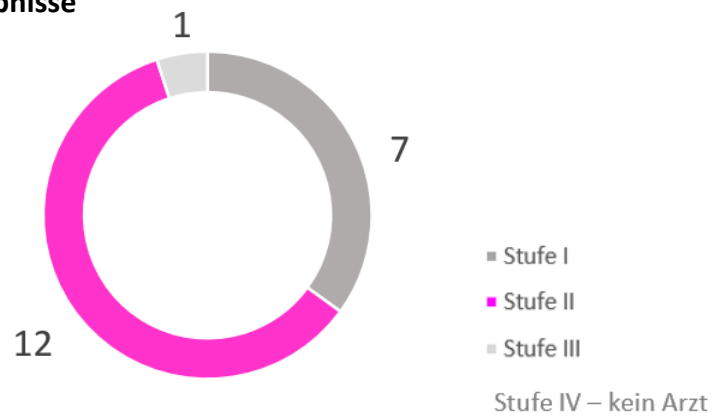
chen Stellen. Im Bereich der Mammographie findet die Bewertung des medizinischen und des technischen Teils getrennt statt. Das schlechteste Einzelergebnis ergibt die Gesamtbewertung.

Bewertungsstufen

- Stufe I: keine Beanstandungen
- Stufe II: geringe Beanstandungen
- Stufe III: erhebliche Beanstandungen (Nachprüfung in ca. 12 Monaten)
- Stufe IV: schwerwiegende Beanstandungen (Nachprüfung in ca. 6 Monaten)

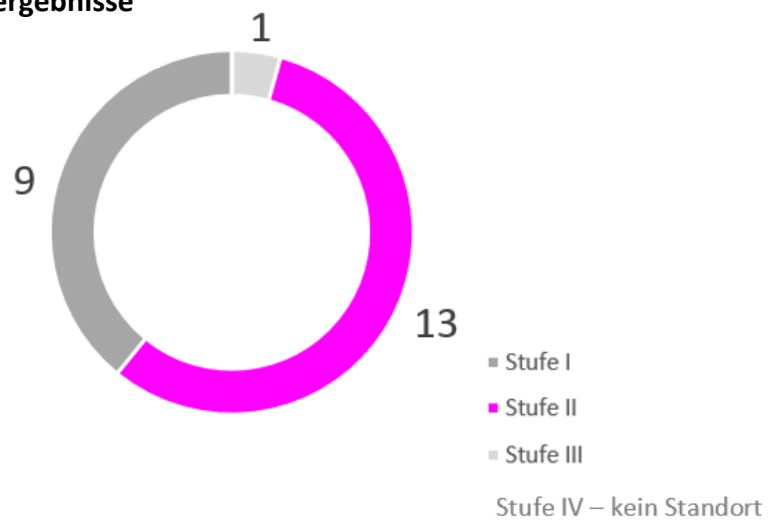
Erst- und Nachprüfungsergebnisse - Medizinischer Teil -

20 Ärzte



Erst- und Nachprüfungsergebnisse - Technischer Teil -

23 Standorte



Vakuumbiopsie der Brust



Die Vakuumbiopsie, ein minimalinvasives Verfahren, wird zur Abklärung von Herdbefunden, Mikrokalk und Architekturstörungen in der Brust eingesetzt. Die Indikation hierfür richtet sich nach den sogenannten BIRADS-Kriterien. Die Biopsie wird unter örtlicher Betäubung und Vakuumsog mit einer bis 3,5mm dünnen Hohlnadel durchgeführt. Aufgrund der Bildüberwachung (vor, während und nach der Untersuchung) ist es möglich, sehr kleine, nicht tastbare Veränderungen aufzuspüren und zu entnehmen. Außerdem können mit dieser Methode größere Gewebeproben entnommen werden. Eine Diagnosesicherheit ist daher sehr hoch.

Die Kommission

Die Qualitätssicherungskommission *Vakuumbiopsie* besteht aus drei von der KV ernannten Ärzten aus dem Fachgebiet der Radiologie. Sie überprüft, ob die Qualitätsanforderungen von den Ärzten eingehalten werden.

Hierzu werden von allen Genehmigungsinhabern zum einen einmal jährlich Auflistungen mit Angaben zu Indikation und histopathologischem Befund vorgelegt. Sollten Auffälligkeiten festgestellt werden, folgt im Anschluss eine vorgezogene Überprüfung der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen. Diese war im Jahr 2022 nicht notwendig.

Zum anderen erfolgt regulär in 2-jährigen Abständen die stichprobenartige Überprüfung der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von 10 abgerechneten Fällen. Sollten zum Prüfzeitpunkt keine 10 abgerechneten Fälle vorliegen, wird die Stichprobe in den nächsten Prüfzyklus verschoben. Dies führte 2022 dazu, dass von 8 zu

prüfenden Ärzten lediglich eine Überprüfung stattfinden konnte. Die anderen 7 Überprüfungen wurden aufgrund der zu geringen Fallzahl auf 2023 verschoben.

Die Anforderungen gelten als erfüllt, wenn

- alle 10 Dokumentationen vollständig und
- mindestens 9 Dokumentationen nachvollziehbar

sind. Werden die Anforderungen nicht erfüllt, erfolgt eine Wiederholungsprüfung in sechs Monaten.

Im Jahr 2022 hat die Kommission in Bad Segeberg eine Sitzung abgehalten, in der die Überprüfung der Auflistungen sowie die Stichprobenprüfung stattfand.

Im Jahr 2022 hatten **18** Fachärzte für Radiologie und **1** Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine Genehmigung zur Vakuumbiopsie der Brust.

Genehmigungsvoraussetzungen

Um die Vakuumbiopsie der Brust durchführen zu können, muss der Arzt eine Genehmigung

- zur Mammographie oder
- für den Versorgungsauftrag im Mammographie-Screening oder
- zur Durchführung von Biopsien unter Röntgenkontrolle im Mammographie-Screening

sowie ein Zeugnis über die Durchführung von

- 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrollen und
- 25 Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle und unter Anleitung

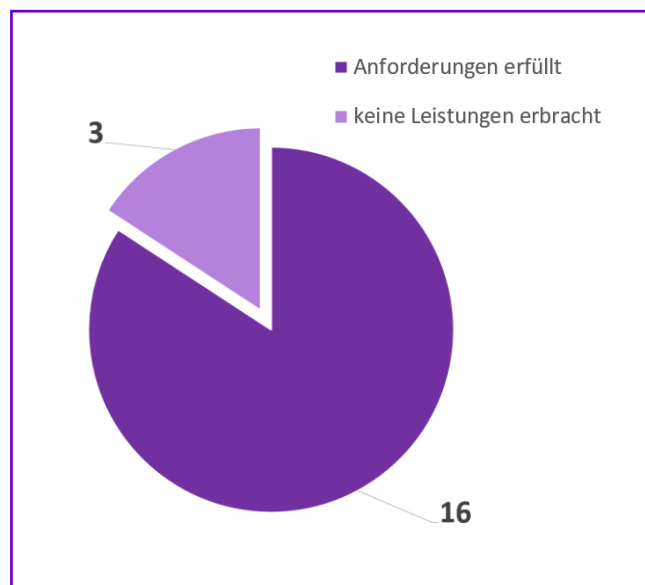
innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung vorlegen.

Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung

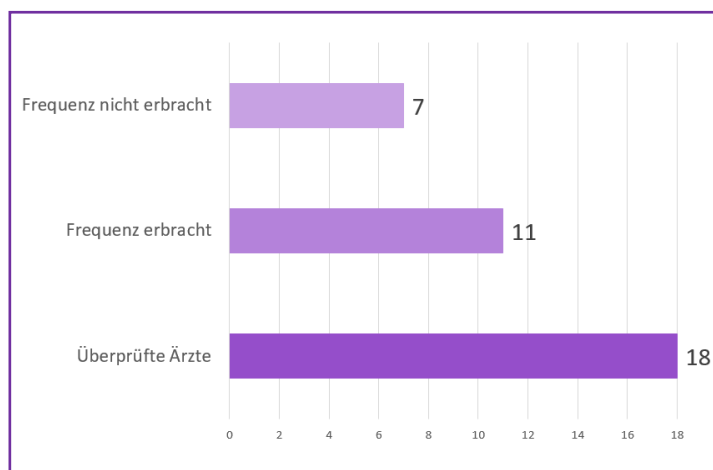
Um Vakuumbiopsien der Brust weiterhin durchführen zu können, müssen Ärzte die selbständige Durchführung von mindestens 25 Vakuumbiopsien innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten nachweisen. Auch Behandlungen, die nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt wurden, können auf die nachzuweisenden Vakuumbiopsien angerechnet werden.

Ist der Nachweis nicht erbracht worden, kann dieser innerhalb der nächsten 12 Monate nachgereicht werden.

Prüfungsergebnisse der Auflistung



Frequenzprüfung



Ein Genehmigungsinhaber wurde nicht überprüft, da ihm die Genehmigung im Jahr 2022 erteilt

Polysomnographie

Die Polysomnographie ist ein diagnostisches Verfahren zur Sicherung der Diagnose „Schlafstörungen“. Hierbei werden während des nächtlichen Schlafes verschiedene Körperfunktionen, wie z. B. Atemfluss und -pausen sowie Bewegungen von Bauch und Brustkorb, gemessen und anschließend ausgewertet. Die Untersuchung wird in speziell eingerichteten Schlaflaboren durchgeführt.

