



# **Qualitätsbericht**

**der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern**

**für das Jahr 2004**

**Impressum:****Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Neumühler Straße 22  
Telefon: (0385) 7431-243  
Telefax: (0385) 7431-346  
Mail: [qual-sicherung@kvmv.de](mailto:qual-sicherung@kvmv.de)  
Internet: [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de)

**Auflage:**

1. Auflage, November 2005

**Redaktion:**

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Abteilung Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Sicherung einer steten Versorgungsqualität ist eine originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Seit ihrer Gründung hat sich auch die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern dieser Selbstverständlichkeit vor allem unter der Betonung innerärztlicher Qualitätssicherung konsequent gestellt. Mit schon in den neunziger Jahren über 15 Qualitätssicherungskommissionen und einer seit nunmehr zehn Jahren sich dynamisch und vielfältig entwickelnden Landschaft regionaler und überregionaler, sowohl hausärztlich als auch fachärztlich strukturierter Qualitätszirkel bedurfte es in diesem Bereich eigentlich keines Anstoßes „von draußen“. Die Qualität ärztlichen Tuns ist gesichert durch ein komplexes und vielgestaltiges Netz, dessen Träger, Anreger und Erhalter die körperschaftliche Vereinigung der Kassenärzte ist – und das beileibe nicht nur im formalen Umsetzen des gesetzlichen Auftrages.

Mit hohem persönlichen Einsatz und medizinischem Sachverstand engagieren sich die ehrenamtlichen Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen oft über viele Jahre hinweg für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Struktur- und Ergebnisqualität in ambulanter Diagnostik und Therapie. Gemeinsam mit der KV-Verwaltung sorgen sie in vielen Bereichen dafür, dass neue Vertragsformen und gesetzliche Vorgaben in der Versorgungslandschaft umgesetzt werden können. Ein Großteil ärztlicher Leistungen wird mittlerweile qualitätsgeprüft, etwa ein Drittel unterliegt besonderen Genehmigungsverfahren. Fast jede Neueinführung von Behandlungsmethoden impliziert mittlerweile stringente Maßnahmen der Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluierung.

Möglicherweise haben wir Kassenärzte all diese Aktivitäten zu wenig transparent in der Öffentlichkeit gemacht, haben versäumt, nach dem Prinzip „Tue Gutes und rede darüber“ zu handeln. Eine Mediengesellschaft verlangt offenbar gerade in diesem Sektor Information und „Angebote“ bis hin zu einem medizinisch nicht unproblematischen Ranking der Leistungsanbieter auch im ambulanten Bereich.

Die seit dem 1. Januar 2004 bestehende gesetzliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur jährlichen Erstellung eines Qualitätssicherungsberichtes markiert also aus unserer Sicht keinen Neuanfang oder Wendepunkt in der Qualitätssicherungsarbeit – sie wird von uns pragmatisch als Chance einer noch intensiveren und komplexeren Information verstanden. Nicht zuletzt stellen sich die Kassenärzte Mecklenburg-Vorpommerns mit diesem Bericht über ihre Aktivitäten auch selbstbewusst den Herausforderungen eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems.

Dr. med. Wolfgang Eckert

1. Vorsitzender der KV Mecklenburg-Vorpommern

## Inhaltsverzeichnis

1	Einführung.....	7
1.1	Umfang der Leistungen.....	7
1.2	Zugang zu den Leistungen.....	7
1.3	Qualität der Leistungen.....	8
2	Aktuelle Themen .....	9
2.1	Mammographie .....	9
2.1.1.	Mammographie-Screening.....	9
2.1.2.	Ergebnisse der Prüfungen mittels Fallsammlungen im Rahmen der kurative Mammographie .....	10
2.2.	Koloskopie.....	11
2.3.	Disease-Management-Programme .....	14
2.4.	Qualitätsmanagement in Arztpraxen .....	16
3.	Qualitätssicherung.....	18
3.1.	Besonderheiten im Geltungsbereich der KV Mecklenburg-Vorpommern / Weitere Qualitätssicherungsbereiche.....	18
3.1.1.	Vertragsübersicht zu den Disease-Management-Programmen .....	19
3.1.2.	Modellverträge Ambulantes Operieren .....	21
3.1.3.	Suchtvereinbarung.....	25
3.1.4.	Praxen mit psychosomatischer Besonderheit .....	25
3.1.5.	Informationsstelle Psychotherapie .....	27
3.2.	Qualitätszirkel.....	29
3.3.	Qualitätssicherungskommissionen .....	31
3.4.	Bundesweit geltende Regelungen.....	33
3.4.1.	Ambulantes Operieren.....	34
3.4.2.	Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren.....	35
3.4.3.	Arthroskopische Untersuchungen.....	37
3.4.4.	Blutreinigungsverfahren .....	38
3.4.5.	Chirotherapie .....	40
3.4.6.	Herzschrittmacherkontrolle .....	41
3.4.7.	Invasive Kardiologie.....	42
3.4.8.	Kernspintomographie.....	44
3.4.9.	Koloskopie .....	46
3.4.10.	Künstliche Befruchtung.....	48
3.4.11.	Laboratoriumsuntersuchungen / Ringversuche.....	49
3.4.12.	Langzeit-EKG-Untersuchung .....	50
3.4.13.	Onkologie-Vereinbarung.....	51
3.4.14.	Otoakustische Emissionen.....	53
3.4.15.	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund.....	54
3.4.16.	Psychotherapie .....	55
3.4.17.	Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe).....	57
3.4.18.	Schmerztherapie-Vereinbarung .....	58
3.4.19.	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung .....	60
3.4.20.	Soziotherapie .....	61
3.4.21.	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen .....	62
3.4.22.	Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin) .....	63

3.4.23. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger .....	66
3.4.24. Ultraschalldiagnostik .....	68
3.4.25. Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale .....	71
4. Ausblick .....	72
4.1. Schmerztherapie .....	72
4.2. Schlafapnoe .....	73
4.3. Säuglingshüfte .....	74
5. Anhang .....	76
5.1. Arztstruktur (Stand 31.12.2004) .....	76
5.2. Weiterbildungen (Stand 31.12.2004) .....	77
5.3. Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung .....	81
5.3.1. Zuständigkeiten und Organisation .....	81
5.3.2. Der Gemeinsame Bundesausschuss .....	82
5.3.3. Normen der Qualitätssicherung .....	82
5.4. Ansprechpartner in der Abteilung Qualitätssicherung .....	87

## **1 Einführung**

### **1.1 Umfang der Leistungen**

Der Leistungskatalog der ambulanten Versorgung braucht den Vergleich mit dem anderer Gesundheitssysteme nicht zu scheuen, im Gegenteil: Er gehört zu den umfangreichsten in Europa. Von der Behandlung einer Erkältung bis zur Dialyse oder komplexen Herzuntersuchungen steht gesetzlich Krankenversicherten in medizinisch begründeten Fällen der komplette Leistungskatalog zur Verfügung. Herausnahmen gesamter Leistungsbereiche wie im amerikanischen Gesundheitssystem (sog. Opt-out-Lösungen) sind nicht bekannt und finden keine Anwendung. Das Leistungsangebot umfasst dabei nicht nur die Versorgung von akut oder chronisch Erkrankten, sondern auch präventive Maßnahmen, die zunehmend an Bedeutung gewinnen. Mit der Einführung der Koloskopie zur Früherkennung des Darmkrebses oder dem Aufbau eines organisierten Mammographie-Screenings stehen niedergelassene Ärzte Versicherten zur Seite, wenn es darum geht Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen oder aber so früh zu erkennen, dass eine wirksame Behandlung durchgeführt werden kann. Wichtiger als die kontinuierliche Ergänzung des Leistungsspektrums um einzelne Leistungen ist die Abstimmung dieser Maßnahmen im Behandlungsfall. Durch die Gestaltung von Versorgungsaufträgen zum Beispiel im Bereich der Schmerztherapie oder Dialyse wird sichergestellt, dass gerade chronisch Kranke ein abgestimmtes Plateau von Leistungen erhalten. In diesem Zusammenhang sind auch die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP`s) zu nennen, die besonderes Augenmerk auf die Kooperation der Ärzte, auf einheitliche Behandlungsstandards und Schulungsprogramme für Patienten richten und von umfangreichen, leider immer noch zu bürokratisch umgesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet sind.

### **1.2 Zugang zu den Leistungen**

In Mecklenburg-Vorpommern ermöglichen derzeit 2765 Ärzte aus 39 Zulassungsfachgebieten einschließlich der Psychotherapeuten unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgung. Dazu gehört auch die Organisation eines Notdienstes, der eine Versorgung im Notfall rund um die Uhr ermöglicht.

Eine erzwungene Bindung des Patienten an eine Auswahl von Ärzten oder Psychotherapeuten bestand im Berichtszeitraum nicht. Ebenso - im Vergleich zu vielen anderen europäischen Systemen - keine Begrenzung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung. So konnten beispielsweise Haut- oder Augenärzte direkt aufgesucht werden, wenn dies erforderlich war.

### **1.3 Qualität der Leistungen**

Für die Qualität der Leistungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bestehen die gleichen Standards, wie sie für alle Ärzte gelten: Nach der Weiterbildung zum Allgemein- oder Facharzt oder zum Psychotherapeuten finden alle diejenigen Vorschriften Anwendung, die für die Ausübung des Berufes erforderlich sind. Das sind z.B. die Anforderungen des Berufsrechts, die Röntgenverordnung, das Medizinproduktegesetz oder aber das Infektionsschutzgesetz. Mit einem Unterschied: In vielen Bereichen werden von Vertragsärzten zusätzliche, über die allgemeinen Anforderungen hinausgehende Qualifikationen verlangt, und dies häufig nicht nur einmalig, sondern auch in regelmäßigen Abständen. Dies trifft mittlerweile auf circa ein Drittel aller Leistungen zu. Beispielhaft seien hier die Genehmigung zur Durchführung der Mammographie oder der Koloskopie genannt. Nur solche Ärzte, die dabei das hohe Niveau ihrer Versorgung nachweisen, dürfen diese Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbringen. Wichtig zu wissen: Diese zusätzlichen Maßnahmen gelten nur für den vertragsärztlichen Bereich, den Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen. So wird sichergestellt, dass nicht nur ein breites Leistungsspektrum flächendeckend vorgehalten wird und zugänglich ist, sondern dass auch die Qualität stimmt.

## **2 Aktuelle Themen**

Neben den im Abschnitt 3 näher beschriebenen bereits eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen gab es im Jahr 2004 eine Reihe erstmalig umzusetzender bzw. anzuarbeitender Qualitätssicherungs-Projekte. Diese werden nachfolgend erläutert.

### **2.1 Mammographie**

#### **2.1.1. Mammographie-Screening**

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am 15. Dezember 2003 die Einführung eines bundesweiten Mammographie -Screening-Programms für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nach den Europäischen Leitlinien beschlossen. Das Screening-Programm ist in Abschnitt B Nr. 4 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien geregelt, die umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen finden sich in Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge. Die Hauptunterschiede des organisierten Mammographie-Screening-Programms zur bisherigen Versorgung bestehen in

- der Herstellung des Bevölkerungsbezugs über ein Einladungssystem, das die Einwohnermeldedaten nutzt,
- der Installierung einer umfassenden Kette von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementinstrumenten,
- der kontinuierlichen Evaluation der Effektivität des Programms unter Hinzuziehung der Ergebnisse der Krebsregister.

Es entspricht dem Charakter des Mammographie -Screenings im Sinne eines Präventionsprogramms, dass eine Qualitätssicherung alle an der Screening-Kette Beteiligten umfassen muss. Genau genommen entspricht der gewählte Ansatz nicht einer statischen Qualitätssicherung auf gewähltem Niveau, sondern den Prinzipien des Qualitätsmanagements, das einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess impliziert. Grundlegend für die Definition der Qualitätsanforderungen sind die Vorgaben, wie sie in den Europäischen Leitlinien niedergelegt sind. Hierzu gehören Anforderungen an

- die apparative Ausstattung,
- fachliche Qualifikationen der an der Screening-Kette (Einladung, Screeningmammographie, Abklärungsdiagnostik) Beteiligten (z. B. Radiologen, radiologische Fachkräfte, Pathologen),
- ein strukturiertes Zusammenwirken von Organisationseinheiten (einladende Stelle, regionales Versorgungsprogramm, Screening-Einheit, Referenzzentrum, Leistungserbringung in Teams),
- die Qualitätsdarlegung und Programmevaluation zum Nachweis der Effektivität des Programms mit Hilfe standardisierter Indikatoren.

Im Jahre 2004 wurde mit der Implementierung des Programms und dem Aufbau der vorgesehenen organisatorischen Strukturen begonnen. Auf Bundesebene waren dies insbesondere die Überführung der Planungsstelle Mammographie in eine Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sowie die Ausschreibung und Auswahl der Leiter der zukünftigen Referenzzentren.

Auf Landesebene begann die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in Abstimmung mit den Krankenkassen und dem Sozialministerium mit der Unterteilung der regionalen Versorgungsprogramme in vier Screening-Einheiten und der Ausschreibung und Auswahl der Programmverantwortlichen Ärzte. Das Ausschreibungsverfahren endete im April 2005. Gleichzeitig erfolgte in Abstimmung mit allen Beteiligten sowie dem Landesdatenschutzbeauftragten die Einrichtung der Zentralen Stelle beim MDK der Krankenversicherung.

Das "Mammographie-Screening" wird symptomlosen Frauen angeboten, um Brustkrebs zu entdecken, bevor sich der Krebs durch Beschwerden bemerkbar macht. Das Ziel des Mammographie-Screenings ist die Minderung der Zahl der Brustkrebstodesfälle durch Entdeckung von Tumoren in einem noch heilbaren Stadium. Erfahrungen in anderen europäischen Ländern haben gezeigt, dass durch Mammographie-Screening-Programme die Zahl der Brustkrebstodesfälle spürbar gesenkt werden kann.

Bereits seit einigen Jahren befassen sich die zuständigen Stellen in Deutschland mit Vorbereitungen zur Einführung eines qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings. Weiterhin berücksichtigt wurden die umfangreichen Erfahrungen in anderen europäischen Ländern, die bereits flächendeckende Mammographie-Screening-Programme erfolgreich eingeführt hatten. Diese Erfahrungen belegen, dass eine angemessene Senkung der Brustkrebstodesfälle bei vertretbarer gesundheitlicher Belastung der untersuchten Frauen den Aufbau und Einsatz eines umfassenden Qualitätsmanagements voraussetzt.

Ein solches Qualitätsmanagement umfasst alle Schritte der Versorgungskette von der Einladung der teilnahmeberechtigten Frauen, über die Durchführung der eigentlichen Screeninguntersuchung bis hin zu Folgediagnostik, Therapie und Nachsorge. In die Abläufe der Qualitätssicherung sind alle Beteiligten entlang dieses Screeningprozesses (auch Screeningkette genannt) aktiv einbezogen. Dies wiederum setzt eine intensive Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärzten im Krankenhaus sowie interdisziplinäre Abläufe voraus.

Ebenfalls neu in diesem Zusammenhang ist für das deutsche Gesundheitswesen die Zulassung von Röntgenuntersuchungen an Gesunden zur Früherkennung von Brustkrebs. Hierfür setzt die Röntgenverordnung eine Sondergenehmigung voraus, die bei den zuständigen Länderbehörden zu beantragen ist.

Im Qualitätssicherungsbericht 2005 wird hoffentlich an dieser Stelle bereits über die Umsetzung des Screening-Programmes berichtet werden können.

### **2.1.2. Ergebnisse der Prüfungen mittels Fallsammlungen im Rahmen der kurativen Mammographie**

Mit Wirkung vom 1. April 2002 wurden die Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) für die kurative Mammographie neu geregelt.

Diejenigen Ärzte, die eine entsprechende Genehmigung erstmals beantragen, müssen wie bisher eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten mittels Zeug-

nissen über den Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung oder über eine ständige Tätigkeit in der Mammographie nachweisen.

Zusätzlich muss der Antragsteller die erfolgreiche Beurteilung einer sog. Fallsammlung belegt haben. Bei dieser Eingangsprüfung sind insgesamt 200 Mammographiefraufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae jeweils in zwei Ebenen) innerhalb von maximal sechs Stunden zu begutachten.

Die Fallsammlung wird von der zentralen Kooperationsgemeinschaft `Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung` (nachfolgend Kooperationsgemeinschaft genannt) auf Anfrage an die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen verschickt und enthält eine Reihe von typischen pathologischen Befunden, die vom Arzt bei der Prüfung entdeckt werden sollen. Die Teilnahme an der Beurteilung ist erfolgreich, wenn eine Sensitivität und eine Spezifität von jeweils mindestens 90% erreicht wird, insgesamt dürfen jedoch höchstens sieben Bilder falsch beurteilt werden, wobei davon höchstens zwei falsch-negative Befunde zulässig sind.

Im Jahr 2004 haben 6 Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern an der Beurteilung der Fallsammlung teilgenommen und bestanden.

Die Vereinbarung schreibt als qualitätssichernde Maßnahme weiterhin vor, dass der mammographierende Arzt regelmäßig an einer Selbstüberprüfung seines Wissens teilnimmt: Einmal jährlich ist die erfolgreiche Begutachtung einer weiteren Fallsammlung, die erneut zentral von der Kooperationsgemeinschaft zur Verfügung gestellt wird, nachzuweisen. An dieser Selbstüberprüfung haben Ende des Jahres 2004 18 Ärzte aus Mecklenburg-Vorpommern teilgenommen. Eine Auswertung der Ergebnisse wird im Frühjahr 2005 erwartet.

Schließlich werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Qualität der ärztlichen Dokumentation regelmäßig zu überprüfen. Bis zum 30. September 2003 mussten von jedem Arzt, der Mammographien durchführt und abrechnet, schriftliche und bildliche Dokumentationen von jeweils zehn Patientinnen überprüft werden (das heißt, es wurden insgesamt pro Arzt 40 Aufnahmen durch die entsprechende Kommission begutachtet, da beide Mammae jeweils in zwei Ebenen dokumentiert sein müssen).

Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation gelten als erfüllt, wenn bei nicht mehr als zwölf Beurteilungen geringe Mängel und bei keiner Beurteilung schwerwiegende Mängel festgestellt wurden. Bei schwerwiegenden Mängeln ist die Dokumentationsprüfung innerhalb von drei Monaten zu wiederholen. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hat entsprechend der Vorgaben der Qualitätssicherungsmaßnahmen bei 5 Ärzten die Qualität der ärztlichen Dokumentation überprüft. Es gab keine Wiederholungsprüfungen.

## **2.2. Koloskopie**

Zusammen mit der Einführung der hohen Koloskopie als Element der Krebsfrüherkennung auf kolorektale Karzinome zum 01.10.2002 wurde eine umfassende Qualitätssicherung verabschiedet, die sich auf die Ausführung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen der Koloskopie sowohl in der Prävention als auch in der Kuration bezieht.