©Stock

Die Kommission

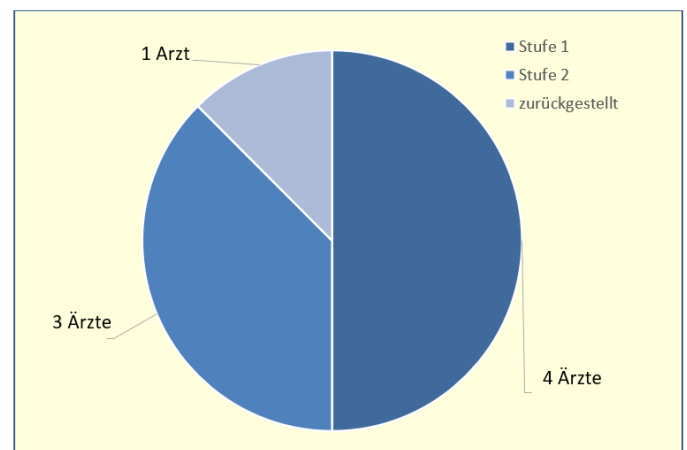
Die Qualitätssicherungskommission *Polysomnographie* besteht aus drei ärztlichen von der KVSH berufenen Mitgliedern aus den Bereichen HNO, Innere Medizin/Pneumologie und Neurologie. Sie überprüft stichprobenartig, ob die Vorgaben zur Qualitätssicherung eingehalten werden. Innerhalb von zwei Jahren müssen alle abrechnenden Genehmigungsinhaber geprüft werden. Hierzu werden nach dem Zufallsprinzip fünf Patienten je Arzt ausgewählt.

Die Kommission hat im Jahr 2022 einmal in Bad Segeberg getagt und von 8 Ärzten insgesamt 40 Dokumentationen überprüft. Die Bewertung erfolgt für jede Dokumentation in vier Stufen:

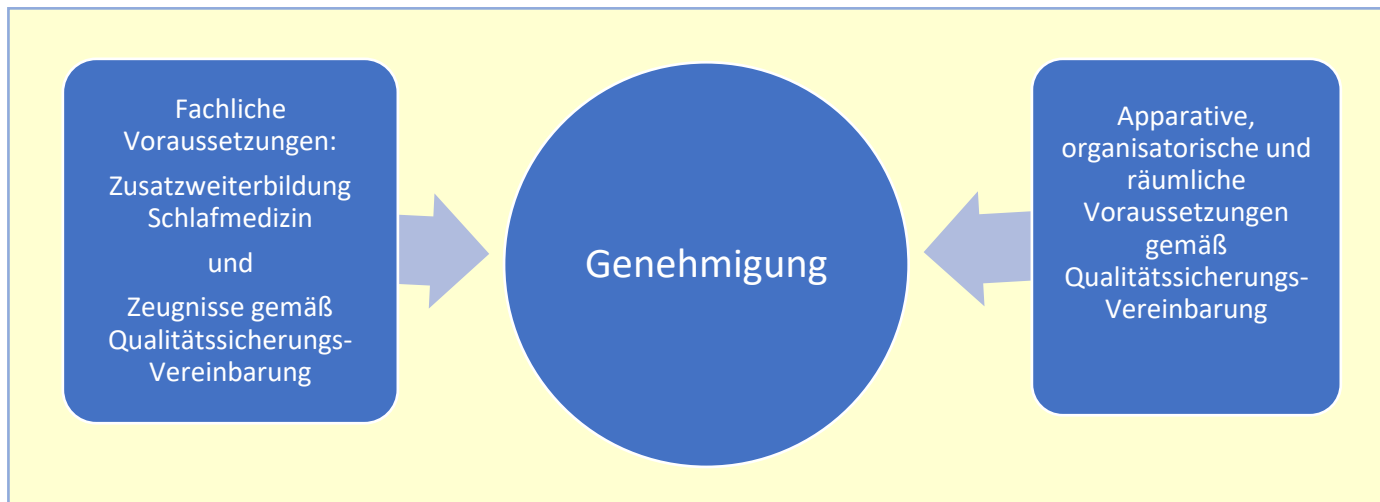
- Stufe 1 (keine Beanstandungen)
- Stufe 2 (geringe Beanstandungen)
- Stufe 3 (erhebliche Beanstandungen)
- Stufe 4 (schwerwiegende Beanstandungen)

Die Stufen 3 und 4 führen zu Wiederholungsprüfungen und Kolloquien. Ob eine Genehmigung fortbestehen kann, hängt vom Ergebnis der Wiederholungsprüfungen bzw. vom Kolloquium ab.

Prüfungsergebnisse

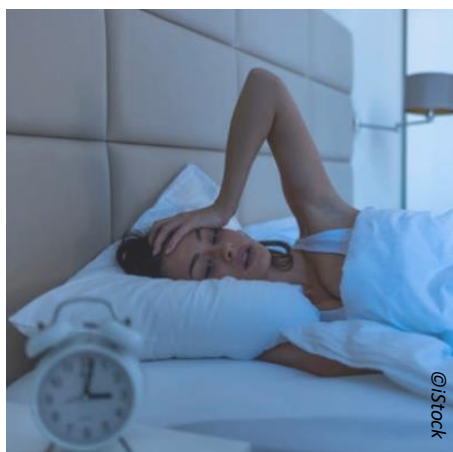
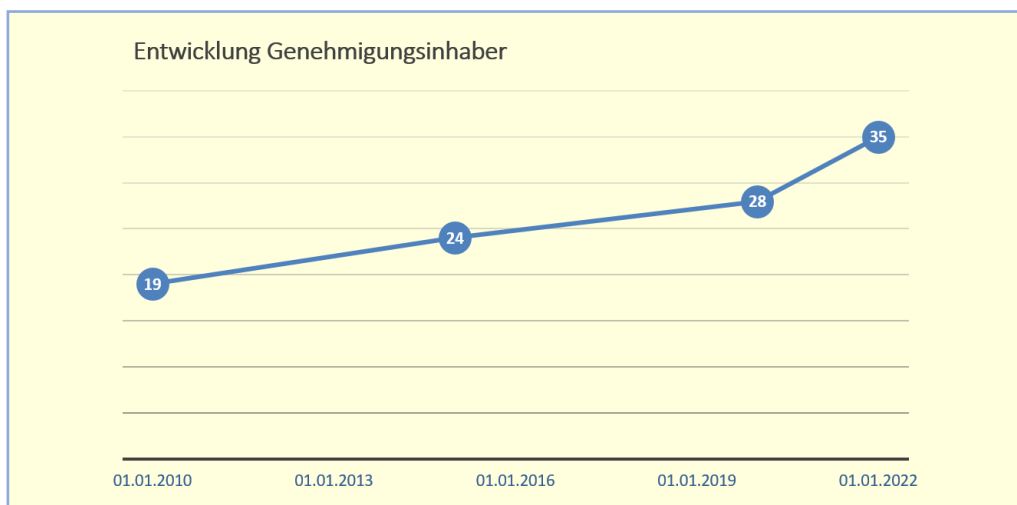


Genehmigungsvoraussetzung



Genehmigungsinhaber

In Schleswig-Holstein verfügen **35** Ärzte in **17** Schlaflaboren über eine Genehmigung zur Polysomnographie. Davon befindet sich ein Schlaflabor in Hamburg.



Sonographie der Säuglingshüften

Seit 1996 ist das hüftsonographische Screening integraler Bestandteil der dritten Vorsorgeuntersuchung bei Kindern. Die Untersuchungsmethode besitzt eine hohe Sensitivität bei der Erkennung einer Hüftreifungsstörung. Es gibt nur ein geringes Zeitfenster, um diese zu erkennen und mit möglichst geringen Belastungen für die kleinen Patienten zu behandeln.

©Istock

Die Kommission

Die Mitglieder der *Arbeitsgruppe (AG) Säuglingshüften* wurden vom Vorstand der KV berufen. Diese setzt sich aus zwei pädiatrischen und drei orthopädischen Ärzten zusammen. Die AG prüft gemäß der zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vereinbarung die Qualität der Sonographie der Säuglingshüften.

Nach Genehmigungserteilung werden die ersten 12 abgerechneten Untersuchungen eines Arztes überprüft. Ist das Ergebnis *keine oder geringfügige Mängel*, erfolgt die nächste Überprüfung von 12 Patientendokumentationen nach zwei Jahren. Danach regelmäßig alle fünf Jahre.

Im Jahr 2022 hat die AG Säuglingshüften fünfmal getagt. Es wurden 62 Ärzte mit insgesamt 744 Patientendokumentationen geprüft. Beurteilt werden diese in drei Stufen:

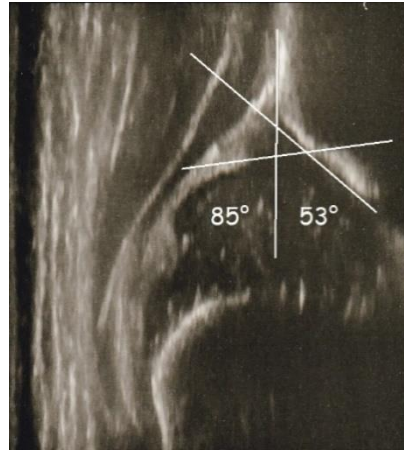
- Stufe I – keine oder geringfügige Mängel
- Stufe II – geringe Mängel
- Stufe III – schwerwiegende Mängel

Eine Gesamtbewertung nach Stufe II führt zu einer Wiederholungsprüfung nach 12 Monaten. Bei einer Gesamtbewertung nach Stufe III kann die Genehmigung ausgesetzt werden.

Genehmigungsvoraussetzung

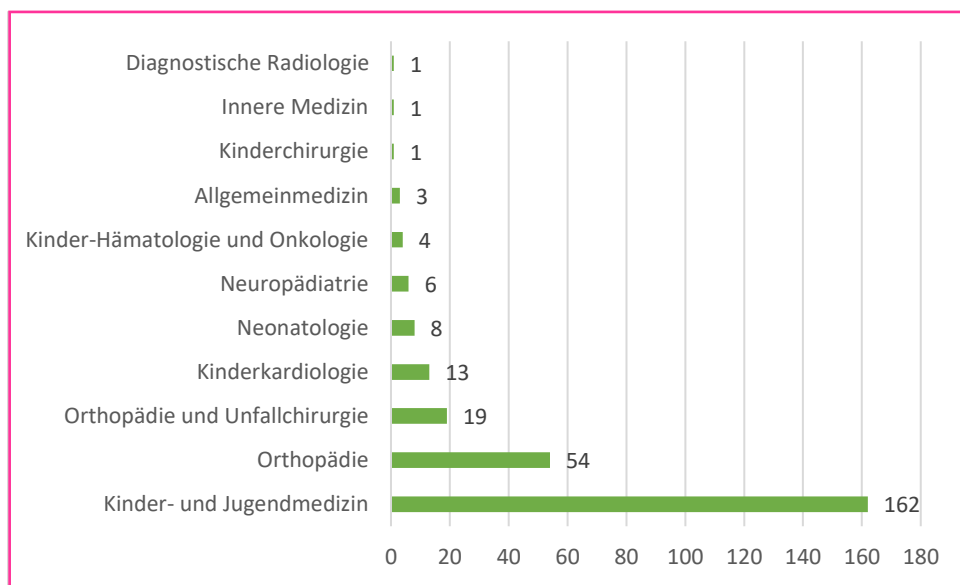
Fachärzte aus den Bereichen: Kinder- und Jugendmedizin, Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinmedizin, Chirurgie, Radiologie sowie alle Fachgruppen mit pädiatrischem Schwerpunkt, sofern sie die Mindestanforderungen gemäß Ultraschall-Vereinbarung erfüllen, können die Genehmigung zur Sonographie der Säuglingshüften erhalten. Die Voraussetzungen können unter Umständen auch die Teilnahme an einem Kolloquium fordern.

Ultraschall-Aufnahme ohne Messlinien

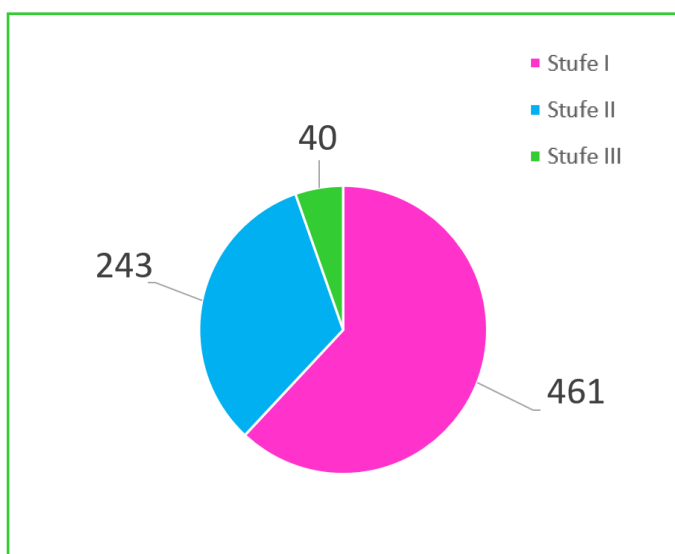


Ultraschall-Aufnahme mit Messlinien zur Winkelbestimmung

Genehmigungsinhaber

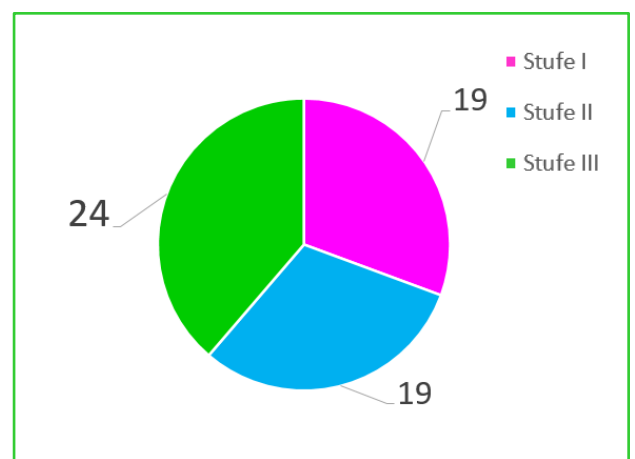


Bewertung der einzelnen Dokumentationen



Bewertung des Arztes

Das Prüfergebnis ergibt sich aus der Summe der Bewertungen seiner Patientendokumentationen



Schmerztherapie

Die besondere medizinische Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen kann langwierig sein und hat viele Facetten – in Schleswig-Holstein wird sie von hochqualifizierten Schmerztherapeuten übernommen.

Im Jahr 2022 haben 47 Ärzte in Schleswig-Holstein die schmerztherapeutische Behandlung sichergestellt, davon wurden 6 im Berichtsjahr neu zugelassen.



Die Kommission

Die Prüfung der Patientendokumentationen erfolgt im Rahmen des Kompetenzzentrums mit Hamburg. Die dort tagende *Schmerztherapie* Kommission setzt sich zusammen aus insgesamt sechs in der Schmerztherapie erfahrenen Ärzten. Drei davon kommen aus Schleswig-Holstein.

Die erste Prüfung (Initialprüfung) eines Arztes findet nach einem Jahr schmerztherapeutischer Tätigkeit mit 12 Dokumentationen statt. Folgende Punkte werden geprüft:

- Erhebung einer standardisierten Anamnese
- Auswertung der standardisierten Anamnese
- Diagnose inkl. Schmerzanalyse und Chronifizierungsstadium
- Aufstellung eines Therapieplans und therapeutischen Maßnahmen
- Dokumentation des Behandlungsverlaufs
- Psychosomatische und psychopathologische Auswirkungen

Bei Auffälligkeiten wird der Arzt von der Kommission beraten, ggf. muss ein Kolloquium durchgeführt werden.

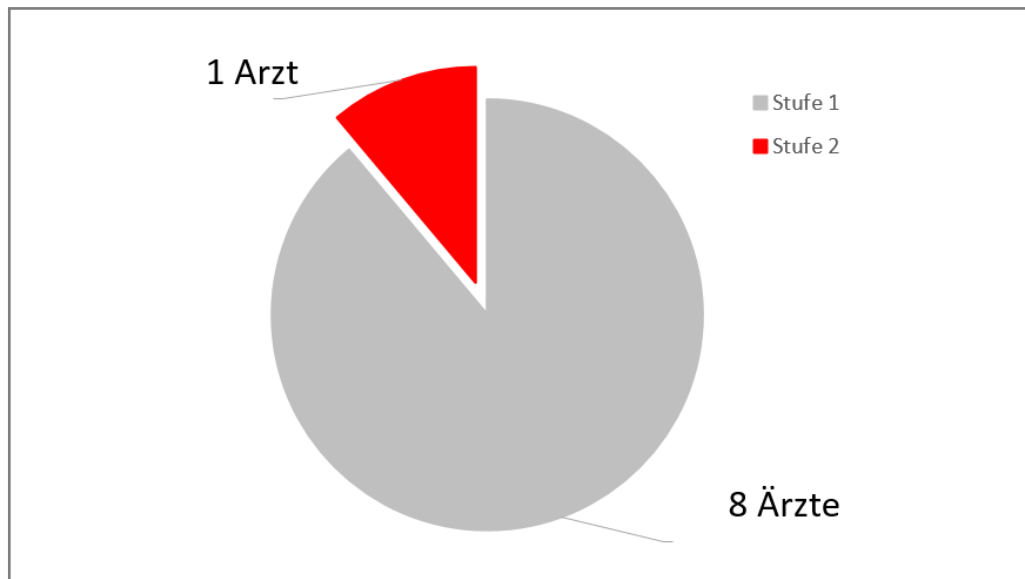
Genehmigungsvoraussetzung

Um Schmerztherapien durchführen zu können, sind eine Reihe von fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen zu erfüllen. Diese sind festgelegt in der Qualitätssicherungsvereinbarung *Schmerztherapie*. Hierzu zählen u. a.:

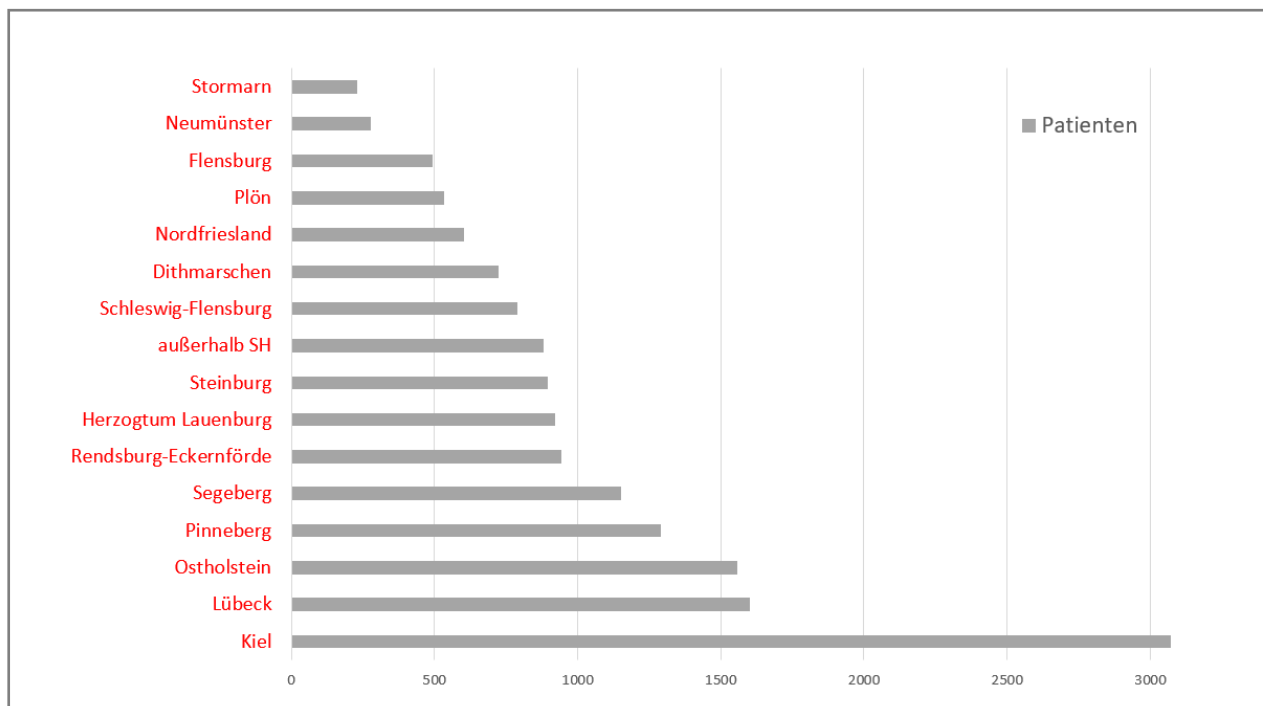
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung in einem klinischen Fach
- Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese
- Durchführung der Schmerzanalyse
- Psychosomatische Diagnostik
- Invasive und nicht invasive Methoden der Akutschmerztherapie
- Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren
- Schmerzbewältigungstraining
- Spezifische Pharmakotherapie