1. Zur Durchführung der Koloskopie sind Ärzte berechtigt
  - a) mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“,
  - b) mit der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie,
  - c) mit der Gebietsbezeichnung „Kinderchirurgie“ mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido- Koloskopie oder
  - d) mit der Gebietsbezeichnung Chirurgie, sofern der Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist.
2. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung umfassen zahlreiche innovative Ansätze, wie sie insbesondere bei Leistungen, die eine hohe manuelle Fertigkeit voraussetzen, erforderlich sind. Für die Früherkennungskoloskopie gilt: Durch Nachweis entsprechend häufiger Untersuchungsdurchführung unter Anleitung (200 Koloskopien und 50 Polypektomien) in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung muss die aktuelle Befähigung, die hohe Koloskopie durchführen zu können, nachgewiesen sein. Liegt der Abschluss der Weiterbildungsvoraussetzungen zur Koloskopie also mehr als zwei Jahre zurück und wurden durch den Arzt zwischenzeitlich keine Koloskopien durchgeführt, darf die Koloskopie nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Ärzte, die an der Versorgung schon teilnehmen, müssen eine entsprechende Anzahl von selbst durchgeführten Untersuchungen im gleichen Zeitraum nachweisen.
3. Durchführende Ärzte müssen in der Lage sein, Polypektomien in gleicher Sitzung durchführen zu können, sofern die Entfernung hinsichtlich der Größe und Eigenschaft der Polypen unter Praxisbedingungen möglich ist. So wird gewährleistet, dass belastende Zweituntersuchungen im Einzelfall potenziell vermieden werden.
4. Damit nach Zulassung zur Leistungserbringung die manuellen Fertigkeiten auf hohem Niveau erhalten bleiben, müssen teilnehmende Ärzte mindestens 200 hohe Koloskopien und 10 Polypektomien pro Jahr nachweisen (entfällt für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinderchirurgie). Bei wiederholter Unterschreitung erlischt die Abrechnungsgenehmigung, und es wird eine Nachschulung unter Anleitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes erforderlich, um erneut an der Versorgung teilnehmen zu können.
5. Untersuchungen auch in Deutschland haben Mängel an der Hygienequalität von Endoskopen aufgezeigt. Zudem wurden Einzelfälle publiziert, bei denen die Übertragung von Hepatitis C auf dem Wege der Koloskopie als gesichert angesehen werden kann. Besondere Anforderungen werden deshalb an die Hygiene gestellt: Halbjährlich werden Überprüfungen der Hygienequalität der verwendeten Endoskope (maximal zwei Endoskope pro Aufbereitungsverfahren) durchgeführt. Die Überprüfung umfasst die Durchspülung von Endoskopkanälen und Abstriche von Endoskopstellen durch ein durch die KV benanntes Hygieneinstitut. Die Bestimmungen orientieren sich an den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes: Es dürfen keine E. coli, andere Enterobacteriaceae oder Enterokokken, keine Pseudomonas aeruginosa, andere Pseudomonaden oder weitere Nonfermenter sowie keine anderen hygienerelevanten Erreger wie Staphylokokkus aureus nachweisbar sein. Die Durchspüllösung (inklusive der Lösung der Optikspülsysteme) darf eine maximale Keimbelastung von 10 KBE pro ml enthalten. Fallen dabei Verunreinigungen der Koloskope auf, erfolgt eine Nachüberprüfung innerhalb von drei Mona-

ten. Werden die Bedingungen erneut nicht erfüllt, so muss der Arzt innerhalb von sechs weiteren Wochen der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber nachweisen, dass er die Hygieneanforderungen einhält. Bis zu diesem Nachweis dürfen Koloskopie-Leistungen nicht abgerechnet werden. Gelingt der Nachweis, so erfolgt die nächste Kontrolle innerhalb von drei Monaten, bei unauffälligem Ergebnis dann wieder nach sechs Monaten. Mit diesem Stufenschema soll eine hygienisch einwandfreie Leistungsqualität sichergestellt werden.

Mit der qualitätsgesicherten Einführung der Koloskopie als Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung können Versicherte von einem Angebot Gebrauch machen, das über die Früherkennung hinaus auch die Entfernung von Vorstadien karzinomatöser Veränderungen vorsieht. Hiermit wird eine echte Vorsorge ermöglicht, die Vorstadien des Kolonkarzinoms wirksam erfasst und entfernt. Mit der begleitenden Evaluation werden sowohl die Qualität der Koloskopie als auch die Effektivität des Programms kontinuierlich überprüft und es können dort, wo erforderlich, Korrekturen vorgenommen werden.

### **2.3. Disease-Management-Programme**

Um Erfahrungen mit Disease Management in Deutschland sammeln zu können, wurde die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen zunächst auf folgende begrenzt: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma / COPD (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen), Brustkrebs und Koronare Herzkrankheit (KHK). Bei der Auswahl der Krankheiten folgte das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) einer Empfehlung des Koordinierungsausschusses, dem Ärzte und Krankenkassen angehören.

Krankenkassen, die ihren Versicherten ein Disease – Management - Programm anbieten, erhalten für jeden eingeschriebenen Patienten zusätzliches Geld aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) der gesetzlichen Krankenkassen. Dies sieht das zum 01.01.2002 in Kraft getretene RSA-Reformgesetz vor. Bisher konkurrierten die rund 350 Krankenkassen in Deutschland hauptsächlich um "gute Risiken", sprich um junge, gesunde Versicherte mit geringem Versorgungsbedarf. Diese Schwachstelle hat der Gesetzgeber erkannt und den RSA mit den DMP's gekoppelt. Damit wurde für die Krankenkassen ein finanzieller Anreiz geschaffen, spezielle Behandlungsprogramme anzubieten und sich um Versicherte mit überdurchschnittlich hohen Kosten zu kümmern.

Die Inhalte der Disease – Management - Programme werden in der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) festgeschrieben, die das Bundesgesundheitsministerium erlässt. Grundlage der Verordnung bilden Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den medizinischen Versorgungsinhalten der Programme. Der Ausschuss setzt sich paritätisch aus Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusammen. Bei der Ausarbeitung seiner Empfehlungen berücksichtigt das Gremium internen und externen Sachverstand, indem beispielsweise Stellungnahmen eingeholt und Verbände angehört werden. Basis der auf Länderebene geschlossenen DMP-Verträge ist somit die RSAV in der Fassung der jeweiligen Verordnung.

Die Akkreditierung oder Zulassung des Behandlungsprogramms müssen die Krankenkassen beziehungsweise deren Verbände beim Bundesversicherungsamt (BVA) beantragen, was zu einer nicht unerheblichen Bürokratisierung führt. Dazu ist es notwendig, sowohl das Programm als auch sämtliche zur Durchführung erforderlichen Verträge einzureichen (zum Beispiel Verträge mit den beteiligten Leistungserbringern, einer Datenstelle sowie über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft). Das Bundesversicherungsamt prüft, ob das Programm alle Anforderungen gemäß der Rechtsverordnung erfüllt. Erst mit der Zulassung des Programms durch das Bundesversicherungsamt haben die Krankenkassen Anspruch auf entsprechende Rückflüsse aus dem Risikostrukturausgleich.

Eine aktuelle Übersicht zu den in 2004 mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern abgeschlossenen bzw. akkreditierten DMP's enthält Abschnitt 3.1.1 dieses Berichtes.

## **Rückmeldesysteme**

Zentrale Bestandteile jedes Disease-Management-Programms sind Schulungsmaßnahmen der Patienten und regelmäßige Informationen über den Erfolg des Programms für Arzt und Patient. Als Instrument der Qualitätssicherung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein automatisiertes Verfahren entwickelt, mit dem die in den Disease-Management Verträgen vereinbarten Qualitätsindikatoren an den Arzt zurückgespiegelt werden können. Dieses strukturierte Rückmeldesystem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen von der Kassenärztliche Bundesvereinigung kostenlos zur Verfügung gestellt und kann durch die regionalen gemeinsam mit den Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Einrichtungen genutzt werden. Die Rückmeldesysteme für die jeweiligen Indikationen werden immer zeitgleich mit den aktuellen Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung angepasst.

Als Beispiele sind im Folgenden auszugsweise ein anonymisierter Arzt-Feedbackbericht zu Diabetes mellitus Typ 2 sowie ein aus den Einzeldaten generierter Gesamtbericht eines Halbjahres an die „Gemeinsame Stelle“ angefügt. Beide Berichte demonstrieren eindrucksvoll die Informationsfülle solcher Rückmeldesysteme, die auf der Basis statistisch signifikanter Datenmengen im Sinne eines Expertensystems ärztliches Handeln unterstützen können.



---

Gemeinsame Einrichtung der KVMV /KK, Postfach 160145, 19091 Schwerin

**Herrn .**

**Indikationsspezifischer Bericht für Vertragsärzte zum Diabetes mellitus Typ 2**

Sehr geehrte Damen und Herren,

beiliegend erhalten Sie den indikationsspezifischen Bericht für Vertragsärzte zum Diabetes mellitus Typ 2, Ausgabe für den Berichtszeitraum Erstellungstag:

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Gemeinsame Einrichtung der KVMV /KK

# **Indikationsspezifischer Bericht zum Diabetes mellitus Typ 2 für Vertragsärzte**

Indikationsspezifischer Bericht zum Diabetes mellitus Typ 2 für Vertragsärzte, Ausgabe für den Berichtszeitraum

## ***Vorwort***

<b>Inhaltsverzeichnis</b>		
<b>A</b>	<b>Übersicht</b>	
1.	Zusammenfassung des Kernberichts DMP Diabetes mellitus Typ 2	4
2.	Hinweise zum Gebrauch	5
<b>B</b>	<b>DMP-Kernbericht</b>	
1.	Stoffwechsellentgleisungen	
1.1.	Vermeidung von schweren Hypoglykämien	7
1.2.	Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	8
2.	Blutdruckeinstellung	9
3.	Persistenz Diabetes-typischer Symptome	10
4.	Folgeerkrankungen	11
5.	Medikamentöse antihyperglykämische Therapie	12
6.	Behandlung mit Biguaniden	13
7.	Funduskopie	14
8.	Überweisungen an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus	15
<b>C</b>	<b>Erweiterter Qualitätsbericht</b>	
1.	Basisdaten	
1.1.	Dokumentation / Datenlieferung	17
1.2.	Altersverteilung, Erkrankungsdauer	18
2.	Risikoprofil	
2.1.	Erreichung des vereinbarten HbA1c-Zielwertes	19
3.	Intervention	
3.1.	Schulung	
3.1.1.	Diabetes-Schulung	20
3.1.2.	Hypertonie-Schulung	21
3.2.	Medikamentöse Therapie	
3.2.1.	Antihyperglykämische Therapie in Abhängigkeit von der Erreichung des vereinbarten HbA1c-Zielwertes	22
3.2.2.	Antihypertensive Therapie	23
<b>D</b>	<b>Anhang</b>	<b>24</b>

# A Übersicht

## Zusammenfassung des Kernberichts DMP Diabetes mellitus Typ 2

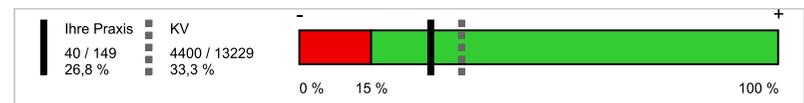
**Hypoglykämien (S.7)** Anteil der Patienten, die im aktuellen Berichtszeitraum mehr als zwei schwere Hypoglykämien hatten an allen Patienten.



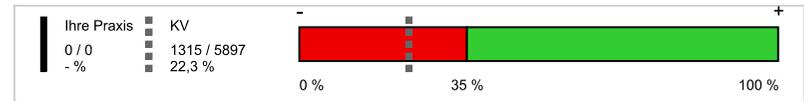
**Hyperglykämische Stoffwechselentgleisungen (S.8)** Anteil der Patienten, die im aktuellen Berichtszeitraum mehr als zwei stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen hatten an allen Patienten.



**Blutdruckeinstellung (S.9)** Anteil der Patienten, die im Vergleich zur vorangegangenen Dokumentation auf normotensive Werte (< 140/90 mmHg) gebracht werden konnten an allen Patienten mit vorher hypertensiven Werten.



**Diabetes-typische Symptome (S.10)** Anteil der Patienten, bei denen seit vorangegangener Dokumentation Diabetes-typische Symptome abgeklungen sind. an allen Patienten mit vorher Diabetes-typischen Symptomen.



**Folgeerkrankungen (S.11)** Anteil der Patienten, bei denen mindestens eine diabetische Folgeerkrankung neu aufgetreten ist an allen Patienten.



**Medikamentöse Therapie (S.12)** Anteil der Patienten, die nicht mit einem der zum vorrangigen Einsatz in Monotherapie empfohlenen Wirkstoffe (Glibenclamid, Metformin, Insulin) in Monotherapie behandelt wurden an allen Patienten mit anhyperglykämischer Medikation.



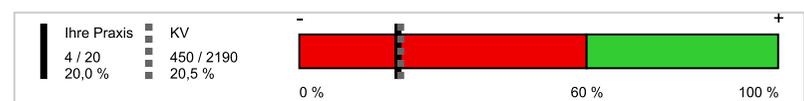
**Behandlung mit Biguaniden (S.13)** Anteil der Patienten, die Biguanide erhalten an allen Patienten, die weder übergewichtig noch adipös sind (BMI < 25).



**Funduskopie (S.14)** Anteil der Patienten, bei denen eine Funduskopie durchgeführt wurde an allen Patienten.



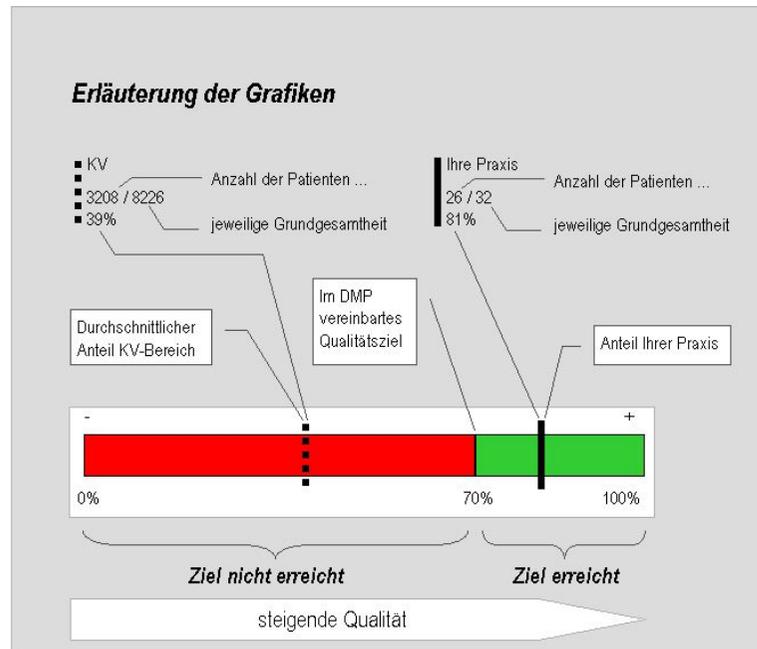
**Überweisung bei auffälligem Fußstatus (S.15)** Anteil der Patienten mit auffälligem Fußbefund, die an eine spezialisierte Einrichtung (Diab. Fußambulanz oder Diabetologe) überwiesen wurden an allen Patienten mit auffälligem Fußstatus.



## Hinweise zum Gebrauch des Berichtes

### Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

der Ihnen vorliegende Bericht ist in die Übersicht, zwei Berichtsteile und den Anhang gegliedert. Der Berichtsteil B ist der Kernbericht, in dem über die im DMP\*-Vertrag vereinbarten Qualitätsziele berichtet wird. Im Abschnitt A.1 finden Sie eine **Übersichtsseite**, auf der Ihre Ergebnisse der Qualitätsziele des Kernberichts zusammengefasst dargestellt sind. Die nachfolgende Abbildung erläutert die Grafiken dieser zusammenfassenden Übersichtsseite.



Der Berichtsteil C ist ein erweiterter Qualitätsbericht, der Ihnen ebenfalls auf Basis der RSAV\*\* aufbereitete Informationen zu Ihren Patienten und zu wesentlichen Behandlungsschritten bereitstellt.

Die Berichte umfassen 16 Themen. Auf der linken Seitenhälfte werden die Ergebnisse im Text, auf der rechten Seitenhälfte in Form von Abbildungen oder Tabellen dargestellt. Ein einführender Text zu Beginn jeder Seite stellt das Thema kurz vor.

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse werden neben dem erklärenden Text vor allem **Säulendiagramme** verwendet, mit denen sich Werteklassen (z.B. Blutdruck- oder HbA1c-Klassen) besonders gut darstellen lassen. Sie finden neben Ihren Ergebnissen (linke Diagrammhälfte) auch immer den **Vergleich mit Ihrer KV** (rechte Diagrammhälfte). Einige Werte werden zusätzlich im **zeitlichen Verlauf** (Halbjahresabschnitte) dargestellt. Die Höhe der Säulen entspricht den relativen Anteilen, die absoluten Zahlen sind zusätzlich tabellarisch aufgeführt.

Bei Themen mit besonders hoher Handlungsrelevanz finden Sie im Anhang zusätzlich eine Auflistung der **DMP-Kennziffern kritischer Patienten**. Sie können so im Bedarfsfall einen Patienten mit besonderen Problemen identifizieren und gezielt auf das Berichtsergebnis reagieren. Bei allen Themen, bei denen eine solche Patientenliste vorliegt, wird im Text ausdrücklich auf den entsprechenden Anhang verwiesen.

**Inhaltliche Grundlage der Auswertungen** ist die Anlage 1 (Anl.1) der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), auf deren Basis die strukturierten Behandlungsprogramme entwickelt wurden. Im einführenden Text zu Beginn jeder Seite werden bei Bedarf besonders wichtige Passagen aus diesem Dokument zitiert.

Der Bericht wertet nur die Dokumentationsbogen aus, die von der Datenannahmestelle als vollständig und plausibel bewertet und an die Berichtsstelle weitergegeben wurden. Außerdem werden, da Längsschnittbetrachtungen über den Halbjahreszeitraum angestellt werden, Patienten erst dann berücksichtigt, wenn mindestens zwei Dokumentationen vorliegen. Daraus ergibt sich, dass die von Ihnen **dokumentierte Anzahl von Patienten in der Regel größer sein wird als die Anzahl der Patienten über die an dieser Stelle berichtet wird**.

Konkret heisst dies, dass für 386 Patienten Dokumentationsbögen eingingen, davon lagen für 63 Patient(en) nur Erstdokumentationen und für 67 Patient(en) nur eine Folgedokumentation vor. Im Bericht werden somit 256 Patienten berücksichtigt. Davon haben 107 Patienten genau eine Folgedokumentation und 149 mindestens zwei Folgedokumentationen.