Antragskolloquien werden erforderlich, sofern die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ länger als 48 Monate vor Antragsstellung absolviert wurde.

Gesamtergebnisse der Dokumentationsprüfung



Im Jahr 2022 wurden **14.924** Patienten von **47** schmerztherapeutisch tätigen Ärzten behandelt.



Substitution

In Schleswig-Holstein hat die substitutionsgestützte Behandlung von Opioidabhängigen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 1990 einen festen Platz, bundesweit seit 1991. Zudem wurde im Jahr 2009, als zusätzliche Option zur Behandlung schwerstkranker Opioidabhängiger, die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung mit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Letztere wird bisher in Schleswig-Holstein nicht angeboten.

Die Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Durch das Ersetzen des Opioids mit einem Substitut sollen Ziele, wie z. B. Sicherung des Überlebens, gesundheitliche und soziale Stabilisierung, berufliche Rehabilitation, soziale Reintegration und Suchtmittelfreiheit, kurzum, Reduktion der gesundheitlichen und sozialen Probleme, erreicht werden.



Die Kommission

Die bei der KV angesiedelte Qualitätssicherungskommission *Substitution* begleitet und unterstützt die Substitutionsbehandlung. Sie besteht aus sechs Mitgliedern – drei von der KV genannten Ärzten und drei Vertretern der Krankenkassen.

Die Kommission überprüft stichprobenartig, ob die rechtlichen Qualitätsanforderungen eingehalten werden. Hierzu werden pro Quartal mindestens 2% der abgerechneten Fälle per Zufallsauswahl gezogen. Eine Besonderheit der Kommission ist, dass sie bei aufkommenden Fragen von Ärzten angerufen werden kann.

Im Jahr 2022 hat die Kommission viermal in Bad Segeberg getagt. Geprüft wurden von 51 Ärzten 219 digitalisierte Dokumentationen. Die Kommission beurteilt hier nach vier Stufen:

- Stufe 1 – ohne Beanstandungen
- Stufe 2 – leichte Beanstandungen
- Stufe 3 – deutliche Beanstandungen
- Stufe 4 – schwerwiegende Beanstandungen

Bewertungen nach Stufe 3 und 4 führen zu Wiederholungsprüfungen. Ein daraus eventuell resul-

tierendes Kolloquium, hat in 2022 nicht stattgefunden.

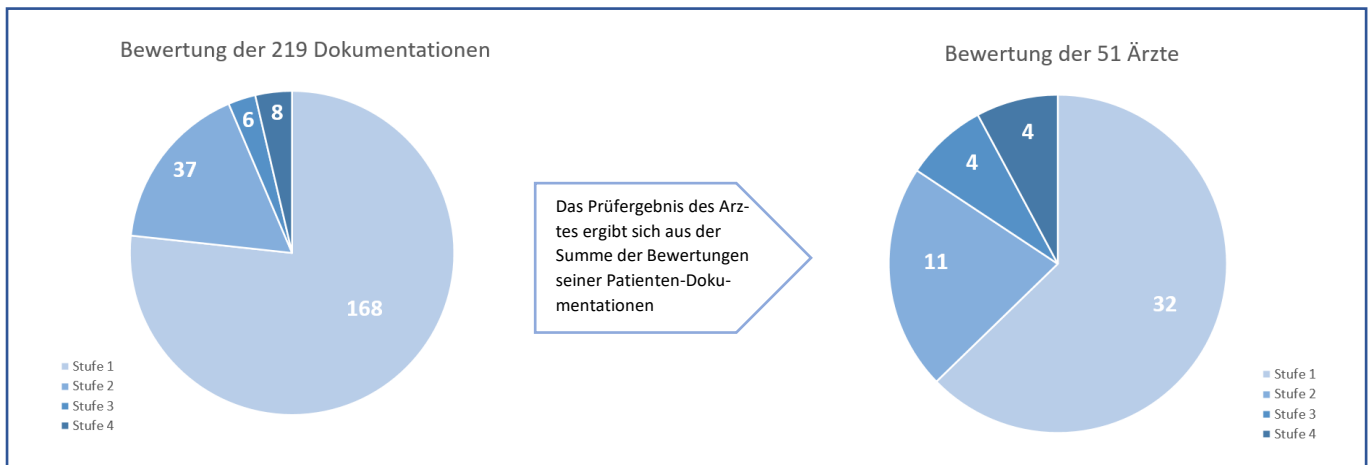
Einmal im Jahr lädt die Kommission die substituierenden Ärzte nach Bad Segeberg zu einem Erfahrungsaustausch ein. Das Hauptthema bestimmen die Substitutionsärzte im Vorjahr, anschließend findet ein reger Diskussionsaustausch statt. Der Erfahrungsaustausch 2022 musste auf das Jahr 2023 verlegt werden.

„Die Behandlung von Drogenabhängigen kann sehr erfüllend sein, wenn Arzt und Patient eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gelingt. Die Patienten zeigen sich sehr dankbar und offen im Kontakt, wenn dieses Miteinander passt.“

*Dr. med. Peter Hans Hauptmann
Kommissionsvorsitzender*



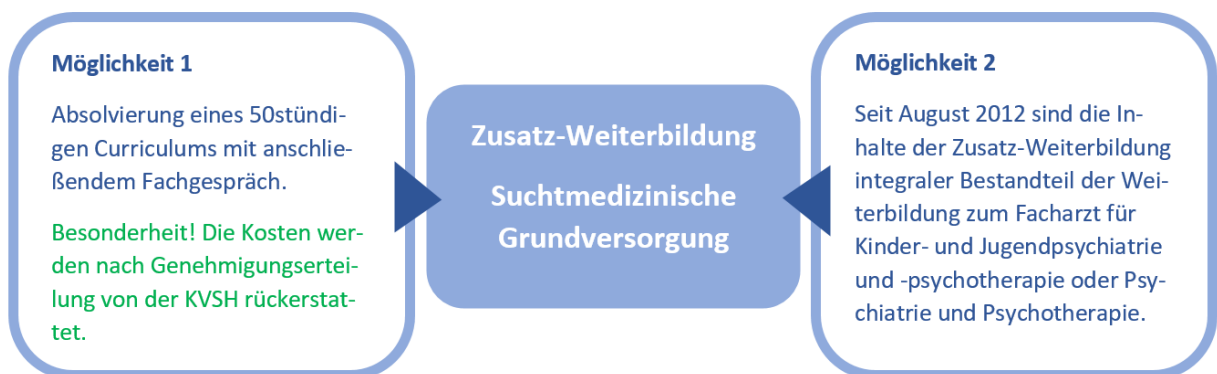
Ergebnisse der Qualitätsprüfung



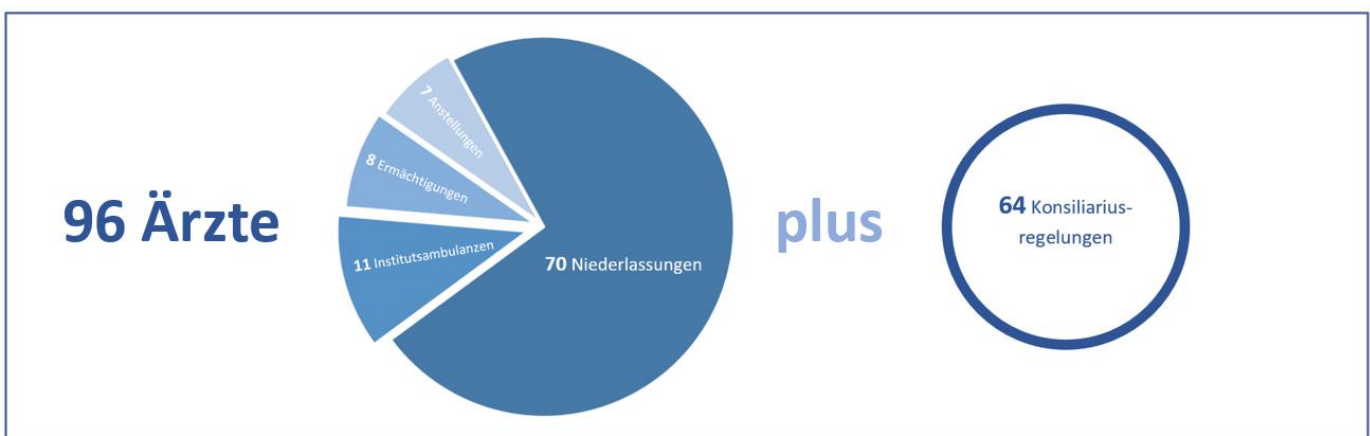
Voraussetzung zur Substitution

Mindestanforderung zur Erteilung einer Substitutionsgenehmigung ist die Zusatz-Weiterbildung *Suchtmedizinische Grundversorgung*. Erlangt wird diese bei der Ärztekammer und berechtigt einen Arzt bis zu 50 Patienten zu substituieren – auf Antrag bei der KV auch mehr.

Ohne die Mindestanforderung darf ein Arzt bis zu 10 Patienten unter der Voraussetzung substituieren, dass ein Arzt mit Zusatz-Weiterbildung als sogenannter „Konsiliararzt“ fungiert.



Genehmigungsinhaber



Disease Management Programme (DMP)

DMP ist ein strukturiertes, standardisiertes Programm zur Behandlung von chronisch kranken Menschen.

© iStock

In Schleswig-Holstein hat die KVSH mit den Krankenkassen Verträge über die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für Versicherte mit

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Asthma bronchiale
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und
- Brustkrebs

geschlossen.

GEMEINSAME EINRICHTUNG (GE)

Vertraglich wurde die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung, die sich aus Mitgliedern der einzelnen Vertragspartner zusammensetzt, festgelegt. Die GE hat die Aufgabe, die Durchführung der strukturierter Behandlungsprogramme durch gezielte Qualitätssicherungsmaßnahmen zu begleiten. Bestehende Versorgungsdefizite sollen abgebaut und die Qualität der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen verbessert werden. Doppelte und entbehrliche Untersuchungen können somit vermieden werden.

Leitlinien

Mit Hilfe von evidenzbasierten Leitlinien werden alle Therapieabschnitte innerhalb eines strukturierter Behandlungsprogramms aufeinander abgestimmt und vom Arzt koordiniert. Die Therapieziele und den Behandlungsverlauf legt der koordinierende Arzt gemeinsam mit dem Patienten fest. Die Förderung einer optimalen Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und Einrichtungen sowie die Gewährleistung einer bestmöglich aufeinander abgestimmten Behandlung für den Patienten steht im Vordergrund.

Voraussetzung zur Abrechnung

Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen im Rahmen des DMP ist die Abgabe einer Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der KVSH. In den einzelnen DMP-Verträgen sind die Anforderungen an die Vertragsärzte und stationären Einrichtungen zur Teilnahme geregelt. Die Kriterien betreffen die fachlichen, räumlichen und personellen Voraussetzungen einer Praxis bzw. eines Krankenhauses. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen erteilt die KVSH die entsprechende Genehmigung. Aufgrund des zusätzlichen Verwaltungsaufwandes durch die ausführliche Dokumentation erhält der Arzt die Leistungen im DMP gesondert vergütet.

Dokumentationen und Qualitätsziele

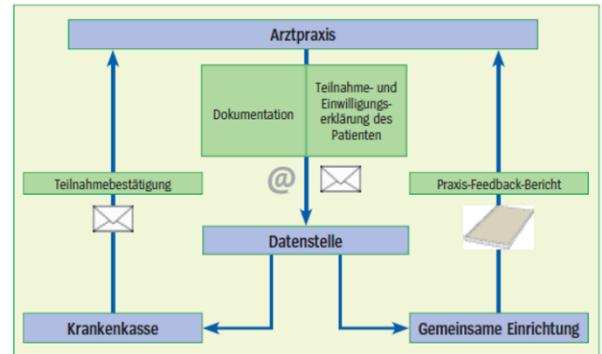
Jede Praxis erhält einen individuellen Feedbackbericht:

- für jedes DMP, an dem die Praxis eine Teilnahme erklärt hat.
- digital über das Online-Portal der KVSH.
- auf Grundlage der dokumentierten Daten der Ärzte.

Die Berichte zeigen arztbezogen auf, ob und in welchem Umfang die vereinbarten Qualitätsziele erreicht wurden. Des Weiteren wird abgebildet, wie der Arzt im Vergleich zu den anderen am DMP teilnehmenden Praxen steht.

Die Gemeinsame Einrichtung und die KVSH erhalten die Daten pseudonymisiert von einer externen Datenstelle und erstellen die halbjährlichen Berichte. Für die Halbjahresberichte der GE werden die auswertbaren Daten aller Patienten, die mindestens ein halbes Jahr im Programm eingeschrieben sind, in den DMP`s erfasst.

Die Gemeinsame Einrichtung führt auf der Grundlage der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durch, welche z.B. die Anforderungen an die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien (einschließlich Therapieempfehlung), die Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie sowie die Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen beinhaltet.



Die Grafik zeigt, wie der Datenfluss im Behandlungsprogramm geplant ist und welche Institutionen welche Daten erhalten. Die teilnehmenden Ärzte leiten die elektronisch erfassten DMP-Dokumentationen an die Datenstelle weiter, die für die Sammlung und Aufbereitung der Daten zuständig ist. Diese prüft die Daten und bittet den Arzt gegebenenfalls, fehlerhafte Dokumentationen zu korrigieren.

Danach übermittelt die Datenstelle die Daten an die Gemeinsame Einrichtung von Ärzten und Krankenkassen, die für die ärztliche Qualitätssicherung (Erstellung von Feedback- und Qualitätsberichten) verantwortlich ist. Die Krankenkassen erhalten die Daten als Grundlage für die Steuerung der Programmabläufe sowie für die Betreuung und Information der teilnehmenden Versicherten.

Darüber hinaus müssen die Krankenkassen die dokumentierten Daten für die gesetzlich vorgeschriebene Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten des Behandlungsprogramms zur Verfügung stellen. Bevor die Daten an einen externen Sachverständigen weitergegeben werden, müssen sie pseudonymisiert werden. Dadurch können keine Rückschlüsse auf einzelne Patienten und Ärzten mehr gezogen werden. Der Umgang mit den Patientendaten durch die beteiligten Stellen unterliegt strengen Datenschutzbestimmungen.

Quelle: AOK Niedersachsen

In den aufgeführten Tabellen sind die Ziele nach den in Schleswig-Holstein eingeschriebenen Patienten je DMP aufgeführt. Diese unterteilen sich in: Erreichte Ziele (grüne Felder) und nicht erreichte Ziele (rote Felder).

Diabetes mellitus Typ 1

Ziel	1. Halbjahr 2022	2. Halbjahr 2022
Hypoglykämie Höchstens 15% der Patienten hatten eine oder mehrere schwere Hypoglykämien innerhalb der letzten 12 Monate	✓	✓
Notfallmäßige stationäre Behandlung Höchstens 2% der Patienten hatten eine oder mehrere stationäre Behandlungen wegen Diabetes innerhalb der letzten sechs Monate	✓	✓
Injektionsstellen Bei mindestens 90% der Patienten wurden die Injektionsstellen in den letzten sechs Monaten untersucht	!	!
RR ≤ 139/89 mmHg Mindestens 60% der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck ≤ 139/89 mmHg	!	!
HbA1c-Wert > 8,5% (unter 30 Jahre) Höchstens 20% der Patienten haben einen HbA1c-Wert > 8,5%	!	!
HbA1c-Wert > 8,5% (ab 30 Jahre) Höchstens 10% der Patienten haben einen HbA1c-Wert > 8,5%	!	!
Albumin-Kreatinin-Ratio Bei mindestens 90% der Patienten wurde die Albumin-Kreatinin-Ratio in den letzten 12 Monaten ermittelt	!	!
Nierenfunktion (eGFR) Bei mindestens 90% der Patienten wurde die eGFR in den letzten 12 Monaten bestimmt	!	!
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) Mindestens 60% der Patienten mit Makroangiopathie erhalten einen TAH	!	!
Jährlicher Fußstatus Mindestens 80% aller Patienten mit Erhebung des Fußstatus in den letzten 12 Monaten	✓	✓

Diabetes mellitus Typ 2

Ziel	1. Halbjahr 2022	2. Halbjahr 2022
Hypoglykämie Weniger als 1% der Patienten hatten eine oder mehr notfallmäßige Behandlung von Hypoglykämien innerhalb der letzten 12 Monate	✓	✓
Notfallmäßige stationäre Behandlung Weniger als 1% der Patienten hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen Diabetes innerhalb der letzten 6 Monaten	✓	✓
Metformin Mindestens 70% der Patienten unter antidiabetischer oraler Monotherapie erhalten Metformin	✓	✓
Augenarzt Bei mindestens 90% der Patienten wurde eine augenärztliche Untersuchung in den letzten 24 Monaten durchgeführt	!	!
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) Mindestens 80% der Patienten mit Makroangiopathie erhalten einen TAH	!	!
HbA1c-Wert > 8,5% Höchstens 10% der Patienten haben einen HbA1c-Wert von > 8,5%	✓	✓
Individueller HbA1c-Zielwert Mindestens 60% der Patienten haben ihren individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht	✓	✓
RR ≤ 139/89 mmHg Mind. 45% der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck ≤ 139/89 mmHg	✓	✓
Systolischer Blutdruck > 150 mmHg Höchstens 15% der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen systolischen Blutdruck von > 150 mmHg	✓	!
Jährlicher eGFR Bei mindestens 90% der Patienten wurde die eGFR in den letzten 12 Monaten bestimmt	✓	✓
Behandlung Fußläsionen Mindestens bei 65% der Patienten mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen Patienten mit tiefen Ulzera wurde eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung veranlasst	!	!
Jährlicher Fußstatus Mindestens 80% aller Patienten mit Erhebung des Fußstatus in den letzten 12 Monaten	!	!
Pulsstatus bei Ulkus Mindestens 80% aller Patienten mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde	!	!
Intervalle Fußinspektion Mindestens 80% aller Patienten bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden	!	!