\*Disease-Management-Programm

\*\*Risikostrukturausgleichsverordnung

# **B DMP-Kernbericht**

## Thema: Vermeidung von schweren Hypoglykämien

Die Vermeidung von schweren Hypoglykämien ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

Das Auftreten von schweren Hypoglykämien gibt Anlass, eine Umstellung der medikamentösen Therapie hinsichtlich Dosierung und/oder eingesetzter Wirkstoffe zu erwägen.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr weniger als 30%
- nach dem 2. Jahr weniger als 25%
- nach dem 3. Jahr weniger als 20%

der Patienten aufgrund von schweren Hypoglykämien mehr als zweimal innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

### Ihr Ergebnis

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, die im aktuellen Berichtszeitraum mit den folgenden Häufigkeiten wegen schweren Hypoglykämien behandelt werden mussten:

- nie
- einmal
- zweimal
- mehr als zweimal

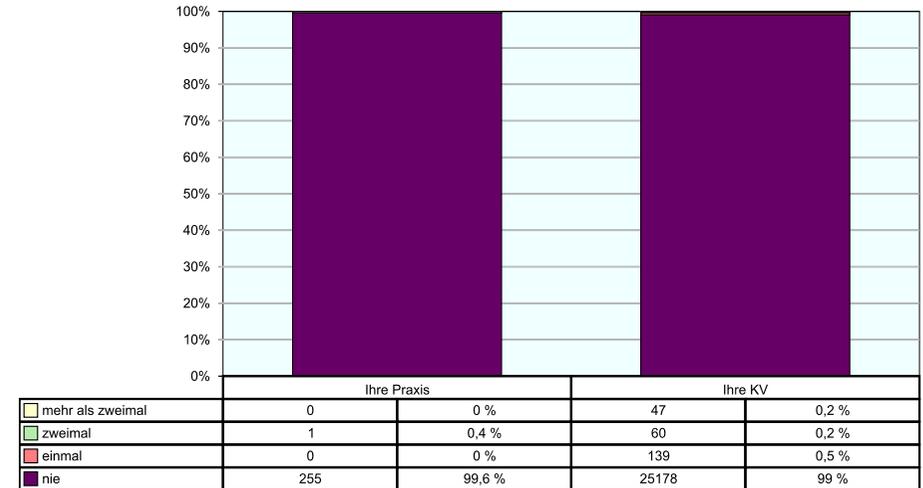
an allen dokumentierten Patienten.

0,0% der Patienten Ihrer Praxis (KV: 0,2%) hatten im aktuellen Berichtszeitraum mehr als zwei schwere Hypoglykämien.

Das Qualitätsziel von höchstens 30% ist somit in Ihrer Praxis erreicht. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen in der KV einen vergleichbaren Zielerreichungsgrad auf.

## Abbildung / Tabelle

Schwere Hypoglykämien



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 256 Patienten
- Ihre KV: 25424 Patienten

## Thema: Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen

Die Vermeidung schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr weniger als 30%
- nach dem 2. Jahr weniger als 25%
- nach dem 3. Jahr weniger als 20%

der Patienten aufgrund von hyperglykämischen Entgleisungen mehr als zweimal stationär innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

### Ihr Ergebnis

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, die im aktuellen Berichtszeitraum mit den folgenden Häufigkeiten stationär wegen schweren hyperglykämischen Entgleisungen behandelt werden mussten:

- nie
- einmal
- zweimal
- mehr als zweimal

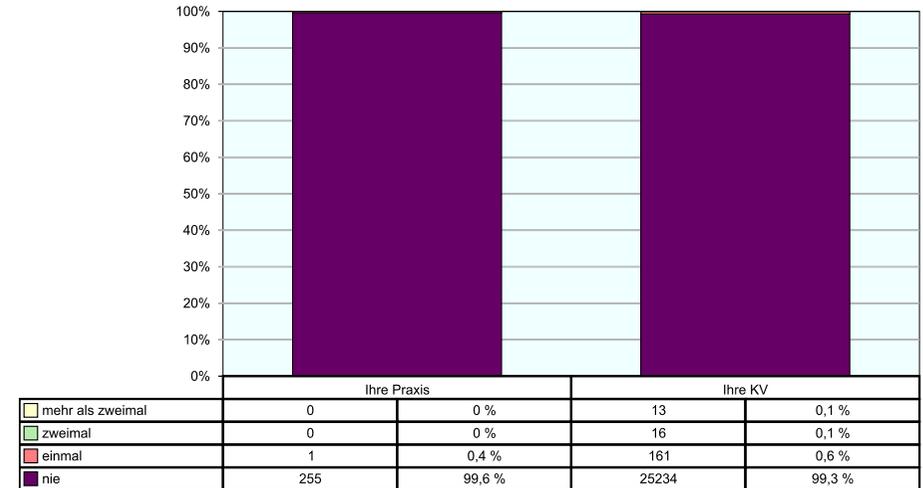
an allen dokumentierten Patienten.

0,0% der Patienten Ihrer Praxis (KV: 0,1%) hatten im aktuellen Berichtszeitraum mehr als zwei behandlungsbedürftige Stoffwechsellentgleisungen.

Das Qualitätsziel von höchstens 30% ist somit in Ihrer Praxis erreicht. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen in der KV einen vergleichbaren Zielerreichungsgrad auf.

### Abbildung / Tabelle

Stationäre Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Entgleisungen



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 256 Patienten
- Ihre KV: 25424 Patienten

## Thema: Blutdruckeinstellung

Unabhängig von der blutzuckersenkenden Therapie reduziert die blutdrucksenkende Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 die Morbidität und Mortalität. Eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg ist anzustreben. Die antihypertensive Therapie umfasst folgende Maßnahmen:

- Basistherapie
- Strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramme
- Medikamentöse Maßnahmen

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mindestens 10%
- im 2. Jahr mindestens 15%
- im 3. Jahr mindestens 20%

der Patienten mit zunächst hypertensiven Blutdruckwerten in der folgenden Dokumentation auf normotensive Werte gebracht werden.

## Ihr Ergebnis

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, die im Vergleich zur vorangegangenen Dokumentation unverändert hypertensive Werte aufwiesen oder auf normotensive Werte (< 140 mmHg und < 90 mmHg) gebracht werden konnten.

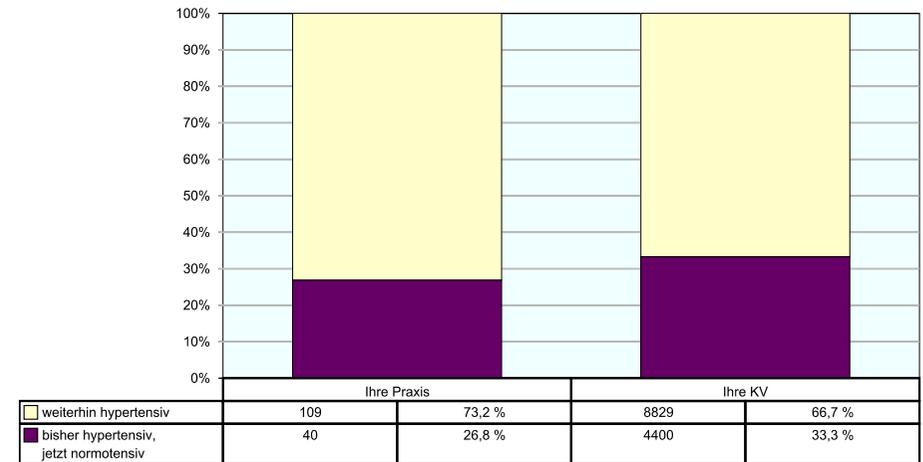
26,8% der Patienten Ihrer Praxis (KV: 33,3%), die bei der letzten Dokumentation erhöhte Blutdruckwerte ( $\geq 140$  mmHg systolisch bzw.  $\geq 90$  mmHg diastolisch) hatten, sind jetzt normotensiv.

Das Qualitätsziel von mindestens 15% ist somit in Ihrer Praxis erreicht worden. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen der KV einen schlechteren Zielerreichungsgrad auf.

Die DMP-Fallnummern Ihrer Patienten, die unverändert hypertensiv sind, können Sie zusammen mit der Information über antihypertensive Therapie und Hypertonie-Schulung der Liste A 3 im Anhang entnehmen.

## Abbildung / Tabelle

Veränderung der Blutdruckeinstellung



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 149 Patienten
- Ihre KV: 13229 Patienten

## Thema: Persistenz Diabetes-typischer Symptome

Die Vermeidung oder Behebung Diabetes-typischer Symptome (Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit usw.) ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung von Diabetikern.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mindestens 30%
- im 2. Jahr mindestens 35%
- im 3. Jahr mindestens 40%

der Patienten, die zunächst Diabetes-typische Symptome aufweisen durch die Therapie bis zur folgenden Dokumentation symptomfrei werden.

## Ihr Ergebnis

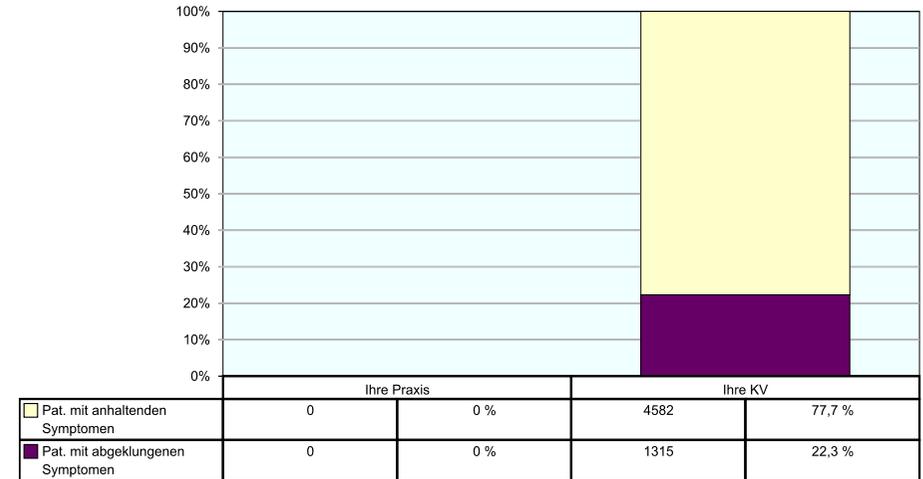
**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, bei denen in der vorangegangenen Dokumentation Diabetes-typische Symptome, in der aktuellen jedoch keine Diabetes-typischen Symptome angegeben wurden (abgeklungene Symptome)

an allen Patienten, die in der vorangegangenen Dokumentation Diabetes-typische Symptome aufwiesen.

Es erfolgte keine Auswertung, da kein Patient zu der Teilmenge gehört, für die dieses Qualitätsziel beschrieben ist.

## Abbildung / Tabelle

Persistenz Diabetes-typischer Symptome



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 0 Patienten
- Ihre KV: 5897 Patienten

## Thema: Folgeerkrankungen

Die Vermeidung von Folgeerkrankungen stellt ein wesentliches Therapieziel der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 dar. Zugleich erhöhen bereits manifeste Folgeerkrankungen das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr höchstens bei 40%
- im 2. Jahr höchstens bei 35%
- im 3. Jahr höchstens bei 30%

der Patienten diabetische Folgeerkrankungen neu auftreten.

## Ihr Ergebnis

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, bei denen mindestens eine der Folgeerkrankungen - Nephropathie, Nierenersatztherapie, Diab. Retinopathie, Blindheit, Diab. Neuropathie, Diab. Fuß, Amputation - neu aufgetreten ist

an allen dokumentierten Patienten.

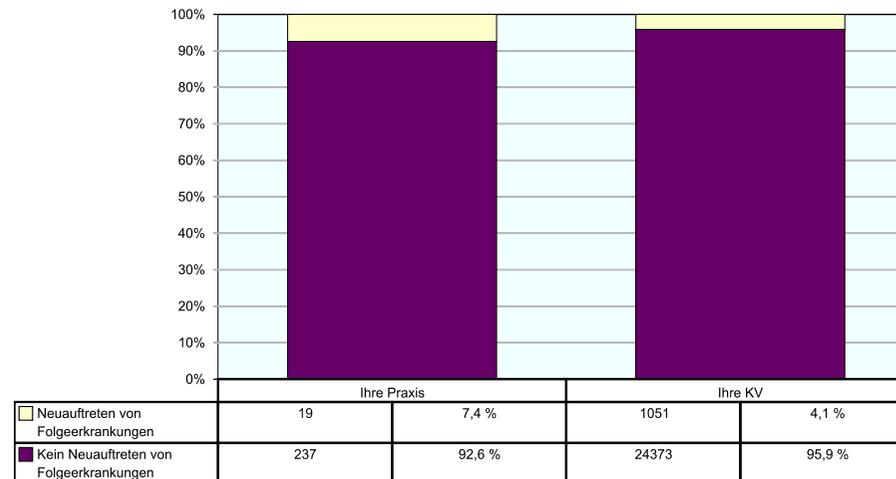
In Ihrer Praxis sind seit dem letzten Bericht bei 7,4% der Patienten (KV: 4,1%) die oben aufgeführten diabetischen Folgeerkrankungen neu aufgetreten.

Das Qualitätsziel von höchstens 35% ist somit in Ihrer Praxis erreicht worden. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen in Ihrer KV einen schlechteren Zielerreichungsgrad auf.

Die DMP-Fallnummern Ihrer Patienten mit neu aufgetretenen Folgeerkrankungen können Sie der Liste A 5 im Anhang entnehmen.

## Abbildung / Tabelle

Folgeerkrankungen Veränderung



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 256 Patienten
- Ihre KV: 25424 Patienten

## Thema: Medikamentöse antihyperglykämische Therapie

Die Anlage 1 der RSAV enthält Vorgaben für den vorrangigen Einsatz von antihyperglykämischen Wirkstoffen. Demnach sollten in Monotherapie vorrangig folgende Wirkstoffe eingesetzt werden:

- Glibenclamid
- Metformin
- Insulin

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass mindestens 50% der Patienten mit den in der RSAV vorrangig empfohlenen Medikamenten in Monotherapie behandelt werden.

### Ihr Ergebnis und Ihr Verlauf

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten mit antihyperglykämischer medikamentöser Therapie nach folgenden Wirkstoffgruppen:

- Glibenclamid in Monotherapie
- Metformin in Monotherapie
- Insulin in Monotherapie
- Sonstige (Glibenclamid, Metformin und Insulin in Kombinationstherapie; Insulinanaloga, Glucosidase-Inhibitoren, Glitazone, andere Sulfonylharnstoffe und -analoga einschließlich Glinide in Mono- und Kombinationstherapie)

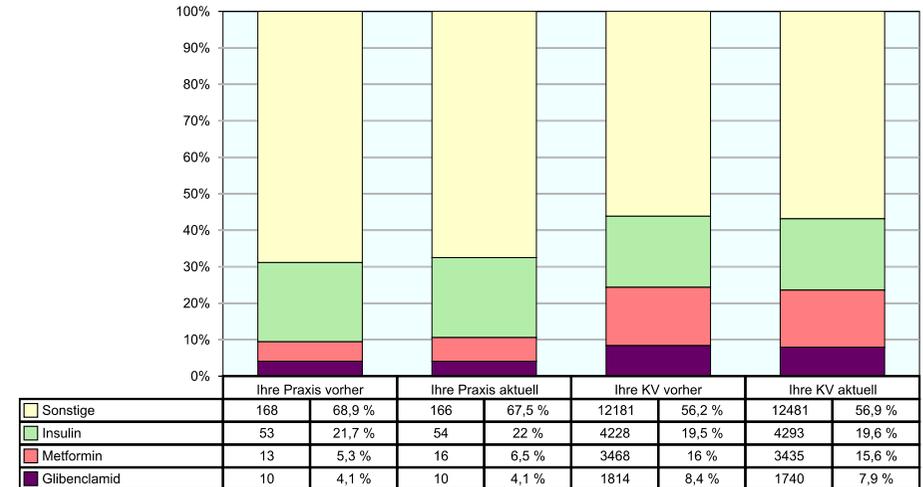
Der Anteil der Patienten, die nicht mit einem der zum vorrangigen Einsatz in Monotherapie empfohlenen Wirkstoffe (Glibenclamid, Metformin, Insulin) in Monotherapie behandelt wurden, ist auf 67,5% (KV: 56,9%) zurückgegangen.

Das Qualitätsziel von mindestens 50% Patienten, die vorrangig mit den in der RSAV empfohlenen Medikamenten in Monotherapie behandelt wurden, ist somit in Ihrer Praxis nicht erreicht worden. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel nicht erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen in der KV einen schlechteren Zielerreichungsgrad auf.

Die DMP-Fallnummern Ihrer Patienten, die mit einem der unter "Sonstige" zusammengefassten Wirkstoffe behandelt wurden, können Sie der Liste A 6 im Anhang entnehmen.

## Abbildung / Tabelle

Antihyperglykämischer Therapie nach Wirkstoffgruppen



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 246 Patienten
- Ihre KV: 21949 Patienten

## Thema: Behandlung mit Biguaniden

Die Wirksamkeit hinsichtlich klinischer Endpunkte ist für das Biguanid Metformin sowie für den Sulfonylharnstoff (SH) Glibenclamid belegt.

Metformin stellt in Monotherapie unter Beachtung der Kontraindikationen das Mittel der ersten Wahl bei adipösen Patienten dar.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr höchstens 50%
- im 2. Jahr höchstens 45%
- im 3. Jahr höchstens 40%

der normalgewichtigen Patienten mit Biguaniden behandelt werden.

## Ihr Ergebnis und Ihr Verlauf

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, die Biguanide erhalten

an allen Patienten, die weder übergewichtig noch adipös sind (BMI < 25).

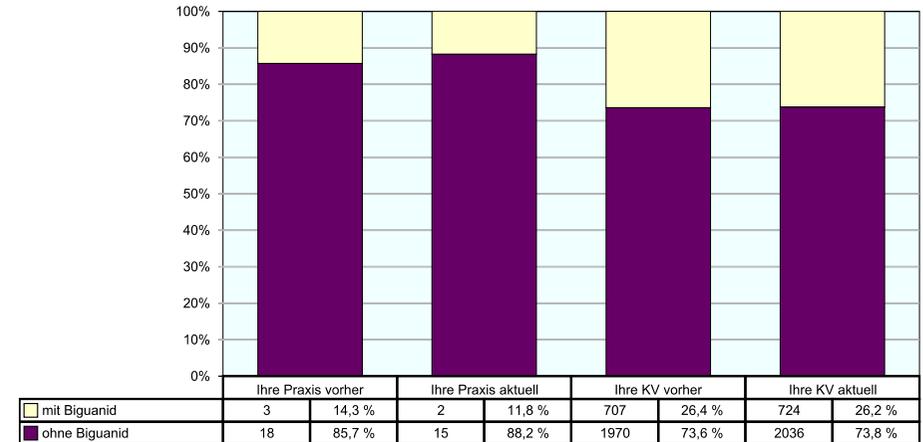
11,8% (KV: 26,2%) Ihrer nicht übergewichtigen Patienten erhielten im Berichtszeitraum Biguanid.

Das Qualitätsziel von höchstens 45% ist somit in Ihrer Praxis erreicht. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen in der KV einen besseren Zielerreichungsgrad auf.

Die DMP-Fallnummern Ihrer nicht übergewichtigen Patienten, die Biguanid erhielten, können Sie in der Liste A 7 im Anhang entnehmen.

## Abbildung / Tabelle

**Biguanid-Therapie bei Patienten mit einem BMI < 25**



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 17 Patienten
- Ihre KV: 2760 Patienten

## Thema: Funduskopie

Alle Diabetiker sollten regelmäßig auf ophthalmologische Folgeerkrankungen insbesondere auf die diabetische Retinopathie hin untersucht werden. Daher sollten sie einmal jährlich eine Funduskopie erhalten.

*"Zur Früherkennung ist für alle in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherten mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhaut-Untersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen." (Anl. 1)*

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr mindestens 70%
- nach dem 2. Jahr mindestens 85%
- nach dem 3. Jahr mindestens 95%

der Patienten jährlich an einen Augenarzt überwiesen werden.

## Ihr Ergebnis

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, bei denen eine Funduskopie durchgeführt, nicht durchgeführt bzw. veranlasst wurde.

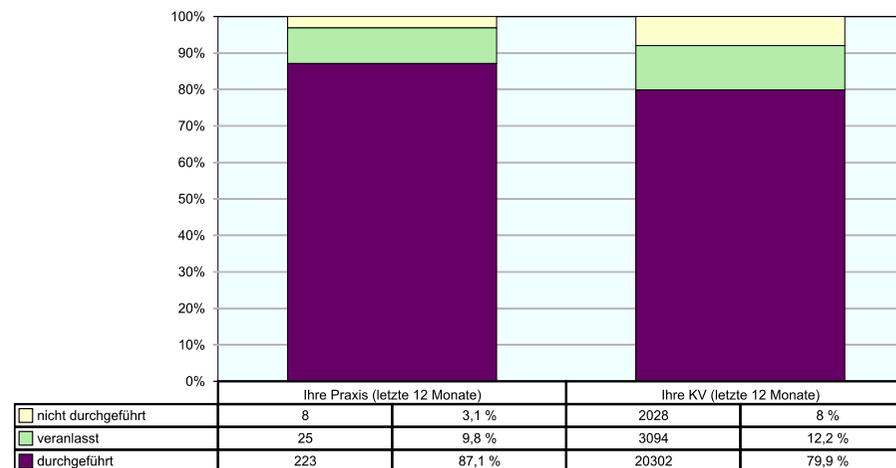
Der Anteil Ihrer Patienten bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Funduskopie durchgeführt wurde, lag bei 87,1% (KV: 79,9%).

Das Qualitätsziel von mindestens 70% Patienten mit durchgeführter Funduskopie ist somit in Ihrer Praxis erreicht. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen in der KV einen besseren Zielerreichungsgrad auf.

Die DMP-Fallnummern Ihrer Patienten, bei denen keine Funduskopie durchgeführt wurde, können sie der Liste A 8 im Anhang entnehmen.

## Abbildung / Tabelle

**Patienten, bei denen eine Funduskopie durchgeführt, nicht durchgeführt bzw. veranlasst wurde**



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 256 Patienten
- Ihre KV: 25424 Patienten

## Thema: Überweisungen an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

Die Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Ein auffälliger Fußbefund wird nach der Wagner-Klassifikation dokumentiert.

*"Bei Hinweisen auf das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes ist die Überweisung an eine auf die Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung erforderlich" (Anl. 1).*

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr mindestens 60%
- nach dem 2. Jahr mindestens 70%
- nach dem 3. Jahr mindestens 80%

der Patienten mit einem auffälligem Fußstatus an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung überwiesen werden.

### Ihr Ergebnis und Ihr Verlauf

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, für die eine Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung (Diab. Fußambulanz oder Diabetologe) veranlasst bzw. nicht veranlasst wurde an allen Patienten mit auffälligem Fußstatus.

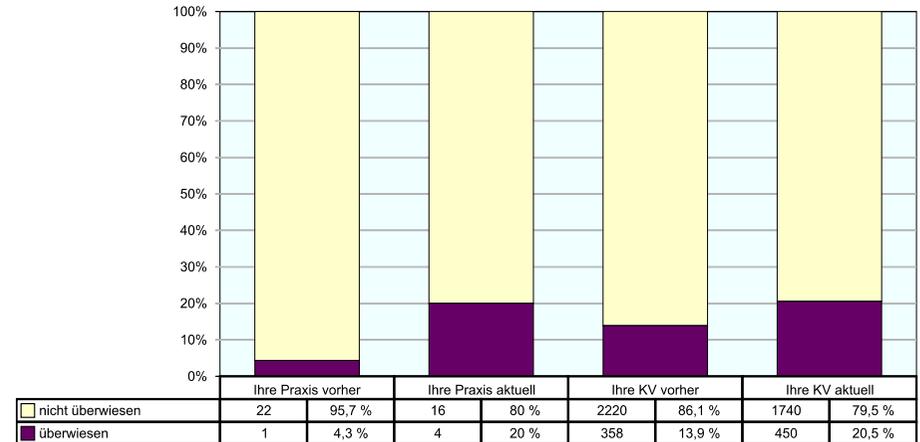
20,0% Ihrer Patienten (KV: 20,5%) mit auffälligem Fußbefund wurden im aktuellen Berichtszeitraum an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen.

Das Qualitätsziel von mindestens 60% ist somit in Ihrer Praxis nicht erreicht. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel nicht erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen in der KV einen vergleichbaren Zielerreichungsgrad auf.

Die DMP-Fallnummern Ihrer Patienten mit auffälligem Fußstatus, die nicht an eine spezialisierte Einrichtung überwiesen wurden, können Sie der Liste A 9 im Anhang entnehmen.

### Abbildung / Tabelle

Patienten mit auffälligem Fußbefund, die in eine Spezialbehandlung überwiesen bzw. nicht überwiesen wurden



Grundgesamtheit:

- Ihre Praxis: 20 Patienten
- Ihre KV: 2190 Patienten

# **Indikationsspezifischer Bericht zum Diabetes mellitus Typ 2 für die Gemeinsame Einrichtung**

***Vorwort***

### **Hinweise zum Gebrauch des Berichtes**

Der vorliegende Bericht umfasst 18 Themen. Auf der linken Seitenhälfte werden die Ergebnisse im Text, auf der rechten Seitenhälfte in Form von Abbildungen und/oder Tabellen dargestellt. Ein einführender Text zu Beginn jeder Seite stellt das Thema kurz vor.

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse werden neben dem erläuternden Text in der Regel **Säulendiagramme** verwendet, mit denen sich Werteklassen (z.B. Blutdruckklassen) besonders gut darstellen lassen. Sie finden neben den aktuellen Ergebnissen Ihrer KV (linke Diagrammhälfte) häufig auch den **Vergleich mit dem vorherigen Berichtszeitraum** (rechte Diagrammhälfte). Die Höhe der Säulen entspricht den relativen Anteilen, die absoluten Zahlen sind zusätzlich tabellarisch aufgeführt.

Kontinuierlich verteilte, nicht in Klassen dargestellte Werte werden als modifizierte box-and-whisker Plots präsentiert. In diesen **"Boxplots"** sind die Werte dargestellt, die von definierten Anteilen einer Population erreicht werden (Perzentilen). Es sind jeweils die 10. (unteres Ende der Linie), 25. (unterer Rand des Kastens), 75. (oberer Rand des Kastens) und 90. Perzentile (oberes Ende der Linie) dargestellt. In der dazugehörigen Tabelle werden diese Werte und zusätzlich die 50. Perzentile (Median) angegeben.

Boxplots sind sehr gut geeignet, um die **Streuung innerhalb einer Population** (z.B. den Abstand zwischen der 25. und der 75. Perzentile) zu veranschaulichen. Sogenannte Outlier (Werte unterhalb der 10. und oberhalb der 90. Perzentile) werden auf Grund fehlender Relevanz nicht dargestellt.

Bei einigen Themen wird zusätzlich über **Benchmarks** berichtet, die je nach Thema einen Mindest- oder Höchstwert darstellen.

**Inhaltliche Grundlage der Auswertungen** ist die Anlage 1 (Anl.1) der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), auf deren Basis die strukturierten Behandlungsprogramme entwickelt wurden. Im einführenden Text zu Beginn jeder Seite werden bei Bedarf besonders wichtige Passagen aus diesem Dokument zitiert.

Der Bericht wertet nur die Dokumentationsbögen aus, die von der Datenannahmestelle als vollständig und plausibel bewertet und an die

Berichtsstelle weitergegeben wurden. Außerdem werden, da Längsschnittbetrachtungen über einen Halbjahreszeitraum angestellt werden, Patienten erst dann berücksichtigt, wenn mindestens zwei Dokumentationen vorliegen. Daraus ergibt sich, dass die in der KV aktuell **dokumentierte Anzahl von Patienten in der Regel größer sein wird, als die Anzahl der Patienten über die hier berichtet wird.**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>		
<b>A</b>	<b>DMP-Kernbericht</b>	
1.	Stoffwechsellentgleisungen	
1.1.	Vermeidung von schweren Hypoglykämien	5
1.2.	Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	6
2.	Blutdruckeinstellung	7
3.	Persistenz Diabetes-typischer Symptome	8
4.	Folgeerkrankungen	9
5.	Medikamentöse antihyperglykämische Therapie	10
6.	Behandlung mit Biguaniden	11
7.	Funduskopie	12
8.	Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus	13
<b>B</b>	<b>Erweiterter Qualitätsbericht</b>	
1.	Patientencharakteristik	
1.1.	Dokumentation / Datenlieferung	15
1.2.	Altersverteilung	16
1.3.	Erkrankungsgrad / Risikoprofil (Status)	
1.3.1.	HbA1c bei verschiedenen BMI-Klassen	17
2.	Leistungsgeschehen	
2.1.	Diagnostische Maßnahmen	
2.1.1.	Fußinspektion	18
2.2.	Schulungen	
2.2.1.	Diabetes-Schulung	19
2.2.2.	Hypertonie-Schulung	20
2.3.	Medikamentöse Therapie	
2.3.1.	Antihypertensive Therapie	21
3.	Behandlungsgeschehen	
3.1.	Veränderungen im Erkrankungsgrad / Risikoprofil	
3.1.1.	HbA1c (Längsschnitt)	22
4.	Aspekte der Prozessqualität	
4.1.	Erreichung des vereinbarten HbA1c-Zielwertes	23

# A DMP-Kernbericht

## Thema: Vermeidung von schweren Hypoglykämien

Patienten mit ungenügender Stoffwechseleinstellung verursachen hohe Kosten durch Behandlungen wegen Stoffwechsellentgleisungen. Die Anzahl und Dauer dieser Behandlungen kann durch eine gute Stoffwechsellkontrolle reduziert werden.

Anzahl und Dauer der Behandlungen sind ein wichtiger Parameter der Ergebnis- und Prozessqualität. Regionale Besonderheiten und Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur können die Ergebnisse beeinflussen.

Die Vermeidung von schweren Hypoglykämien ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr weniger als 30%
- nach dem 2. Jahr weniger als 25%
- nach dem 3. Jahr weniger als 20%

der Patienten aufgrund von schweren Hypoglykämien mehr als zweimal innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

## Parameter und Ausprägungen

**Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten, die im aktuellen Berichtszeitraum wegen schweren Hypoglykämien nie, einmal, zweimal oder mehr als zweimal behandelt werden mussten, an allen dokumentierten Patienten.

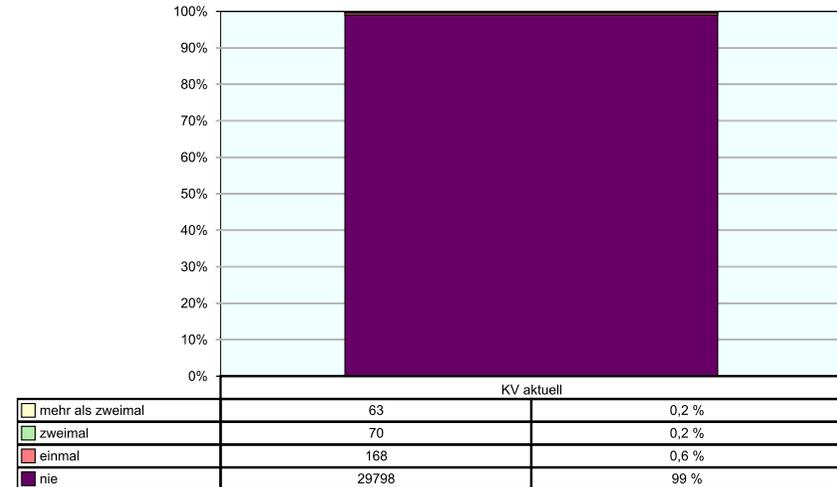
Der Anteil der Patienten, die wegen schweren Hypoglykämien

- nie behandelt werden mussten, betrug 99,0%,
- einmal behandelt werden mussten, betrug 0,6%,
- zweimal behandelt werden mussten, betrug 0,2%,
- mehr als zweimal behandelt werden mussten, betrug 0,2%.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 30% erreicht.

## Abbildung / Tabelle

Behandlung aufgrund schwerer Stoffwechsellentgleisungen



Grundgesamtheit: 30099 Patienten

## Thema: Vermeidung stationärer Aufenthalte wegen schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen

Patienten mit ungenügender Stoffwechseleinstellung verursachen hohe Kosten durch Behandlungen wegen Stoffwechselentgleisungen. Die Anzahl und Dauer dieser Behandlungen kann durch eine gute Stoffwechselskontrolle reduziert werden.

Anzahl und Dauer der Behandlungen sind ein wichtiger Parameter der Ergebnis- und Prozessqualität. Regionale Besonderheiten und Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur können die Ergebnisse beeinflussen.

Die Vermeidung von hyperglykämischen Stoffwechselentgleisungen ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr weniger als 30%
- nach dem 2. Jahr weniger als 25%
- nach dem 3. Jahr weniger als 20%

der Patienten aufgrund von schweren hyperglykämischen Entgleisungen mehr als zweimal stationär innerhalb von 6 Monaten behandelt werden müssen.

### Parameter und Ausprägungen

**Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten, die im aktuellen Berichtszeitraum stationär wegen schweren hyperglykämischen Entgleisungen nie, einmal, zweimal oder mehr als zweimal behandelt werden mussten, an allen dokumentierten Patienten.

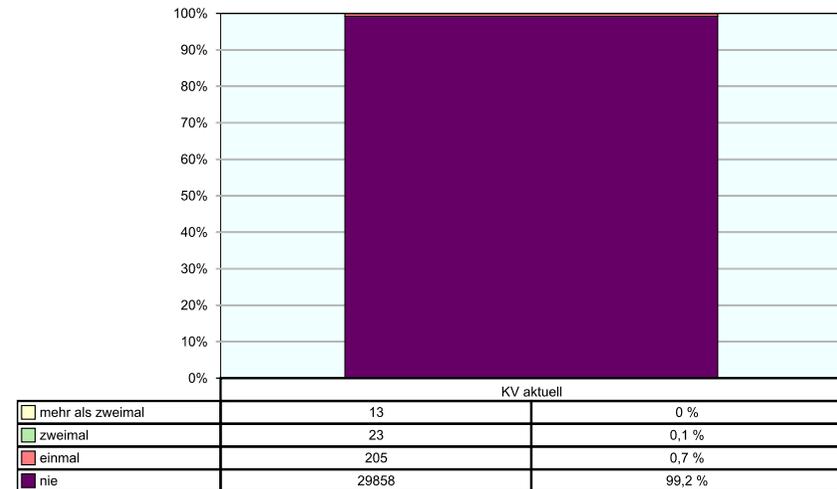
Der Anteil der Patienten, die stationär wegen schweren hyperglykämischen Entgleisungen

- nie behandelt werden mussten, betrug 99,2%,
- einmal behandelt werden mussten, betrug 0,7%,
- zweimal behandelt werden mussten, betrug 0,1%,
- mehr als zweimal behandelt werden mussten, betrug 0,0%.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 30% erreicht.

### Abbildung / Tabelle

Behandlung aufgrund schwerer Stoffwechselentgleisungen



Grundgesamtheit: 30099 Patienten

## Thema: Blutdruckeinstellung

Blutdruck ist neben HbA1c ein weiterer wesentlicher Parameter bei der individuellen Therapiezielplanung. Die Blutdruckeinstellung trägt entscheidend zur Senkung des Mortalitätsrisikos bei und vermindert die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgekomplikationen.

*"Unabhängig von der blutzuckersenkenden Therapie reduziert die blutdrucksenkende Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 die Morbidität und Mortalität." (Anl. 1)*

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mindestens 10%
- im 2. Jahr mindestens 15%
- im 3. Jahr mindestens 20%

der Patienten mit zunächst hypertensiven Blutdruckwerten in der folgenden Dokumentation auf normotensive Werte gebracht werden.

## Parameter und Ausprägungen

**Abbildung oben:** Anteile und Anzahl der Patienten in den folgenden Blutdruck-Klassen:

- < 130 / < 80
- 130 - 139 / 80 - 89
- 140 - 159 / 90 - 99
- 160 - 179 / 100 - 109
- $\geq 180 / \geq 110$

an allen dokumentierten Patienten.

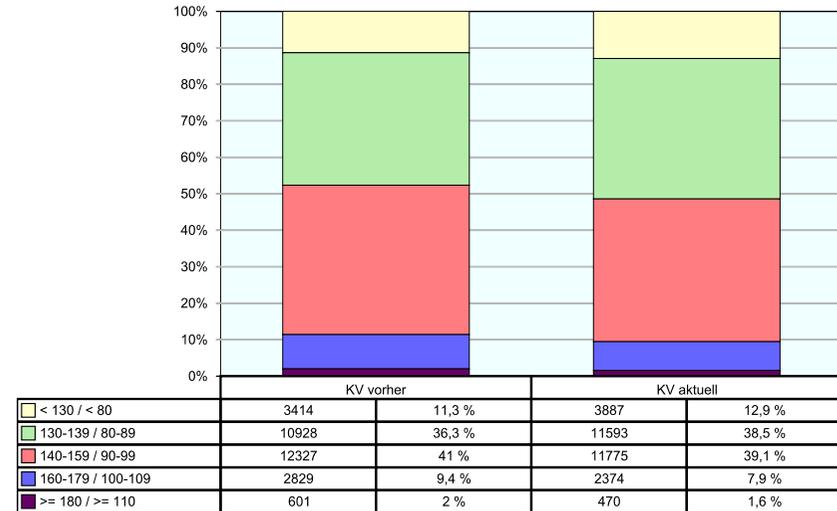
**Abbildung unten:** Anteile und Anzahl der Patienten, die in der vorangegangenen Dokumentation hypertensive Werte aufwiesen und weiterhin hypertensiv sind oder auf normotensive Werte gebracht werden konnten (< 140/90 mmHg).