COPD

Ziel	1. Halbjahr 2022	2. Halbjahr 2022
Notfallmäßige stationäre Behandlung Höchstens 10% der Patienten hatten eine oder mehrere notfallmäßige stationäre Behandlungen wegen COPD innerhalb der letzten 12 Monate	✓	✓
Exazerbationen Höchstens 20% der Patienten hatten eine oder mehrere Exazerbationen innerhalb der letzten sechs Monate	✓	✓
Überprüfung der Inhalationstechnik Bei mindestens 90% der Patienten wird die Inhalationstechnik im Berichtszeitraum überprüft	!	!
Systemische Glukokortikosteroide Höchstens 10% der Patienten erhalten über zwei oder mehr aufeinanderfolgende Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide	✓	✓

Asthma bronchiale

Ziel	1. Halbjahr 2022	2. Halbjahr 2022
Kontrolliertes Asthma Mindestens 90% der Erwachsenen mit kontrolliertem Asthma	!	!
Unkontrolliertes Asthma Erwachsene Höchstens 20% der Erwachsenen mit unkontrolliertem Asthma	✓	✓
Asthma Schulung (Compliance) Mindestens 70% der Teilnehmer haben eine empfohlene Asthma-Schulung wahrgenommen	!	!
Selbstmanagementplan Mindestens 90% der Patienten setzen einen schriftlichen Selbstmanagementplan ein	!	!
Ungeplante notfallmäßige Behandlung Höchstens 10% der Patienten hatten eine ungeplante, notfallmäßige stationäre Behandlung wegen Asthma bronchiale innerhalb der letzten 12 Monate	✓	✓
Inhalative Glukokortikosteroide (ICS) Mindestens 90% der Patienten werden inhalative Glukortikosteroide als Bestandteil einer Dauermedikation verordnet	✓	✓
Beta-2-Sympathomimetika (LABA) ohne ICS Höchstens 15% der Teilnehmer erhalten eine Dauertherapie mit LABA ohne ICS	✓	✓
Überprüfung der Inhalationstechnik Bei mindestens 90% der Patienten wird die Inhalationstechnik im Berichtszeitraum überprüft	!	!

BRUSTKREBS

Ziel	1. Halbjahr 2022	2. Halbjahr 2022
Indizierte adjuvante endokrine Therapie Mindestens 95 % der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus erhalten aktuell eine adjuvante endokrine Therapie.	!	!
Nebenwirkungen der endokrinen Therapie erfasst Bei mindestens 95 % der Patientinnen wurde das Ausmaß der Nebenwirkungen der adjuvanten endokrinen Therapie erfragt.	✓	✓
Mind. 5 Jahre andauernde adjuvante endokrine Therapie Mindestens 75 % der Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus haben die adjuvante endokrine Therapie mindestens fünf Jahre fortgeführt.	✓	!
Kardiotoxische Tumorthherapie bekannt Bei mindestens 90 % der Patientinnen ist bekannt, ob eine kardiotoxische Tumorthherapie mit linksthorakaler Bestrahlung, Anthrazyklinen und/oder Trastuzumab stattgefunden hat.	✓	✓
Symptomatisches Lymphödem Höchstens 30 % der Patientinnen haben nach ihrer operativen Therapie ein symptomatisches Lymphödem (z. B. Schwellung, Funktionseinschränkung) des Armes.	✓	✓
Körperliches Training Bei mindestens 75 % der Patientinnen wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.	✓	✓
Körperliches Training bei BMI > 30 Bei mindestens 90 % der Patientinnen mit einem BMI > 30 wurde im Dokumentationszeitraum eine Empfehlung zum regelmäßigen körperlichen Training gegeben.	✓	✓
Therapie der Knochenmetastasen Mindestens 85 % der Patientinnen mit Knochenmetastasen erhalten eine Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie.	!	!

KORONARE HERZKRANKHEIT - KHK

Ziel	1. Halbjahr 2022	2. Halbjahr 2022
Blutdruck < 140/90 mmHg Mindestens 65% der Patienten mit bekannter Hypertonie haben einen Blutdruck \leq 139/89 mmHg	!	!
Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) Mindestens 80% der Patienten erhalten TAH	✓	✓
Nach Herzinfarkt 12 Monate Betablocker Mindestens 80% der Patienten mit einem Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate erhalten Betablocker	✓	✓
Statine Mindestens 80% der Patienten erhalten Statine	✓	✓
Leitliniengerechte Statintherapie Mindestens 80% der Patienten erhalten eine leitliniengerechte Statintherapie	!	!
Raucherquote Weniger als 15% der Patienten raucht	✓	✓
Raucherentwöhnung Weniger als 15% der Patienten, die zum Zeitpunkt der Einschreibung Raucher waren, raucht noch	!	!
Keine Angina-pectoris-Beschwerden Mehr als 75% der Patienten haben keine Angina-pectoris-Beschwerden	✓	✓
Regelmäßiges sportliches Training Mehr als 50% der Teilnehmerinnen betreiben sportliches Training	!	!



© iStock

#qualitätssicherungquerbeet



© iStock



© iStock

Substitution

Herzlichen Glückwunsch



Das Team um Dr. Peter Hans Hauptmann sichert seit 5 Jahren die Substitutionsbehandlung in Ahrensburg. Dies wurde mit Gästen aus Medizin und Verwaltung am 5. April 2023 gebührend gefeiert.

Ohne die Ambulanz des Heinrich Sengelmann Krankenhauses könnten Opioidabhängige in Ahrensburg und Umgebung nicht versorgt werden. Deshalb auch an dieser Stelle von uns: DANKE!

By the way...

- 3.251 Patienten wurden mit Stichtag 31.12.2022 von 96 Ärzten versorgt. Das Durchschnittsalter der Ärzte liegt bei 51 Jahren – das der Patienten bei 46 Jahren.
- 4 Neuansträge wurden genehmigt. Die Kostenübernahme für den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung wurde von 2 Ärzten in Anspruch genommen.
- 12 Genehmigungen wurden wegen Rentenanstritt beendet.

S
U
B
S
T
I
T
U
T
I
O
N

QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen Version 2022



Der QEP Qualitätsziel-Katalog – die Basis für die QEP-Arbeit – dient Arztpraxen dazu, relevante Ziele auch im Sinne der Qualitätsmanagement-Richtlinie abzubilden. Der Katalog enthält 62 sogenannte kompakte Kernziele mit Erläuterungen. Neu davon ist der systematische Umgang mit Risiken, wie der Schutz vor Missbrauch und Gewalt.

Der Service-Baustein von QEP, das QEP Manual^{plus}®, steht den Praxen mit Anleitungen und praktischen Tipps zur Umsetzung aller Kernziele zur Seite. Das Manual enthält weitere 78 Qualitätsziele sowie einen Serviceteil mit Übersichten der QM-Richtlinie in QEP.

In dem Webportal OnlinePlus werden anpassbare Musterdokumente für schriftliche interne Regelungen, Checklisten, Ablaufbeschreibungen, Formblätter und Pläne sowie Hinweise auf weiterführende Informationsquellen, Literatur und Linkempfehlungen bereitgestellt.

Die KVSH bietet hierzu regelmäßig Einführungsseminare an.

Die KVSH bietet hierzu regelmäßig Einführungsseminare an.

Zweitmeinungsverfahren

3 weitere Bereiche...

Wie bei Einführung der Zweitmeinungs-Richtlinie angekündigt, soll diese jährlich um zwei weitere planbare Operationen erweitert werden – so geschehen im Jahr 2022. Aufgenommen wurden:



- Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und
- Ablationen am Herzen und Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators.

Am 1. Januar 2023 kam auch noch der Bereich Cholezystektomie dazu.

Fortbildungspflicht

95d – Kürzungen wieder aufgenommen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte während der Corona-Pandemie beschlossen, keine Honorarkürzung bei Nichterfüllung der Fortbildungspflicht vorzunehmen. Diese Regelung galt auch für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die bereits von Sanktionen betroffen waren.

Die Aussetzung der Kürzung endete zum 31.03.2022.

Komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf - KSVPsych

Start Oktober 2022



Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen häufig eine intensive, komplexe Behandlung. Infolge ihrer psychischen Erkrankung haben viele Betroffene Schwierigkeiten, ihren Alltag zu bewältigen. Durch die Einführung eines neuen Versorgungsprogramms soll eine aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Behandlung und Betreuung dieser Patienten sichergestellt werden. Hierzu bilden Ärzte und Psychotherapeuten Netzverbände, in denen Patienten in enger Abstimmung mit Krankenhäusern, Pflegediensten und anderen Gesundheitsberufen wie Ergo- oder Soziotherapeuten betreut werden. Ein Kernelement der Komplexbehandlung ist, dass dem Patienten über einen Netzverbund ein schneller Zugang zur notwendigen Behandlung – innerhalb von sieben Tagen - ermöglicht werden muss.

Ärztliche Stelle Röntgendiagnostik
3 Neuerungen

- ✚ Die Bundesärztekammer hat neue Leitlinien für die Röntgendiagnostik und Computertomographie veröffentlicht.
- ✚ Vom Bundesamt für Strahlenschutz wurden die Diagnostischen Referenzwerte aktualisiert.
- ✚ Die Strahlenschutzkommission hat durch einen Paradigmenwechsel Empfehlungen zu den Patientenschutzmittel verabschiedet.