34,4% der Patienten, die in der vorangegangenen Dokumentation hypertensive Werte aufwiesen, konnten auf normotensive Werte gebracht werden.

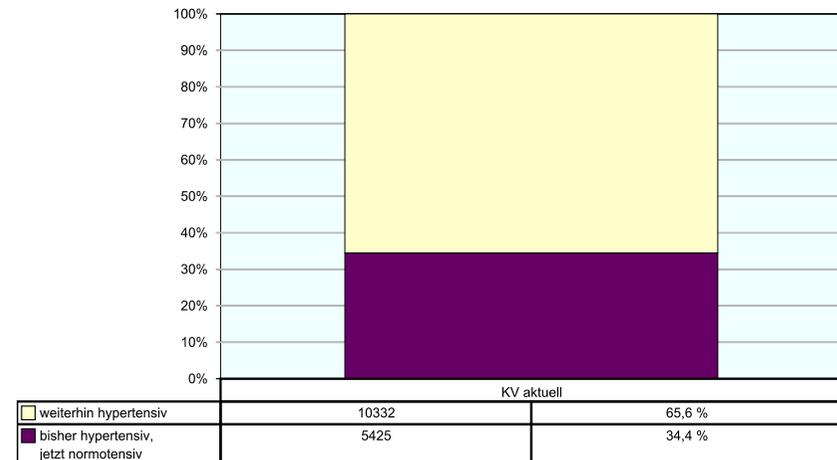
Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mindestens 15% erreicht.

## Abbildungen / Tabelle

Patienten nach Blutdruckklassen



Veränderung der Blutdruckeinstellung



Grundgesamtheit:

- obere Abbildung: 30099 Patienten
- untere Abbildung: 15757 Patienten

## Thema: Persistenz Diabetes-typischer Symptome

Die Vermeidung oder Behebung Diabetes-typischer Symptome (Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit usw.) ist ein wesentliches Therapieziel bei der Behandlung von Diabetikern.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr mindestens 30%
- im 2. Jahr mindestens 35%
- im 3. Jahr mindestens 40%

der Patienten die zunächst Diabetes-typische Symptome aufweisen durch die Therapie bis zur folgenden Dokumentation symptomfrei werden.

## Parameter und Ausprägungen

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten, bei denen in der vorangegangenen Dokumentation Diabetes-typische Symptome, in der aktuellen jedoch keine Diabetes-typischen Symptome angegeben wurden (abgeklungene Symptome)

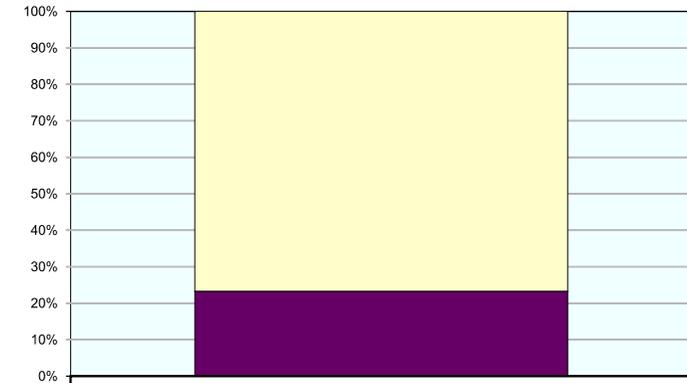
an allen Patienten, die in der vorangegangenen Dokumentation Diabetes-typische Symptome aufwiesen.

23,2% der Patienten konnten von ihren Diabetes-typischen Symptomen befreit werden.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mindestens 35% nicht erreicht.

## Abbildung / Tabelle

Persistenz Diabetes-typischer Symptome



	KV aktuell	
Pat. mit anhaltenden Symptomen	5602	76,8 %
Pat. mit abgeklungenen Symptomen	1694	23,2 %

Grundgesamtheit: 7296 Patienten

## Thema: Folgeerkrankungen

Die Vermeidung von Folgeerkrankungen stellt ein wesentliches Therapieziel der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 dar. Zugleich erhöhen bereits manifeste Folgeerkrankungen das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Die Verhütung des Auftretens von neuen Folgeschäden ist ein Parameter der Prozess- und Ergebnisqualität, wird aber auch durch die Krankheitsprogredienz und Morbiditätsstruktur beeinflusst.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr höchstens bei 40%
- im 2. Jahr höchstens bei 35%
- im 3. Jahr höchstens bei 30%

der Patienten diabetische Folgeerkrankungen neu auftreten.

## Parameter und Ausprägungen

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten, bei denen mindestens eine der Folgeerkrankungen - Nephropathie, Nierenersatztherapie, Diab. Retinopathie, Blindheit, Diab. Neuropathie, Diab. Fuß, Amputation - neu aufgetreten ist

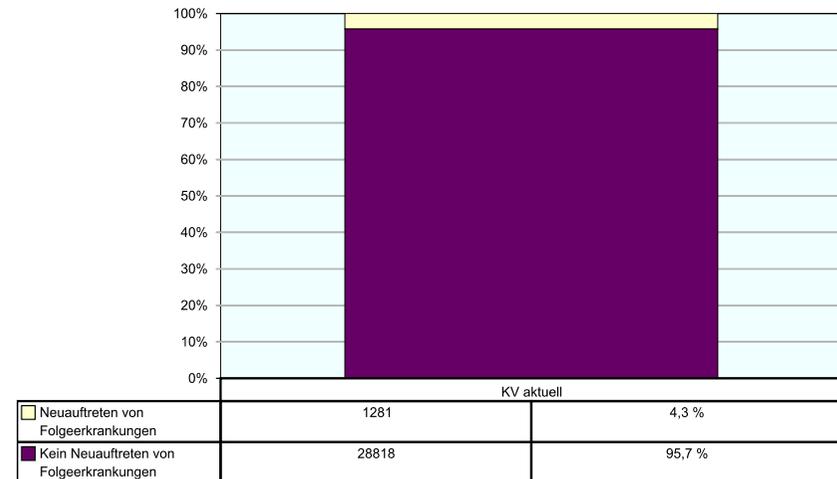
an allen dokumentierten Patienten.

In der KV sind seit dem letzten Bericht bei 4,3% der Patienten die oben aufgeführten diabetischen Folgeerkrankungen neu aufgetreten.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 35% erreicht.

## Abbildung / Tabelle

Anteil und Anzahl der Patienten nach der Anzahl neu aufgetretener Diabetes-assoziiierter Begleiterkrankungen



Grundgesamtheit: 30099 Patienten

## Thema: Medikamentöse antihyperglykämische Therapie

Die Anlage 1 der RSAV enthält Vorgaben für den vorrangigen Einsatz von antihyperglykämischen Wirkstoffen. Demnach sollten in Monotherapie vorrangig folgende Wirkstoffe eingesetzt werden:

- Glibenclamid
- Metformin
- Insulin

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass mindestens 50% der Patienten mit den in der RSAV vorrangig empfohlenen Medikamenten in Monotherapie behandelt werden.

### Parameter und Ausprägungen

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten mit antihyperglykämischer medikamentöser Therapie nach folgenden Wirkstoffgruppen:

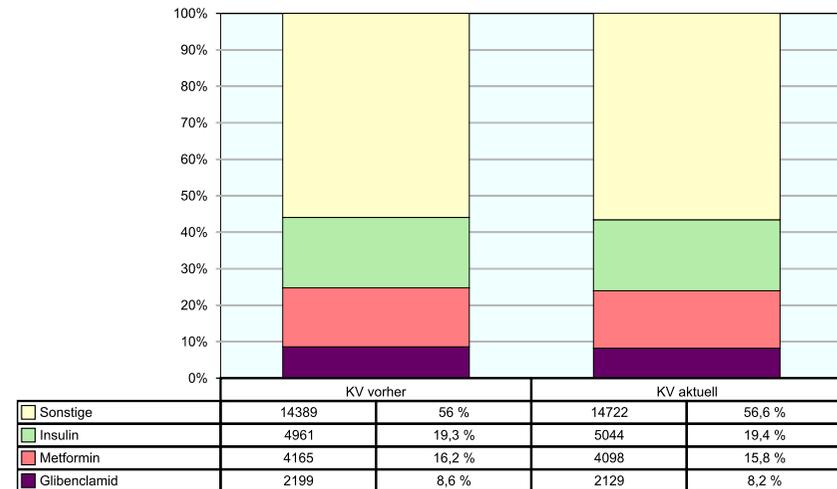
- Glibenclamid in Monotherapie
- Metformin in Monotherapie
- Insulin in Monotherapie
- Sonstige (Glibenclamid, Metformin und Insulin in Kombinationstherapie; Insulinanaloge, Glucosidase-Inhibitoren, andere Sulfonylharnstoffe und -analoge einschließlich Glinide in Mono- und Kombinationstherapie)

Der Anteil der Patienten, die nicht mit einem der zum vorrangigen Einsatz in Monotherapie empfohlenen Wirkstoffe (Glibenclamid, Metformin, Insulin) in Monotherapie behandelt wurden, ist auf 56,6% angestiegen.

Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von mindestens 50% Patienten, die vorrangig mit den in der RSAV empfohlenen Medikamenten in Monotherapie behandelt wurden, nicht erreicht.

## Abbildung / Tabelle

Antihyperglykämischer Therapie nach Wirkstoffgruppen



Grundgesamtheit: 25993 Patienten

## Thema: Behandlung mit Biguaniden

Die Wirksamkeit hinsichtlich klinischer Endpunkte ist für das Biguanid Metformin sowie für den Sulfonylharnstoff (SH) Glibenclamid belegt.

Metformin stellt in Monotherapie unter Beachtung der Kontraindikationen das Mittel der ersten Wahl bei adipösen Patienten dar.

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- im 1. Jahr höchstens 50%
- im 2. Jahr höchstens 45%
- im 3. Jahr höchstens 40%

der normalgewichtigen Patienten mit Biguaniden behandelt werden.

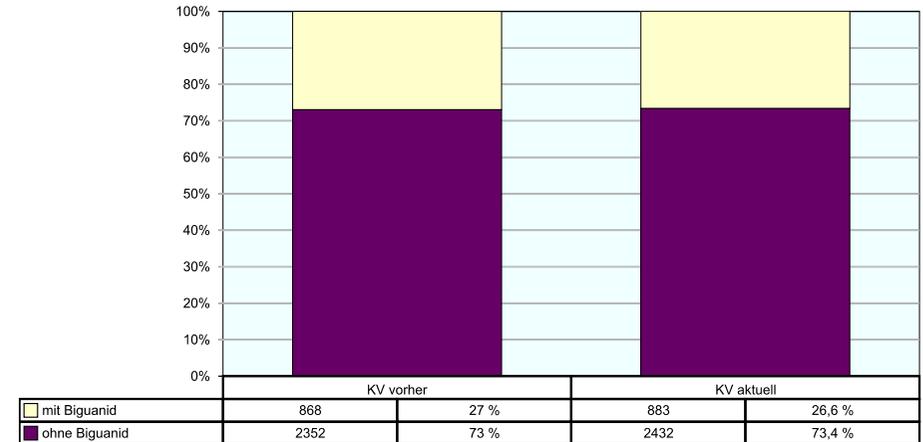
## Parameter und Ausprägungen

**Abbildung oben:** Anteile und Anzahl der Patienten, die Biguanide erhalten an allen Patienten, die weder übergewichtig noch adipös sind (BMI < 25). 26,6% der nicht übergewichtigen Patienten erhielten im Berichtszeitraum Biguanid. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde das Qualitätsziel von höchstens 45% erreicht.

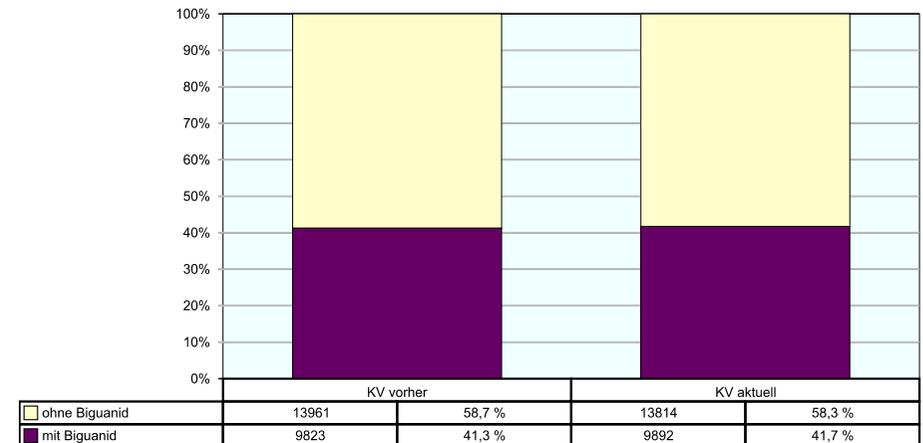
**Abbildung unten:** Anteile und Anzahl der Patienten, die Biguanide erhalten an allen Patienten, die übergewichtig oder adipös sind (BMI >= 25). 41,7% der übergewichtigen Patienten erhielten im Berichtszeitraum Biguanid.

## Abbildungen / Tabelle

**Biguanid-Therapie bei Patienten mit einem BMI < 25**



**Biguanid-Therapie bei Patienten mit einem BMI >= 25**



Grundgesamtheit:

- obere Abbildung: 3315 Patienten
- untere Abbildung: 23706 Patienten

## Thema: Funduskopie

Alle Diabetiker sollten regelmäßig auf ophthalmologische Folgeerkrankungen hin untersucht werden. Daher sollte jeder Diabetiker einmal jährlich eine Funduskopie erhalten.

*"Zur Früherkennung ist für alle in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherten mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhaut-Untersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen." (Anl. 1)*

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr mindestens 70%
- nach dem 2. Jahr mindestens 85%
- nach dem 3. Jahr mindestens 95%

der Patienten jährlich an einen Augenarzt überwiesen werden.

## Parameter und Ausprägungen

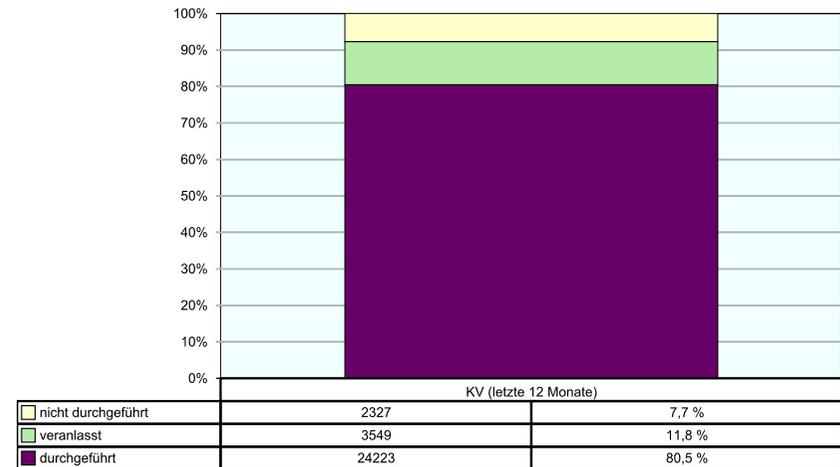
**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten, bei denen eine Funduskopie durchgeführt, nicht durchgeführt bzw. veranlasst wurde.

Der Anteil der Patienten bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Funduskopie durchgeführt wurde, lag bei 80,5%.

Das Qualitätsziel von mindestens 70% Patienten mit durchgeführter Funduskopie wurde erreicht.

## Abbildung / Tabelle

Patienten, bei denen eine Funduskopie durchgeführt, nicht durchgeführt bzw. veranlasst wurde



Grundgesamtheit: 30099 Patienten

## Thema: Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung bei auffälligem Fußstatus

Die Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden. Ein auffälliger Fußbefund wird nach der Wagner-Klassifikation dokumentiert.

*"Bei Hinweisen auf das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes ist die Überweisung an eine auf die Behandlung eines diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung erforderlich." (Anl.1)*

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- nach dem 1. Jahr mindestens 60%
- nach dem 2. Jahr mindestens 70%
- nach dem 3. Jahr mindestens 80%

der Patienten mit einem auffälligem Fußstatus an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung überwiesen werden.

### Parameter und Ausprägungen

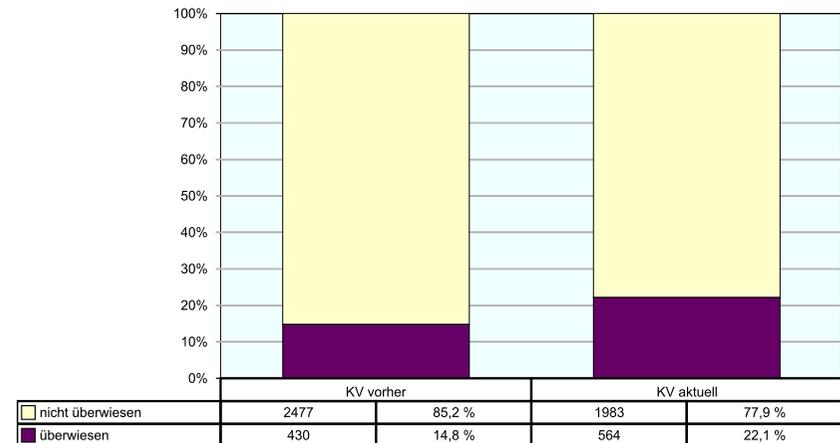
**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten, für die eine Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung (Diab. Fußambulanz oder Diabetologe) veranlasst bzw. nicht veranlasst wurde an allen Patienten mit auffälligem Fußstatus.

22,1% der Patienten mit auffälligem Fußbefund wurden im aktuellen Berichtszeitraum an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung überwiesen.

Das Qualitätsziel von mindestens 60% wurde nicht erreicht.

### Abbildung / Tabelle

Patienten mit auffälligem Fußbefund, die in eine Spezialbehandlung überwiesen bzw. nicht überwiesen wurden



Grundgesamtheit: 2547 Patienten

# **B Erweiterter Qualitätsbericht**

## Thema: Dokumentation / Datenlieferung

Anzahl der Dokumentationsbögen und die Vollständigkeit der Dokumentation sind wesentliche Parameter des Programmcontrollings.

Ein wesentlicher Bestandteil dieses Halbjahresberichts ist die Darstellung von Ergebnissen im zeitlichen Verlauf. Der Vergleichszeitraum beträgt sechs Monate. Daher können in den vergleichenden Auswertungen grundsätzlich nur Patienten berücksichtigt werden, die zum aktuellen und zum zurückliegenden Dokumentationszeitpunkt vollständig dokumentiert worden sind.

### Parameter und Ausprägungen

Zum Stichtag des Halbjahres-Berichtes liegen aus der KV für 10166 Patienten neu eingegangene Erstdokumentationen vor (dies entspricht der Anzahl neu in das strukturierte Behandlungsprogramm "Diabetes mellitus Typ 2" eingeschriebener Patienten).

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse und Verläufe von 30099 Patienten und 660 Leistungserbringern dargestellt.

## Tabelle

### Anzahl der in diesem Bericht berücksichtigten Patienten

<b>Anzahl Patienten für die in der Berichtsstelle Dokumentationsbögen eingingen</b>	51218
• Anzahl Patienten, für die nur eine Erstdokumentation vorlag	11519
• Anzahl Patienten, für die nur eine Folgedokumentation vorlag	9600
<b>Anzahl Patienten, die in diesem Bericht berücksichtigt wurden</b>	30099
• Davon: Anzahl Patienten mit Erst- und Folgedokumentation	12423
• Davon: Anzahl Patienten mit zwei Folgedokumentationen	17676

## Thema: Altersverteilung

Zur Charakterisierung des Kollektivs gehört die Altersverteilung. Anhand der Charakteristika können Programme zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden.

## Parameter und Ausprägungen

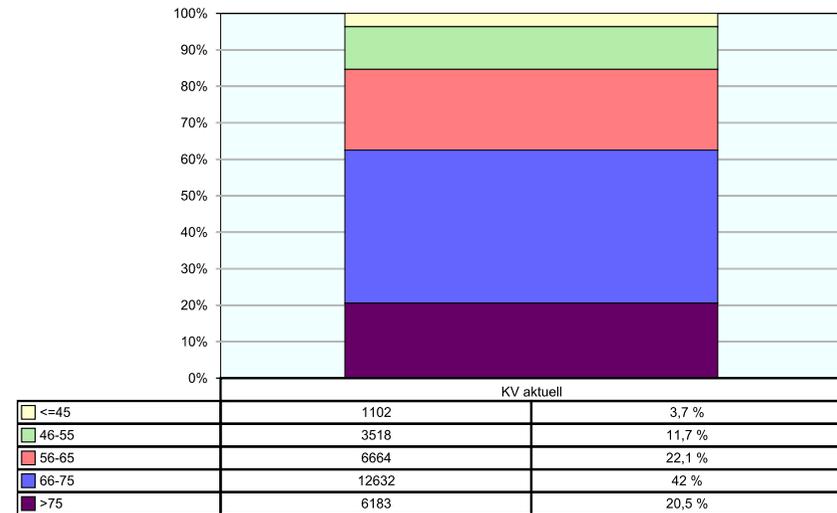
### Abbildung und Tabelle:

Altersverteilung der Patienten in Ihrer KV nach folgenden Altersklassen:

- <= 45 Jahre
- 46 - 55 Jahre
- 56 - 65 Jahre
- 66 - 75 Jahre
- > 75 Jahre

## Abbildung / Tabelle

Altersverteilung der Patienten in Ihrer KV (grafisch)



Altersverteilung der Patienten in Ihrer KV (tabellarisch)

	Anzahl	in %
< 45 Jahre	1102	3,7%
46-55 Jahre	3518	11,7%
56-65 Jahre	6664	22,1%
66-75 Jahre	12632	42,0%
> 75 Jahre	6183	20,5%
Gesamt	30099	100,0%

## Thema: HbA1c bei verschiedenen BMI-Klassen

Der Zusammenhang zwischen Adipositas und erhöhtem HbA1c ist gut belegt. Es soll daher zur Darstellung des Morbiditätsspektrums und zur Abbildung des Leistungsgeschehens dargestellt werden, wie sich das HbA1c zum BMI verhält. Dies kann zu Readjustierungen der Ausgestaltung des Versorgungssystems führen (z.B. Schwergewicht auf Ernährungsumstellung / Diät / Bewegungstherapie).

### Parameter und Ausprägungen

#### Abbildung:

Nebenstehend wurden die HbA1c-Werte für die BMI-Klassen:

- alle BMI-Klassen
- BMI < 25
- BMI 25-30
- BMI > 30

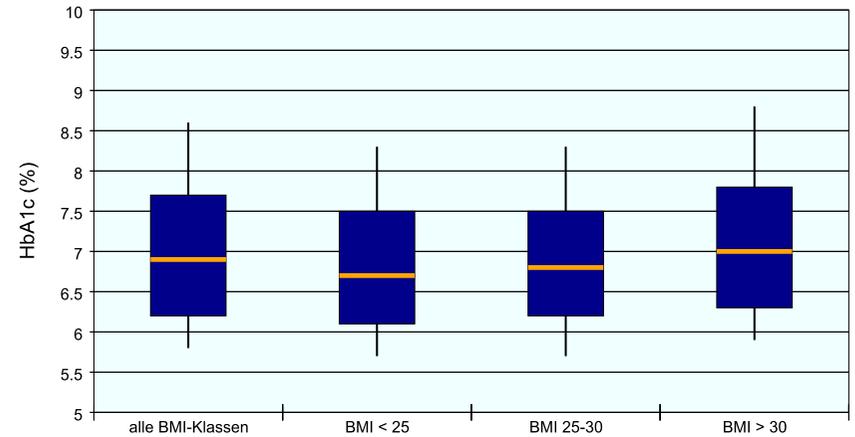
dargestellt.

#### Tabelle:

Die dazugehörigen Perzentilwerte sind dargestellt.

## Abbildung / Tabellen

HbA1c bei verschiedenen BMI-Klassen: Boxplots



HbA1c bei verschiedenen BMI-Klassen

	alle BMI-Klassen	BMI < 25	BMI 25-30	BMI > 30
90te Perzentile	8,60	8,30	8,30	8,80
75te Perzentile	7,70	7,50	7,50	7,80
50te Perzentile (Median)	6,90	6,70	6,80	7,00
25te Perzentile	6,20	6,10	6,20	6,30
10te Perzentile	5,80	5,70	5,70	5,90

#### Grundgesamtheit:

- alle BMI-Klassen 30099 Patienten
- BMI < 25 3383 Patienten
- BMI 25-30 9544 Patienten
- BMI > 30 14616 Patienten

## Thema: Fußinspektion

Die Fußinspektion stellt eine wesentliche Verlaufskontrolle bei Diabetikern dar und sollte mindestens einmal jährlich durchgeführt werden.

### Parameter und Ausprägungen

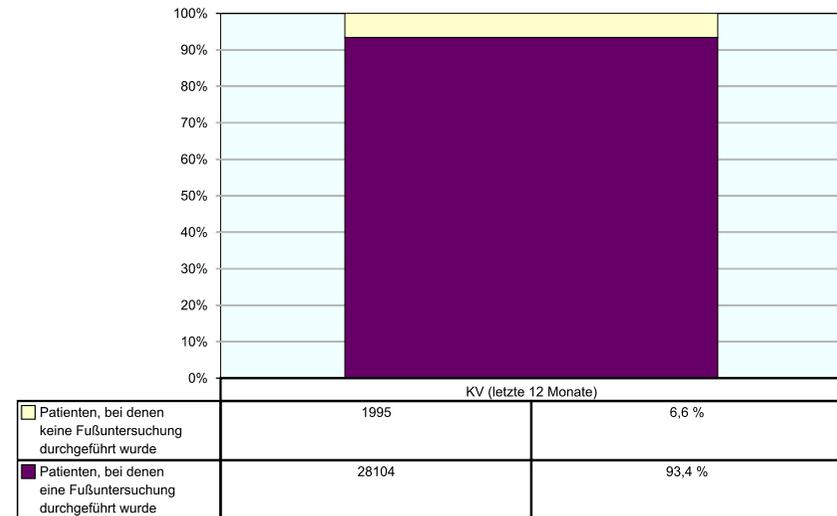
#### Abbildung:

Anteil und Anzahl der Patienten, bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Fußuntersuchung durchgeführt wurde.

Der Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der letzten 12 Monate eine Fußuntersuchung durchgeführt wurde, liegt bei 93,4%.

## Abbildung / Tabelle

**Fußinspektion**



Grundgesamtheit: 30099 Patienten

## Thema: Diabetes-Schulung

Strukturierte, zielgruppenspezifische und evaluierte Schulungen stellen einen unverzichtbaren Bestandteil in der Behandlung des Diabetes mellitus dar.  
*"Jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten" (Anl. 1)*

### Ihr Ergebnis und Ihr Verlauf

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten, bei denen die Wahrnehmung einer empfohlenen Diabetes-Schulung folgendermaßen dokumentiert wurde:

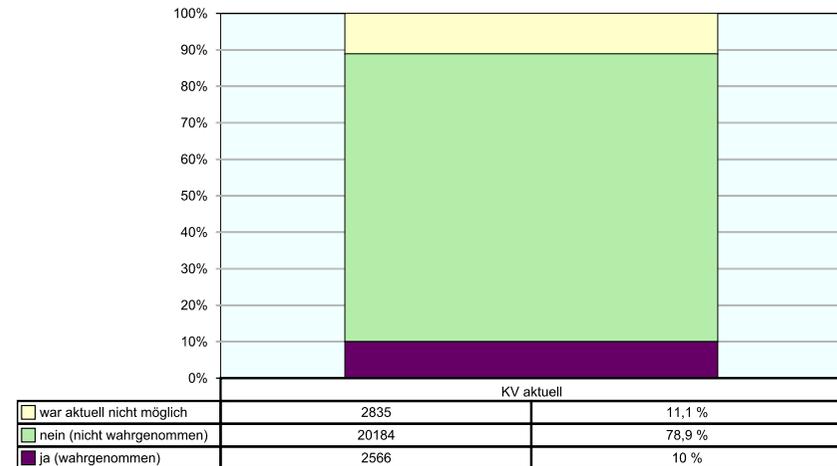
- ja
- nein
- war aktuell nicht möglich

an allen Patienten, denen im vorherigen Berichtszeitraum eine Diabetes-Schulung empfohlen wurde.

Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen haben, liegt im aktuellen Berichtszeitraum bei 10,0%.

## Abbildung / Tabelle

**Einhaltung einer empfohlenen Diabetes-Schulung**



Grundgesamtheit: 25585 Patienten

## Thema: Hypertonie-Schulung

Strukturierte, zielgruppenspezifische und evaluierte Schulungen stellen einen unverzichtbaren Bestandteil in der Behandlung des Diabetes mellitus dar.  
*"Jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten" (Anl. 1)*

### Ihr Ergebnis und Ihr Verlauf

**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl der Patienten, bei denen die Einhaltung einer empfohlenen Hypertonie-Schulung folgendermaßen dokumentiert wurde:

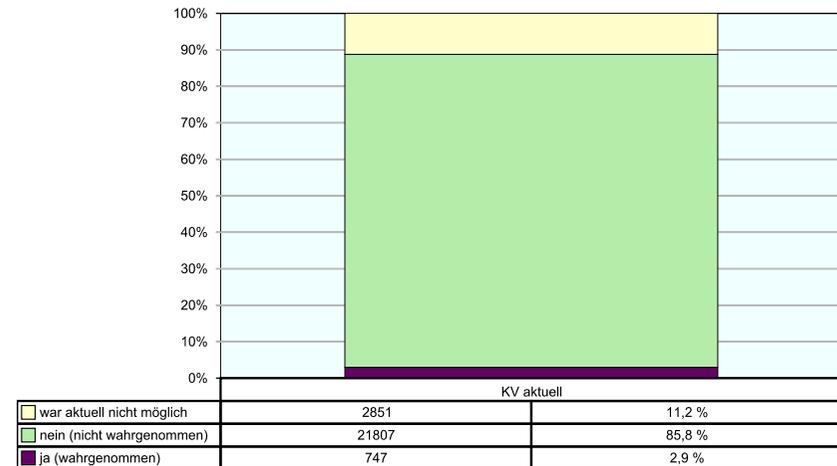
- ja
- nein
- war aktuell nicht möglich

an allen Patienten, denen im vorherigen Berichtszeitraum eine Hypertonie-Schulung empfohlen wurde.

Der Anteil der Patienten, die eine empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen haben, liegt im aktuellen Berichtszeitraum bei 2,9%.

## Abbildung / Tabelle

**Einhaltung einer empfohlenen Hypertonie-Schulung**



Grundgesamtheit: 25405 Patienten

## Thema: Antihypertensive Therapie

Die Blutdruckeinstellung trägt entscheidend zum Mortalitätsrisiko sowie zur Wahrscheinlichkeit der Entwicklung mikro- und makrovaskulärer Folgekomplikationen bei.

### Parameter und Ausprägungen

#### Abbildung:

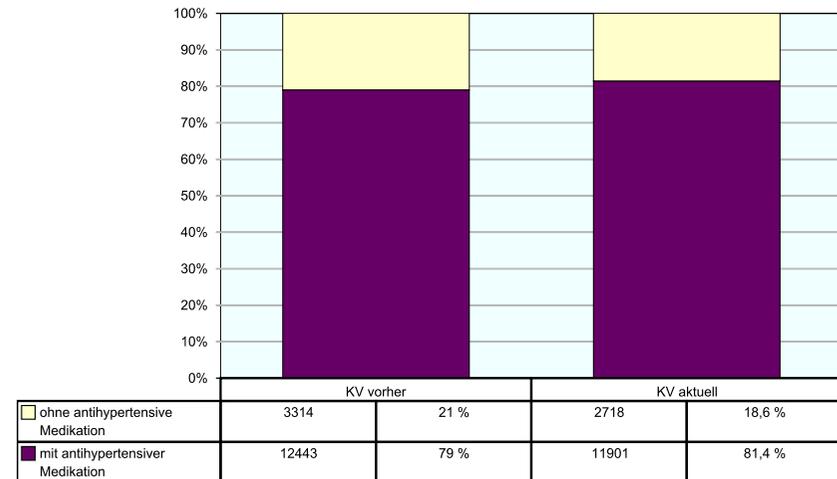
Anteil und Anzahl der Patienten mit oder ohne antihypertensive medikamentöse Therapie

an allen Patienten, bei denen Blutdruckwerte  $\geq 140/90$  mmHg (hypertensiv) angegeben wurden.

Der Anteil hypertensiver Patienten, die eine antihypertensive Medikation erhielten, betrug im aktuellen Berichtszeitraum 81,4% (im vorherigen Berichtszeitraum: 79,0%).

## Abbildung / Tabelle

Antihypertensive Behandlung



Grundgesamtheit: 14619 Patienten

## Thema: HbA1c (Längsschnitt)

Die längsschnittliche Betrachtungsweise erlaubt es, Rückschlüsse auf die Morbiditätsentwicklung und den Programmerfolg zu ziehen.

### Parameter und Ausprägungen

#### Abbildung:

Anteil und Anzahl der Patienten nach folgenden HbA1c-Wertklassen:

- <6,5%
- 6,5 - <7,5%
- 7,5 - <=8,5%
- >8,5%

an allen dokumentierten Patienten im aktuellen und im vorherigen Berichtszeitraum.

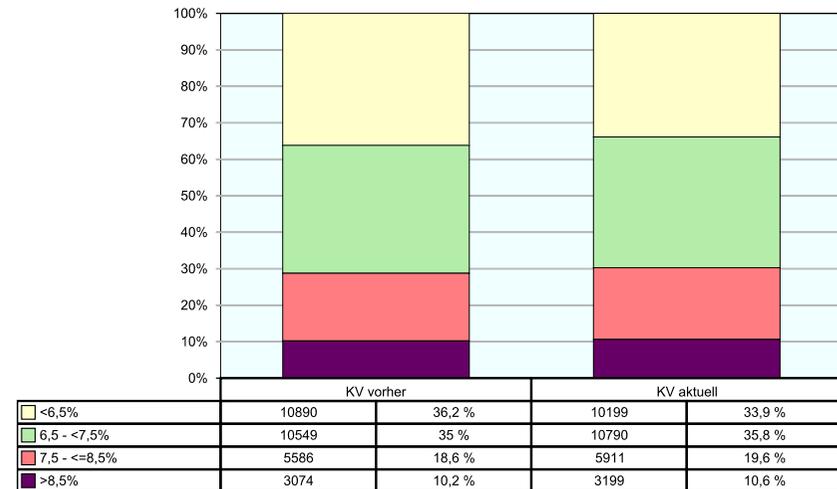
Der Anteil der Patienten in der Wertklasse

- über 8,5% betrug 10,6% (10,2%),
- zwischen 7,6% und 8,5% betrug 19,6% (18,6%),
- zwischen 6,5% und 7,5% betrug 35,8% (35,0%)
- unter 6,5% betrug 33,9% (36,2%).

(In Klammern sind jeweils die Werte des vorherigen Berichtszeitraums dargestellt.)

## Abbildung / Tabelle

HbA1c (Längsschnitt)



Grundgesamtheit: 30099 Patienten

## Thema: Erreichung des vereinbarten HbA1c-Zielwertes

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele zu vereinbaren. Das HbA1c ist ein zentraler Parameter für die langfristige Stoffwechselkontrolle und stellt neben dem Blutdruck einen wesentlichen Zielwert im Rahmen der individuellen Therapieplanung dar.

### Parameter und Ausprägungen

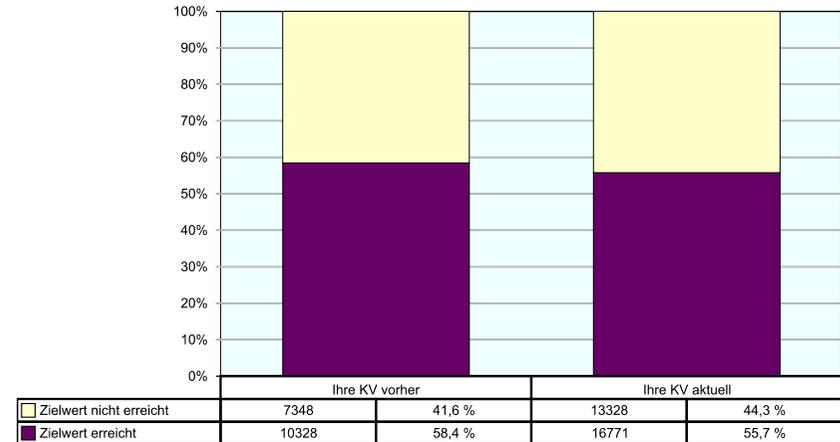
**Nebenstehende Abbildung:** Anteile und Anzahl Ihrer Patienten nach Erreichung ihres vereinbarten HbA1c-Zielwertes.

**Hinweis:** Aufgrund der geänderten Dokumentation wird die Annahme getroffen, dass bei Ankreuzen des Dokumentationsparameters *'Zielvereinbarung HbA1c - aktuellen Wert: halten'* der vereinbarte HbA1-Zielwert erreicht wurde.

Der Anteil Ihrer Patienten, die ihren vereinbarten HbA1c-Zielwert nicht erreichten, ist auf 44,3% angestiegen.

## Abbildung / Tabelle

Patienten nach Erreichung des HbA1c-Zielwertes



Grundgesamtheit: 30099 Patienten

## 2.4. Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unterstützt ihre Ärzte bei der Umsetzung der seit dem 1. Januar 2004 vom Gesetzgeber geforderten Umsetzung des Qualitätsmanagements in den Praxen. Sowohl bei der Vermittlung von Kontakten mit professionellen Anbietern von zertifizierten QM-Schulungen als auch im Rahmen von regionalen Einführungsveranstaltungen werden den niedergelassenen Kollegen entsprechende Serviceangebote gemacht. Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung der KV stehen jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung.

Das vom Gesetzgeber geforderte Qualitätsmanagement zielt prinzipiell darauf ab, Abläufe in Arztpraxen optimal zu strukturieren und zu organisieren.

Dies setzt voraus, dass

- a) zunächst ein Ziel definiert wird  
(zum Beispiel ein standardisierter Ablauf der Anmeldung)
- b) der Weg, wie dies erreicht werden soll, festgelegt und dokumentiert wird (nämlich durch Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie Erstellung von Ablaufschemata)
- c) und durch regelmäßige Hinterfragung dieses Ablaufes (funktioniert es, was kann verbessert werden?) der Ablauf optimiert und weiterentwickelt wird.

Wesentlich ist hierbei die Erarbeitung und Weiterentwicklung dieser Abläufe im Praxisteam. Ziel ist es, alle maßgeblich am Prozess Beteiligten verantwortlich einzubinden. Was auf der Ebene der einzelnen Ablauforganisation stattfindet, spiegelt sich auf der Ebene der Praxisorganisation insgesamt: Durch die Definition, Umsetzung und das Nachhalten von Praxiszielen wird die Organisation sowie die medizinische Qualität der Arztpraxis systematisch weiterentwickelt. Mit anderen Worten: Es geht um die geplante Anwendung von gesundem Menschenverstand nicht nur cursorisch in einzelnen Bereichen, sondern als systematisch angewandtes Grundprinzip. Unterstützt wird dies durch Instrumente, wie sie in vielen Dienstleistungssektoren lange etabliert sind. Um einige zu nennen: Erarbeitung von Ablaufbeschreibungen, regelmäßige Teambesprechungen oder standardisierte Befragungen bspw. von Patienten; Zuweisen und ggf. Mitarbeitern.

Selbstverständlich sind auch schon heute relevante Abläufe in Arztpraxen strukturiert und verantwortlich geregelt. Dieses bestehende Qualitätsniveau in Praxen ist allerdings einer breiten Öffentlichkeit mit ihrem stetig wachsenden Qualitätsanspruch nur unzureichend bekannt. Indem qualitätsrelevante Aspekte erfasst, beschrieben und verglichen werden sowie das in der Praxis angesammelte Wissen für alle Mitarbeiter und in aufbereiteter Form auch für Außenstehende verfügbar gemacht wird, wird die Transparenz geschaffen, die heute immer wieder als fehlend beklagt wird. Ergebnisindikatoren kommt hier eine wesentliche Bedeutung zu: Nur durch die Messung der Veränderung lässt sich einschätzen, ob der eingeschlagene Weg der richtige ist und ob ggf. Anpassungen vorgenommen werden müssen.

Die nachfolgende Graphik zeigt am Beispiel des von der KBV entwickelten QM-Systems „QEP“ den prinzipiellen Ablauf der Umsetzung.

# QEP\*–Qualität und Entwicklung in Praxen



PHASEN

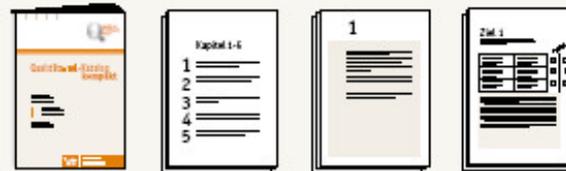
BAUSTEINE DES QEP-KONZEPTE

## Qualitätsziel-Katalog → Kernziele

Befähigung



PRINT



ONLINE

Website  
PDF-Dokumente zum Herunterladen



Einführungsseminar  
durch lizenzierte Trainer der KVen



Umsetzung



## Manual: Umsetzungsvorschläge, Musterdokumente

PRINT



ONLINE

Website  
PDF-Dokumente zum Herunterladen



Infoline und Begleitung  
durch KVen



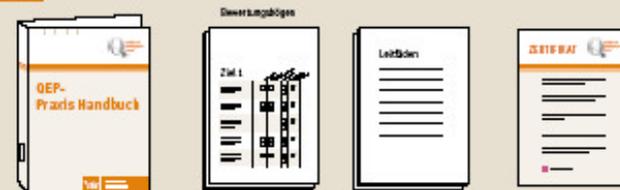
## Qualitätsziele

Qualitäts-  
bewertung

Selbstbewertung  
Fremdbewertung

- Zertifikat
- Excellence-Bewertung

PRINT



ONLINE

Website  
PDF-Dokumente zum Herunterladen



- Akkreditierte Visitoren
- Akkreditierte Zertifizierungsstellen



KRV  
Ein Service der

### **3. Qualitätssicherung**

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung beruht auf sehr differenzierten Richtlinien und Vereinbarungen. Darüber hinaus sind die Normen ständigem Wandel unterworfen und ständig kommen neue Bereiche hinzu. Für Mitarbeiter außerhalb der Qualitätssicherung ist deshalb Detailwissen nur schwer zu erwerben und aktuell zu halten.

Besondere Berücksichtigung finden hier auch die Überlegungen des KV-Systems zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung. Während sich in der Vergangenheit Qualitätssicherung darauf beschränkte, die Voraussetzungen von Richtlinien abzufragen, ändert sich das Verständnis von Qualitätssicherung zunehmend. In Zukunft wird es darauf ankommen, zeitgemäße Qualitätssicherungselemente kontinuierlich in die Richtlinien zu integrieren. Zu nennen sind hier beispielsweise:

1. Frequenzregelungen (z. B. invasive Kardiologie, Koloskopie)
2. Indikationssicherung (z. B. photodynamische Therapie)
3. Rezertifizierung (z. B. kurative Mammographie)

#### **3.1. Besonderheiten im Geltungsbereich der KV Mecklenburg-Vorpommern / Weitere Qualitätssicherungsbereiche**

Neben zentral vorgegebenen Richtlinien und Vereinbarungen existieren auf Landesebene oftmals auch sehr differenzierte regionale Sondervereinbarungen mit Krankenkassen, die wiederum spezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen regeln. In Mecklenburg-Vorpommern sind dies u.a. folgende Vereinbarungen:

- Ambulantes Operieren mit der IKK
- Diabetes-Vereinbarung
- Gestationsdiabetes
- Informationsstelle Psychotherapie
- Praxen mit psychosomatischen Besonderheiten
- Suchtvereinbarung

### 3.1.1. Vertragsübersicht zu den Disease-Management-Programmen

Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V (siehe auch Kapitel 2.3.)

#### Diabetes mellitus Typ 2

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	01.07.2003
akkreditiert:	22.09.2003
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	AOK M-V, See-Krankenkasse
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2004	908
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	866
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	42
<b>Schulungen</b>	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	388
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht Insulin spritzen	360
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die Insulin spritzen	195
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	122
- andere	bitte benennen und ggf. näher ausführen
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2004	40874
Bemerkungen	bei mehreren Verträgen im Geltungsbereich der KV bitte Block Vertragsdaten wiederholen
<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	25.06.2003
akkreditiert:	22.09.2003
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	IKK Landesverband Nord
<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	01.01.2004
akkreditiert:	11.02.2004
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BKK Landesverband NORD
<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	01.07.2004
akkreditiert:	17.08.2004
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BARMER EK

## Koronare Herzerkrankung

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	1.10.2004
akkreditiert:	steht noch aus
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BKK LV, IKK LV, AOK, KV
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2004	665
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	656
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	16
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1
<b>Schulungen</b>	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen, Stand 31.12.2004	122
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht Insulin spritzen	
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die Insulin spritzen	
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	122
- darunter Schulungen für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung	
- andere	bitte benennen und ggf. ausführen
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2004	AOK 9500 IKK 99 BKK 715 Gesamt: 10314
<b>Bemerkungen</b>	

### **3.1.2. Modellverträge Ambulantes Operieren**

Auf Landesebene wurden in den Jahren 1999 und 2000 eigene Verträge zur Förderung ambulanter stationsersetzender Operationen geschlossen.

Mit der Techniker Krankenkasse Hamburg Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern ist mit Wirkung vom 01.04.1999 eine Modellvereinbarung nach § 63 Abs. 1 SGB V zur Förderung ausgewählter ambulanter Operationen im Bereich der Kinderchirurgie abgeschlossen worden. Dieser Vertrag, der für die versicherten Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der Techniker Krankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern galt, umfasste 27 Operationen. Das Modellvorhaben endete zum 31.03.2004.

Seit dem 01.02.2000 besteht ein Modellvertrag zur Förderung des ambulanten Operierens zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und dem IKK-Landesverband Nord mit Wirkung für die IKK Mecklenburg-Vorpommern. Wesentlicher Inhalt dieser gemäß § 63 Abs. 1 SGB V geschlossenen Vereinbarung ist die spezielle Förderung von bestimmten Eingriffen (49), die in einem gesonderten Katalog festgehalten sind.

Mit Stand vom 31.12.2004 waren 207 Ärzte verschiedener Fachgebiete im Besitz der Genehmigung zur Teilnahme am Modellvertrag.

Die zuweisenden Ärzte, teilnahmeberechtigten operierenden Ärzte, Anästhesisten und nachsorgenden Ärzte ergänzen die entsprechenden Angaben im „Dokumentationsblatt IKK Mecklenburg-Vorpommern“ (nachfolgend abgebildet).

Chipkartenfeld

## Dokumentationsblatt IKK Mecklenburg-Vorpommern

<p><b>Organisation durch den überweisenden Haus-/Facharzt</b></p> <p>Eine gezielte Beratung für die Möglichkeit einer ambulanten OP hat am _____ stattgefunden.</p> <p>Pseudo Abr.-Nr. (Organisationspauschale): _____</p>
--

<p style="text-align: center;"><b>Bestätigung der Operationsindikation</b></p> <p>Die Indikationsstellung wird hiermit</p> <p><input type="checkbox"/> bestätigt</p> <p><input type="checkbox"/> <u>nicht</u> bestätigt;</p> <p><b>Gründe für Nichtbestätigung:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> OP durchgeführt am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> OP-Indikation (ICD 10): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schweregrad: _____</p> <p>(z.B. ICD 10 I 73.9 Periphere Verschlusskrankheit, Stadium II B nach Fontaine)</p> <p><input type="checkbox"/> OP <u>nicht</u> durchgeführt;</p> <p><b>Gründe bei Nichtdurchführung:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Pseudo Abr.-Nr. (Operationskomplex): _____</p>
--

<b>Bitte alle Exemplare stempeln!</b>
Datum: _____
_____
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Datum: _____
_____
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

_____
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Formular wird vom Operateur an den überweisenden Haus-/Facharzt zurückgeschickt und gilt für diesen **bei erfolgter Operation** als Nachweis über die Abrechenbarkeit der Organisationspauschale.

Dokumentationsblatt  
IKK Mecklenburg-Vorpommern

**Organisation durch den überweisenden Haus-/Facharzt**

Eine gezielte Beratung für die Möglichkeit einer ambulanten OP hat am \_\_\_\_\_ stattgefunden.

Pseudo Abr.-Nr.(Organisationspauschale): \_\_\_\_\_

**Bestätigung der Operationsindikation**

Die Indikationsstellung wird hiermit

bestätigt

nicht bestätigt;

**Gründe für Nichtbestätigung:**

---



---

OP durchgeführt am: \_\_\_\_\_

OP-Indikation (ICD 10): \_\_\_\_\_

Schweregrad: \_\_\_\_\_  
(z.B. ICD 10 I 73.9 Periphere Verschlusskrankheit, Stadium II B nach Fontaine)

OP nicht durchgeführt;

**Gründe bei Nichtdurchführung:**

---



---

Pseudo Abr.-Nr. (Operationskomplex): \_\_\_\_\_

**Durchführung der Anästhesie**

Die Anästhesie wurde am: \_\_\_\_\_ durchgeführt.

Pseudo Abr.-Nr. (Anästhesiekomplex): \_\_\_\_\_

**Ambulante postoperative Überwachung**

Die ambulante postoperative Überwachung wurde sichergestellt.

Pseudo Abr.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bitte alle Exemplare stempeln!**

Datum: \_\_\_\_\_

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Blatt ist umgehend nach der ambulanten postoperativen Überwachung vom Operateur oder Anästhesisten zu senden an

**IKK Hauptverwaltung  
Blücherstraße 27 C  
18055 Rostock**

# Dokumentationsblatt IKK Mecklenburg-Vorpommern

**Organisation durch den überweisenden Haus-/Facharzt**

Eine gezielte Beratung für die Möglichkeit einer ambulanten OP hat am \_\_\_\_\_ stattgefunden.

Pseudo Abr.-Nr.(Organisationspauschale): \_\_\_\_\_

**Bestätigung der Operationsindikation**

Die Indikationsstellung wird hiermit

bestätigt

nicht bestätigt;

**Gründe für Nichtbestätigung:**

---

OP durchgeführt am: \_\_\_\_\_

OP-Indikation (ICD 10): \_\_\_\_\_

Schweregrad: \_\_\_\_\_  
(z.B. ICD 10 I 73.9 Periphere Verschlusskrankheit, Stadium II B nach Fontaine)

OP nicht durchgeführt;

**Gründe bei Nichtdurchführung:**

---

Pseudo Abr.-Nr. (Operationskomplex): \_\_\_\_\_

**Durchführung der Anästhesie**

Die Anästhesie wurde am: \_\_\_\_\_ durchgeführt.

Pseudo Abr.-Nr. (Anästhesiekomplex): \_\_\_\_\_

**Ambulante postoperative Überwachung**

Die ambulante postoperative Überwachung wurde sichergestellt.

Pseudo Abr.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Ambulante Nachbetreuung am OP-Tag**

Durchgeführt am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr vom

Operateur

zuweisender/nachbetreuender Haus-/Facharzt<sup>\*)</sup>

Pseudo Abr.-Nr.: \_\_\_\_\_ <sup>\*) nicht zutreffendes streichen</sup>

**Ambulante Nachbetreuung an Folgetagen**

Durchgeführt vom

Operateur

zuweisender/nachbetreuender Haus-/Facharzt<sup>\*)</sup>

Pseudo Abr.-Nr.: \_\_\_\_\_ <sup>\*) nicht zutreffendes streichen</sup>

**Bitte alle Exemplare stempeln!**

Datum: \_\_\_\_\_

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Dieses Blatt ist vom nachsorgenden Arzt zurück an den Operateur zu schicken und vom Operateur mit der Abrechnung bei der KVMV einzureichen.

### 3.1.3. Suchtvereinbarung

Mit Wirkung vom 1. April 2002 gibt es in Mecklenburg-Vorpommern eine Suchtvereinbarung mit den Krankenkassen. Damit wurde eine arztzentrierte Koordination suchtherapeutischer Versorgung vertraglich und extrabudgetär vereinbart.

Ziel ist es, durch eine qualifizierte Versorgung der Suchtpatienten mittels Bündelung und Koordinierung der Angebote im Suchthilfesystem die Effektivität der Suchtbehandlung zu erhöhen.

Zur Zeit gibt es in Mecklenburg-Vorpommern 9 Schwerpunktpraxen Sucht.

Neben der spezialisierten medizinischen Versorgung in den Schwerpunktpraxen Sucht wird auch die Nachsorge gewährleistet, um vorausgegangene Behandlungsergebnisse zu vertiefen und zu festigen, um stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder möglichst ganz zu vermeiden. Dazu arbeiten die Praxen in Kooperation mit anderen Leistungserbringern des Suchthilfesystems wie Fachkliniken, Beratungsstellen, Sozialdiensten und Selbsthilfegruppen.

Begleitend wird die Arbeit in den Praxen durch das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald evaluiert. Erste Ergebnisse liegen nun vor. Danach wurde durch die Erarbeitung und Umsetzung von individuellen Therapieplänen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes eine höhere Haltquote zum abstinenten Leben bei Abhängigkeit erreicht. Gleichzeitig wurde durch die Evaluierung aber auch deutlich, dass die Suchtsymptomatik im Vergleich der Suchtpatienten aus den Schwerpunktpraxen mit Patienten aus einer Bevölkerungsstudie wesentlich stärker ausgeprägt ist. Für die Patienten aus den Schwerpunktpraxen wurde auf der Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA) ein Mittelwert von 47,5 berechnet. Bei der Bevölkerungsstudie ergab der Mittelwert dagegen nur 31,6.

### 3.1.4. Praxen mit psychosomatischer Besonderheit

Bereits im Jahr 1997 hatte der Vorstand der KVMV die Notwendigkeit der Schaffung von Praxen mit psychosomatischer Besonderheit gesehen. Mittlerweile ist der Zugang für die Fachgebiete der hausärztlichen Allgemeinmediziner, Internisten und Kinderärzte, der Gynäkologen und seit kurzem auch der Orthopäden geschaffen und es arbeiten insgesamt 30 Praxen mit psychosomatischer Besonderheit auf der Grundlage der selbstauferlegten Qualitätssicherung.

Das Konzept dieser Praxen basiert auf der Idee, die traditionelle hausärztliche Versorgung beizubehalten und maximal bis zu 50 % Gesprächsleistungen auf der Basis der EBM-Nummern 850 / 851 (35100 und 35110 EBM2000plus) vorzuhalten.

Da für ein solches Konzept nur die Praxen in Frage kommen, die aufgrund Ihrer Patienten Klientel in der Lage sind, aufwendige Gesprächsleistungen in diesem Umfang anzubieten, wurden die von der Psychosomatik-Kommission empfohlene Behandlungsfallzahlen von

Allgemeinmediziner/Kinderärzte/Internisten	<1000
Gynäkologen	<1350
Orthopäden	<1200

durch den Vorstand festgelegt.

Nach anfänglicher Unterstützung durch die AOK MV und eine umfangreiche Evaluierung der Arbeit unserer Praxen mit psychosomatischen Besonderheit, erhielten diese ebenso auf der Grundlage eines Vorstandsbeschlusses ein erhöhtes Punktevolu-

men, was ihnen die vermehrte Anwendung und Abrechnung der Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung auch finanziell unterstützt erleichtert.

Um Praxis mit psychosomatischer Besonderheit zu werden, müssen neben der genannten Fallzahlobergrenze auch umfangreiche Qualifikationen nachgewiesen werden. Im Einzelnen sind das:

- der Nachweis einer mindestens insgesamt vierjährigen klinisch-ärztlichen Tätigkeit (in Klinik oder Praxis); davon mindestens 24 Monate Tätigkeit in eigenverantwortlicher Stellung mit Betreuung psychosomatisch erkrankter Patienten.
- der Nachweis von mindestens 160 Stunden psychosomatischer Fortbildung; dabei sind speziell nachzuweisen: die erfolgreiche Teilnahme an einem Grundkurs und mindestens drei Aufbau Seminaren über Theorie und Praxis der ambulanten psychosomatischen Medizin in einem Abstand von jeweils einem Jahr mit insgesamt folgenden Inhalten:
  - einem fortlaufenden Seminar über die theoretischen und praktischen Grundlagen der psychosomatischen Medizin von mindestens 80 Stunden Dauer
  - einem Seminar über Theorie und Praxis des Erstgesprächs von mindestens 20 Stunden Dauer
  - einem Seminar über Psychopharmakotherapie von mindestens 12 Stunden Dauer
  - mindestens 40 Stunden Selbsterfahrung in einem fokussierenden anerkannten Therapieverfahren
- Zusätzlich ist die mindestens 12-monatige regelmäßige Teilnahme an einer Balintgruppe über mindestens 40 Stunden nachzuweisen.