Informationen finden Sie unter dem Link KVSH – Ärztliche Stellen

Außerklinische Intensivpflege - AKI

Ambulant gut versorgt

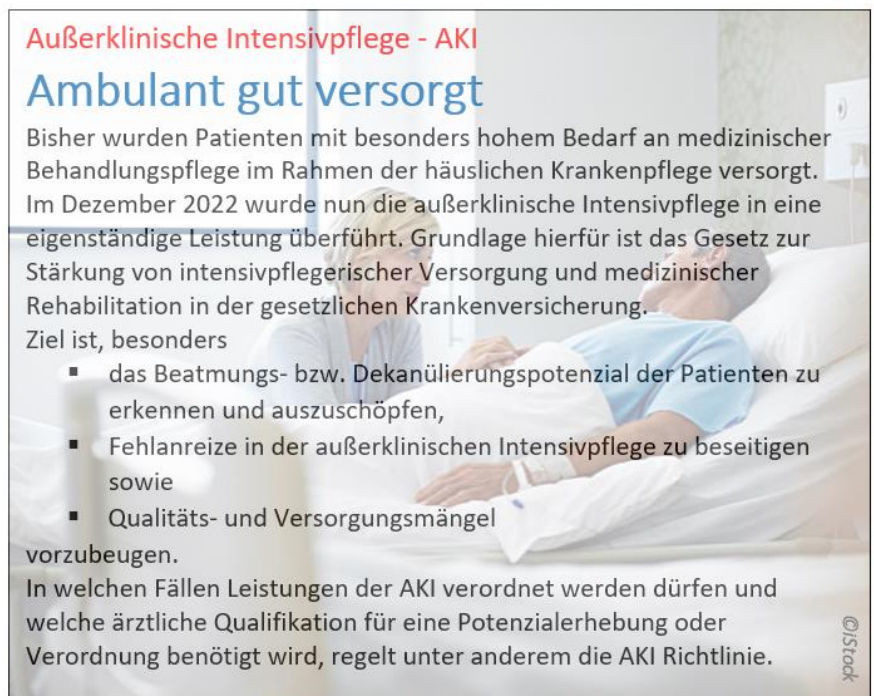
Bisher wurden Patienten mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege versorgt. Im Dezember 2022 wurde nun die außerklinische Intensivpflege in eine eigenständige Leistung überführt. Grundlage hierfür ist das Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ziel ist, besonders

- das Beatmungs- bzw. Dekanülierungspotenzial der Patienten zu erkennen und auszuschöpfen,
- Fehlanreize in der außerklinischen Intensivpflege zu beseitigen sowie
- Qualitäts- und Versorgungsmängel

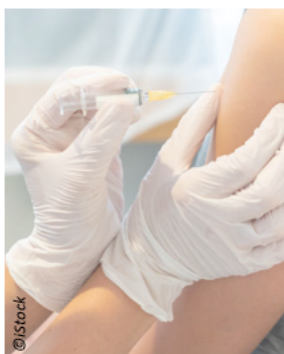
vorzubeugen.

In welchen Fällen Leistungen der AKI verordnet werden dürfen und welche ärztliche Qualifikation für eine Potenzialerhebung oder Verordnung benötigt wird, regelt unter anderem die AKI Richtlinie.



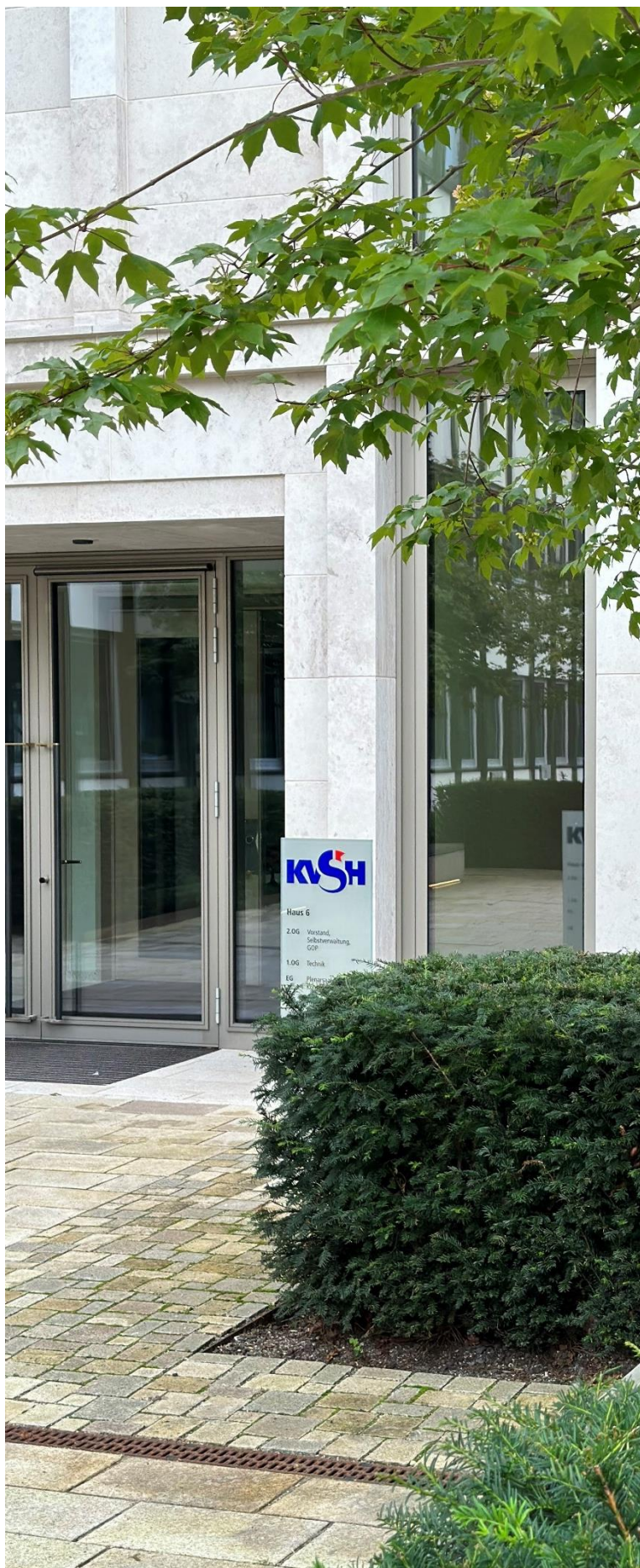
ALtersspezifische Impfinspruchnahme VERbessern - ALIVE

60+



Seit Juli 2022 können Hausärzte ihre Patienten noch intensiver und gezielter über das Impfen informieren, um der niedrigen Motivation sich impfen zu lassen entgegenzuwirken. Der Vertrag gilt für ersatzkassenversicherte Patienten ab 60 Jahren, die durch eine gezielte Aufklärung von der Wichtigkeit einer Impfung überzeugt werden sollen. Im Vordergrund stehen hier, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Immunisierungen gegen Influenza, Pneumokokken und Herpes Zoster sowie Nachhol- bzw. Auffrischungsimpfungen gegen Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten.

Mittlerweile nehmen 146 Hausärzte an dem Projekt teil, welches bis März 2024 läuft und mit insgesamt 5,6 Millionen Euro gefördert wird. Eine anschließende Evaluation soll darüber entscheiden, ob das Projekt bundesweit und für weitere Zielgruppen wie Kinder oder Menschen mit chronischen Erkrankungen angeboten werden soll.





© iStock/Sashkinw

Qualitätszirkel – ein Instrument zur Qualitätsförderung

„Qualitätszirkel dienen dem kollegialen Austausch sowohl fachgebunden, als auch fachübergreifend. Dabei ist die Qualitätszirkelarbeit immer unabhängig und frei von kommerziellen und werbenden Interessen“ so die Grundsätze des Vorstands zur Qualitätszirkelarbeit - ein Verfahren zur Qualitätsförderung.

Die Leitung eines Qualitätszirkels wird von einem Moderator übernommen. Als fester Teilnehmerkreis sind mindestens 5 bis maximal 20 Vertragsärzte und/oder Psychotherapeuten gefordert. Hier hat sich eine Gruppengröße von 10 bis 15 Teilnehmer bewährt.

Die Qualitätszirkel-Treffen müssen viermal im Jahr stattfinden und haben in der Regel eine Dauer von bis zu zwei Stunden. Zusammengefasst arbeitet ein QZ

- auf freiwilliger Basis
- mit Moderator
- erfahrungsbezogen
- mit selbstgewählten Themen
- kontinuierlich
- mit Evaluation der Ergebnisse
- mit festem Teilnehmerkreis
- mit Dokumentation gegenüber der KVSH

Bei Erfüllung der Grundsätze erhalten die Teilnehmer vier Fortbildungspunkte pro Treffen, der Moderator fünf und eine Aufwandsentschädigung für bis zu zwölf Treffen im Jahr.

QZ-Moderator

QZ-Moderatoren sind niedergelassene Ärzte und/oder Psychotherapeuten, die einen QZ leiten und moderieren. Ausgebildet werden diese in einer von der KVSH durchgeführten Moderatorengrundausbildung.

QZ-Tutor

Tutoren sind erfahrene Moderatoren mit einer zusätzlichen Ausbildung, die regelmäßig an Fortbildungen zum Thema QZ teilnehmen. Tutoren unterstützen bei der Aus- und Weiterbildung von QZ-Moderatoren.

Die KVSH hilft bei

- Bekanntmachung des Zirkels im Internet
- Moderatorenfortbildungen
- Vermittlung von Tutoren und KVSH-Referenten

Die KBV bietet Hilfestellung für die Qualitätszirkelarbeit in Form von Modulen mit Themen wie Patientenfallkonferenzen, Arzt-Patienten-Kommunikation, ambulante Palliativversorgung und vieles mehr.