Ebenso bestätigte der Vorstand die von der Psychosomatik-Kommission empfohlenen **Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung** der Praxen mit psychosomatischer Besonderheit.

Um die kontinuierliche Weiterführung einer hohen Qualitätsnorm auf dem Gebiet der psychosomatisch orientierten Gesprächsmedizin zu gewährleisten, werden diese Maßnahmen der internen Qualitätssicherung angewendet:

1. Jährliche Weiterbildungszertifikate werden bis zum Ende des 4. Quartals an die KVMV, Abteilung Qualitätssicherung, geschickt.
2. Im 1. Quartal des Folgejahres wird von der Verwaltung folgendes geprüft:
  - Kontrolle der vom Vorstand festgelegten Behandlungsfallzahlen für diese Praxen
  - Prüfung des Verhältnisses von Gesprächsmedizin im Vergleich zu sonstiger hausärztlich/fachärztlicher Tätigkeit
  - Nachweis von insgesamt 20 Stunden psychosomatischer Weiterbildung pro Jahr (bzw. aus organisatorischen Gründen auch 40 Stunden in zwei Jahren möglich; angerechnet werden zum Beispiel:
    - psychosomatische Theorie
    - Balintarbeit
    - Supervision
    - Selbsterfahrung.
3. Teilnahme 1x jährlich an einem „Jahrestreffen“ oder an einem Qualitätszirkel Psychosomatik (Zertifikat bzw. Teilnahmebescheinigung).

### **3.1.5. Informationsstelle Psychotherapie**

Bereits im Jahr 1996 hat die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern auf Beschluss des Vorstandes den Versand des „Informationsblattes Psychotherapie“ eingeführt. Es war zu diesem Zeitpunkt vorgesehen, die dort erhobenen Daten zu analysieren, um nach Möglichkeiten zur Verbesserung hinsichtlich Kommunikation und Organisation im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu suchen, nicht zuletzt, um das vorhandene Angebot an psychotherapeutischen Leistungen besser zu nutzen. Es handelt sich hier im übrigen um die teilweise Umsetzung des im KV-Bereich Koblenz im Jahre 1992 gestarteten Modellprojektes zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung.

Wir haben festgestellt, dass durch die Angaben aller Psychotherapeuten des ambulanten Bereichs interessierte und ratsuchende Patienten, Krankenkassen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und auch stationäre Einrichtungen bei der Suche nach einem Therapieplatz oder einem geeigneten Beratungsangebot unterstützt werden können. Insbesondere wurde diese Anlaufstelle von den Psychotherapeuten selbst stetig genutzt, um Detailinformationen über das psychotherapeutische Angebot Ihrer Region zu erhalten. Die Arbeit unserer Informationsstelle hat sich als Serviceleistung, mit dem Hintergrund, eine schnelle und präzise Information über das Angebot und die Wartezeiten der Leistungserbringer bei konkreten Anfragen zu geben, entwickelt.

Diese Dienstleistung wird von uns dabei keineswegs als Steuerungselement verstanden, sondern dient ausschließlich der besseren Auskunftsfähigkeit bei entsprechenden Anfragen. Im konkreten Fall werden deshalb den Anfragenden alle in der Umgebung bestehenden freien Valenzen genannt, ohne Wichtung dieser Vorschläge.

Das Informationsblatt Psychotherapie wird um die entsprechenden Informationen zu erhalten, quartalsweise erneuert und an die Wünsche und Bedenken unserer Psychotherapeuten angepasst, an diese versandt.

Kassenärztliche Vereinigung  
**Mecklenburg-Vorpommern**

Abt. Qualitätssicherung  
PF: 160145

**19091 Schwerin**



Ich gebe mein Einverständnis  
zur Verwendung meiner Angaben  
(Datum / Stempel / Unterschrift)

## Informationsblatt Psychotherapie

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

wann telefonisch erreichbar: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Therapiezeiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Therapie- schwer- punkte

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie            | <input type="checkbox"/> als Einzelbehandlung       | <input type="checkbox"/> bei Erwachsenen          |
| <input type="checkbox"/> Tiefenps. fundierte Psychoth. | <input type="checkbox"/> als Gruppenbehand-<br>lung | <input type="checkbox"/> bei Kindern/Jugendlichen |
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie    | <input type="checkbox"/> als Kurzzeittherapie       | <input type="checkbox"/> Autogenes Training/PMR   |
| <input type="checkbox"/> nur probatorische Sitzungen   | <input type="checkbox"/> als Langzeittherapie       | <input type="checkbox"/> Hypnose                  |

### Indikations- schwer- punkte

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angsterkrankungen                   | <input type="checkbox"/> Patholog. Spielverhal-<br>ten | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrome                |
| <input type="checkbox"/> Depressionen                        | <input type="checkbox"/> Anorexia nervosa              | <input type="checkbox"/> psychosom Erkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen            | <input type="checkbox"/> Bulimia nervosa               | <input type="checkbox"/> onkolog. Erkrankungen          |
| <input type="checkbox"/> Psychosen                           | <input type="checkbox"/> Adipositas                    | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS Erwachsener           |
| <input type="checkbox"/> Zwangserkrankungen                  | <input type="checkbox"/> Funktionelle Syndrome         | <input type="checkbox"/> ADS/ADHS K / J                 |
| <input type="checkbox"/> Alkohol- / Medikamentenabu-<br>sus  | <input type="checkbox"/> Sexuelle Störungen            | <input type="checkbox"/> Psychoth. Strafgefange-<br>ner |
| <input type="checkbox"/> Drogenabusus                        | <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch          | <input type="checkbox"/> Familientherapie               |
| <input type="checkbox"/> EMDR / traumatherap. Ver-<br>fahren | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie              | <input type="checkbox"/> Kaufsucht                      |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus                            | <input type="checkbox"/> kognitive Störungen           | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                    |
| <input type="checkbox"/> analytische Körpertherapie          | <input type="checkbox"/> Aspergerstörungen             | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose              |
| <input type="checkbox"/> Paartherapie                        | <input type="checkbox"/> Borderline                    | <input type="checkbox"/> PT bei Leistungssportlern      |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback                         | <input type="checkbox"/> Dialekt. behaviorale Th.      | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining          |
| <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>                               | <input type="checkbox"/>                                |

### Praxisbe- sonderhei- ten

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlgerechte Praxis  | <input type="checkbox"/> Psychotherapie in Fremdsprache: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie im Alter   | <input type="checkbox"/> _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie Gehörloser | <input type="checkbox"/> _____                                 |

### kurzfristige Patienten- aufnahme

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Freie Kapazität für Krisenintervention  |
| <input type="checkbox"/> Freie Kapazität für Kurz-/Überbrückungskontakte                                     |
| <input type="checkbox"/> Bereitschaft, von KVMV vermittelte Patienten zur Differentialdiagnostik aufzunehmen |

### freie Thera- pieplätze / Wartezeiten

Anzahl der freien Therapieplätze : \_\_\_\_\_  
Wartezeiten zum Erstinterview : \_\_\_\_\_  
Wartezeiten bis zum Beginn einer  
Kurzzeit-Einzeltherapie : \_\_\_\_\_  
Langzeit-Einzeltherapie : \_\_\_\_\_  
Kurzzeit-Gruppentherapie: \_\_\_\_\_  
Langzeit-Gruppentherapie: \_\_\_\_\_

### 3.2. Qualitätszirkel

Ärztliche Qualitätszirkel haben sich in den letzten 10 Jahren als ein Schlüsselement in der Qualitätsentwicklung der vertragsärztlichen Arbeit erwiesen. Mit der Herausgabe der „Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V“ im Jahre 1994 wurde die Grundlage für eine bundesweit weitgehend einheitliche Vorgehensweise zur Errichtung und Weiterentwicklung von Qualitätszirkeln geschaffen. Qualitätszirkel (QZ) verstehen sich in erster Linie als Gruppen, die sich mit der Qualitätsentwicklung der „Versorgungspraxis“ der Vertragsärzte beschäftigen. Insofern arbeiten sie mit dem Modell der „best practice“. Unter diesem Modell versteht man eine Grundhaltung im Rahmen von Qualitätslenkungsprozessen, bei der sich Ärzte und Psychotherapeuten um die stetige Weiterentwicklung der von ihnen vollzogenen Handlungspraxis bemühen.

Der Qualitätszirkel dient nicht einer Fortbildungsveranstaltung, sondern hat Vorrang für Fallbesprechungen und Situationen des Praxisalltages bzw. Erfahrungsaustausch. Qualitätszirkel arbeiten demnach auf

- freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- auf der Grundlage des kollegialen Diskurses („peer review“)
- mit Moderator/in
- mit Evaluation ihrer Ergebnisse, soweit möglich auf einer hinreichenden Basis empirischer Daten aus der ambulanten Versorgung
- kontinuierlich
- mit festem Teilnehmerkreis
- mit Ärzten / Psychotherapeuten gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtung

Die jahrelange Erfahrung mit Qualitätszirkeln, die durch viele Kassenärztliche Vereinigungen gesammelt wurde, hat gezeigt, dass die Unterstützung der Moderatoren und die Entwicklung bzw. Aufbereitung von Qualitätszirkelthemen von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg der Zirkelarbeit sind. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unterstützt die Qualitätszirkelarbeit durch eine bisher kostenlose Ausbildung einmal im Jahr für interessierte niedergelassene Ärzte, die zum „Moderator für ärztliche Qualitätszirkel“ ausgebildet werden. Dafür werden ein bzw. zwei Moderatorentainer (je nach Anzahl der angemeldeten Teilnehmer) verpflichtet, die grundlegenden Kenntnisse in der Moderationstechnik, speziell auf die Qualitätszirkelarbeit ausgerichtet, zu vermitteln. Der Teilnehmer bekommt im Anschluß ein Zertifikat für die erfolgreiche Teilnahme an der Moderatorenschulung und ist dann berechtigt, einen Qualitätszirkel zu gründen, der bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit Namen des Zirkels beantragt werden muß. Bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wird dann die Registriernummer beantragt, die dann dem Moderator durch den Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung übermittelt wird. Der Moderator schickt nach jeder Sitzung das Originalprotokoll mit Angabe seiner QZ-Nr., Datum, Uhrzeit, Thema, Inhalt, Ergebnisschilderung sowie eine Kopie der Anwesenheitsliste mit eigenhändiger Unterschrift der Teilnehmer an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Ebenfalls händigt er den Teilnehmern der Moderatorenschulung Fortbildungspunkte aus. Für 1 Std. gibt es einen Fortbildungspunkt plus einen Zusatzpunkt für den durchgeführten Qualitätszir-

kel. Die KBV hat für Tutoren und Moderatoren das „Handbuch Qualitätszirkel“ herausgegeben, welches Arbeitsmaterialien für Qualitätszirkel in Form einzeln zu nutzender Module beinhaltet und kontinuierlich durch neue Dramaturgien weiterentwickelt wird.

<b>Umfang der QZ Arbeit</b>	
Aktive QZ (mind. 4 Sitzungen im Jahr 2004), insgesamt	ca. 70
- darunter hausärztliche QZ	12
- darunter fachärztliche QZ	23
- darunter QZ der Psychotherapie	22
- darunter interdisziplinäre QZ	4
- darunter QZ zu Diabetes mellitus	2
- sonstige (bitte Benennung)	Reisemedizin, Suchtkrankheiten, Zytodagnostik/ gynäk. Zytologie
Anzahl der QZ, die im Jahr 2004 neu gegründet wurden	24
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten insgesamt, die im Jahr 2004 an mindestens einem aktiven QZ teilgenommen haben	ca. 900

<b>Moderatoren</b>	
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die bisher insgesamt zu Moderatoren ausgebildet wurden (Stand: 31.12.04, ggf. Differenziert nach KBV-Modul und andere)	154
- davon Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 neu ausgebildet wurden	28
Anzahl der im Jahr 2004 durchgeführten Moderatorenfortbildungsveranstaltungen der KV und jeweilige Teilnehmerzahl	1 (32)
Teilnehmergebühr für Moderatorenfortbildungsveranstaltungen (j/n, Höhe)	keine

<b>Evaluation der Qualitätszirkelarbeit</b>	
Erfolgt den Veränderungen/Überarbeitungen der Vorgaben für die Durchführung und Anerkennung eines QZ in 2004 ?	nein
Anfertigung von Protokollen (j/n)	ja
- standardisiert (j/n)	ja
- Veröffentlichung der QZ Protokolle z.B. im Intranet, Zusendung an die QZ Teilnehmer (j/n, in welcher Form ?)	nein
Evaluation der QZ (j/n, durch wen ?)	ja - Qualitätssicherungsbeauftragter der KVMV
- Evaluationskriterien (bitte nennen)	auf Grundlage des Vorstandsbeschlusses
- Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse z.B. für Vorstand, Teilnehmer, Moderatoren, Öffentlichkeit (j/n)	nein

<b>Sonstiges</b>	
Honorare / Aufwandsentschädigungen für Moderatoren (j/n, Höhe)	ja – für max. 3 Std. – 120,00 € (setzt sich zusammen aus Praxisausfall: 45,-€, Sitzungsgeld: 25,- € pro Std. – max. 75,- €)
Anzahl Weiterbildungspunkte für Moderator/Teilnehmer pro QZ Sitzung	pro Std. – 1 Pkt. + 1 Zusatzpunkt für QZ

### 3.3. Qualitätssicherungskommissionen

Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines 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. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen.

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 Kassenärztlichen Vereinigung vorzubereiten.

Kommissionen	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2004
Ambulantes Operieren	<u>KV-intern:</u> 5 ärztliche Mitglieder  <u>dreiseitig:</u> 3 ärztliche Mitglieder 3 Kassenvertreter 3 Vertreter der Krankenhausgesellschaft	Antragsbewertungen per Umlauf  Tätigkeit ruht bis zur bundesweiten Neuregelung des § 115 b Abs. 1 SGB V
Apheresen (nach § 5 der RL)	2 Klinikärzte 2 niedergelassene Ärzte 2 MDK Vertreter	2 Sitzungen zusätzlich Antragsbewertungen per Umlauf
Arthroskopie	3 niedergelassene Ärzte	2 Sitzungen
Blutreinigungsverfahren Gemeinsame Kommission mit der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern	2 Klinikärzte 2 niedergelassene Ärzte 1 beratendes Mitglied 1 KVMV Vertreter	2 Sitzungen
Herzschrittmacherkontrolle		
Invasive Kardiologie		
Kernspintomographie		
Koloskopie	3 ärztliche Mitglieder	4 Sitzungen
Labor		
Langzeit-EKG		
Mammographie	3 ärztliche Mitglieder	2 Sitzungen
Onkologie		
Photodynamische Therapie (überregionale Kommission)	1 ärztliches Mitglied aus KV MV (sowie je 1 Mitglied der KV S-H, KV Bremen, KV Hamburg)	1 Sitzung
Schmerztherapie		
Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin	9 ärztliche Mitglieder 2 Sachverständige	6 Sitzungen
Substitution	2 niedergelassene Ärzte	4 Sitzungen

	3 MDK - Vertreter	
Ultraschall	7 ärztliche Mitglieder	6 Sitzungen
Zytologie		
Psychotherapie	3 niedergelassene Ärzte 1 niedergelassener Psychotherapeut	4 Sitzungen
Psychosomatik	4 niedergelassene Ärzte	4 Sitzungen

### **3.4. Bundesweit geltende Regelungen**

Die bundesweit geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung sind detailliert wiedergegeben in den aktuellen Versionen der geltenden Richtlinien u.a. auf der Homepage der KBV unter <http://www.kbv.de/publikationen/rechtsquellen.htm>. Besonders berücksichtigt ist dort auch die Darstellung der Tätigkeit der Geschäftsstelle Qualitätssicherung.

Die nachfolgenden Kapitel setzen auf den bundesweiten Regelungen auf, ohne dass diese der Lesbarkeit halber im einzelnen aufgeführt werden. Der Leser möge sich über weitergehende Details auf der obengenannten Webseite der KBV informieren.

### 3.4.1. Ambulantes Operieren

In dem dreiseitigen Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der DKG und der KBV haben die Partner Regelungen zur Sicherung der Qualität für ambulante Operationen und Anästhesien vereinbart.

Operationen und Anästhesien sind nach Facharztstandard zu erbringen; bedarf es z.B. zur Durchführung bestimmter Operationen des Abschlusses einer zusätzlichen Weiterbildung, so darf solch eine Leistung nur nach Vorlage entsprechender Zeugnisse erbracht werden. Bauliche, apparativ-technische, hygienische und personelle Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen, ggf. wird eine Praxisbegehung vereinbart. Zusätzlich ist eine Infektionsstatistik für die Operationseinrichtung zu führen.

<b>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren</b>	gültig seit: 01.01.2004
Rechtsgrundlage	§ 15 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja (2 Modellverträge nach § 63 Abs. 1 SGB V)
Anzahl Ärzte mit Erklärung, Stand 31.12.2004	571
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit Beanstandung	0
Überprüfung der Dokumentation	0
Anzahl geprüfter Ärzte/Fälle	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit Beanstandung	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	0
Anzahl geprüfter Ärzte	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit leichten Beanstandung	0
- davon mit schweren Beanstandungen	0
Bemerkungen	Ende 1 Modellvertrages zum 31.03.2004

### 3.4.2. Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Diese Richtlinie regelt sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapheresen) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall. Die eingesetzte Fachkommission wurde mit Änderung der Richtlinie in 2003 um zwei fachkundige Mitglieder des Medizinischen Dienstes erweitert und hat in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Indikation für den Beginn oder eine Verlängerung der Therapie gegeben ist.

Für die in § 3 der Richtlinie genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung i. d. R. hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, sodass Apheresen nur in Ausnahmefällen als „ultima ratio“ bei therapieresistenten Verläufen eingesetzt werden sollen.

LDL-Apheresen können nur durchgeführt werden bei Patienten

- mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung oder
- mit schwerer Hypercholesterinämie, bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann.

Im Vordergrund der Abwägung der Indikationsstellung soll dabei das Gesamtrisiko des Patienten stehen.

Immunapheresen können nur bei aktiver rheumatoider Arthritis bei Patienten

- die auf eine mindestens sechsmonatige Behandlung mit mindestens drei Basistherapeutika (eines davon Methotrexat) in adäquater Dosierung und darüber hinaus auf die