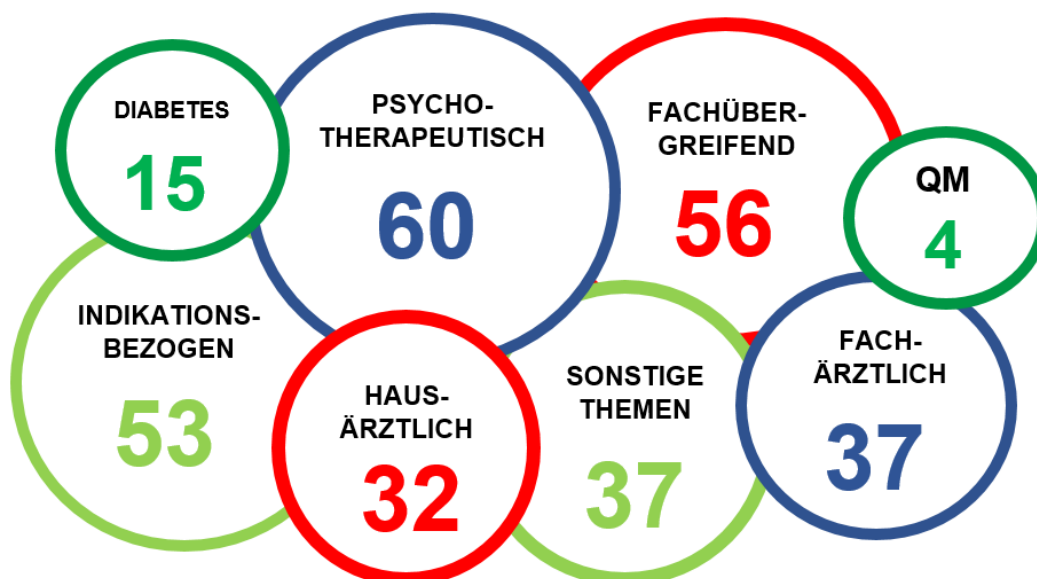
QZ-Landschaft 2022

- 294 Qualitätszirkel
- 257 aktive Moderatoren
- 2.575 Teilnehmer
- 1.354 QZ-Treffen

Achtung!

Die regelmäßige Teilnahme an QZ, z. B. in den Bereichen Akupunktur, DMP, Schmerztherapie oder Hörgeräteversorgung, wird zur Aufrechterhaltung der Genehmigung anerkannt. Im Einzelfall ist die Teilnahme an QZ-Treffen verpflichtend.

QZ-THEMEN in Schleswig-Holstein





Qualitätsmanagement – gut für Mitarbeiter und Patienten

© iStock

Im Qualitätsmanagement (QM) geht es um die Gestaltung der fachlichen und organisatorischen Abläufe in der Praxis. Eine stetige Überprüfung und Optimierung des QM kann die Arbeitsabläufe in der Praxis erleichtern und die Zufriedenheit von Mitarbeitern und Patienten erhöhen.

Qualitätsmanagement hat das Ziel, die Qualität in den Praxen zu erhalten und kontinuierlich zu verbessern, um so eine sichere Versorgung für die Patienten zu gewährleisten. Durch Strukturierung der Arbeitsabläufe können Hektik und Stress reduziert sowie Fehler und haftungsrelevante Risiken vermieden werden. Zudem wird durch eine klare Aufgabenverteilung der Arzt entlastet und Ressourcen sind besser plan- und einsetzbar. Dabei muss das Ziel sein, alle fachlichen, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen zu erfüllen. Dies sollte sich an den Bedürfnissen der Patienten und Mitarbeitern orientieren. Für die Praxen bedeutet das, Abläufe zu beobachten, gegebenenfalls schriftlich festzuhalten und zu verändern, sofern diese Veränderungen möglich und sinnvoll sind.

Auch die Patienten profitieren von den abgestimmten Abläufen sowie einer stressfreien Atmosphäre in den Praxen. Durch eine effiziente Praxisorganisation bleibt mehr Zeit für die Behandlung des Einzelnen. Wichtige Informationen werden schon bei der Anmeldung kommuniziert und ein geregelter Informationsfluss zu anderen Einrichtungen (z.B. Krankenhäusern, Arztpraxen, Pflegeheimen und Apotheken) gewährleistet die Kontinuität von Behandlungen. Probleme und Beschwerden können ganz offen angesprochen werden.

Seit 2004 sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und MVZ verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und

weiterzuentwickeln. Die Praxen haben nach Gründung drei Jahre Zeit ein QM in ihrer Praxis zu etablieren. In der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Inhalte und Rahmenbedingungen für die Einführung und Weiterent-

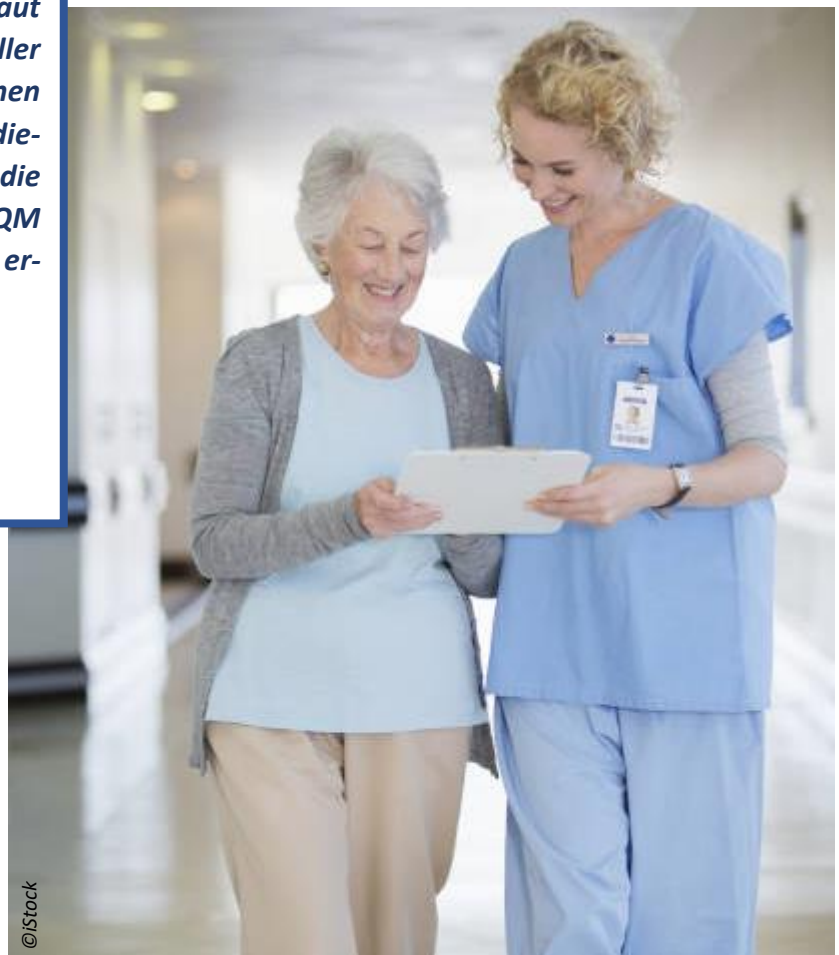
wicklung festgelegt. Die KV steht allen Ärzten und Psychotherapeuten im Bereich QM beratend und unterstützend zur Seite. Es finden regelmäßig Seminare seitens der KV im Bereich QM statt.



Stichprobe zur QM-Richtlinie

Alle zwei Jahre erheben die KVen laut Richtlinie eine Stichprobe von 4% aller vertragsärztlich niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. In dieser Stichprobe wird abgefragt, wie die verschiedenen Instrumente des QM umgesetzt werden. Die Erhebung erfolgt online.

Die nächste Stichprobe ist im Jahr 2023.



Hilfreiche Internetseiten

www.kvsh.de

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Unter der Rubrik Praxis/Qualität und Fortbildung finden Sie Informationen zu folgenden Themen:

- Genehmigungspflichtige Leistungen mit Richtlinien, Vereinbarungen und EBM-Regelungen sowie Ansprechpartner
- Hygiene und Medizinprodukte
- Qualitätsmanagement
- Qualitätszirkel
- Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V
- Ärztliche Stellen

www.kbv.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

- Qualitätsbericht 2022 (mit detaillierten Zahlen zu allen QS-Verfahren)
- QEP
- Hygiene
- Mein Praxis-Check
- Bundesmantelvertrag

www.g-ba.de

Gemeinsamer Bundesausschuss

- Richtlinien
- Beschlüsse

www.rki.de

Robert Koch-Institut (RKI)

Zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet

- der Krankheitsüberwachung und -prävention.
- der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung.

www.iqwig.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

- Bewertung von evidenzbasierten Leitlinien
- Nutzenbewertung von Arzneimitteln
- Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen (DMP)
- Qualitätsgeprüfte Patienteninformationen

www.iqtig.de

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS)

www.schleswig-holstein.de

Referat Strahlenschutz

- Röntgendiagnostik: Antrag zum Betrieb; Informationen Personendosimetrie, Informationen zur Teleradiologie, usw.
- Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz
- Umgang mit radioaktiven Stoffen, Nuklearmedizin
- Radonberatungsstelle

www.bfs.de

Bundesamt für Strahlenschutz

- Ionisierende Strahlung: Anwendungen in der Medizin, im Alltag und in der Technik; Strahleneinwirkung; Strahlenschutz, usw.

Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V

- § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit
- § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung
- § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss
- § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- § 95d Fortbildungspflicht
- § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung
- § 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigungen
- § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung
- § 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss
- § 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
- § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
- § 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a
- § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten
- § 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Strahlenschutzgesetz

- § 86 Verordnungsermächtigung zum Schutz von Personen bei der Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen



Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Verantwortlich (V. i. S. d. P.)

Dr. Monika Schliffke,
Vorstandsvorsitzende der KVSH

Redaktion

Doris Eppel, Nadine Liebau, Uta Markl,
Melissa Martens, Stefanie Mertens,
Astrid Patscha, Michaela Schmidt,
André Zwaka, Jakob Wilder

Grafik

Astrid Patscha

Fotos

KVSH
iStockphoto.com

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird, ist hiermit selbstverständlich jegliche Form des Geschlechts gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis.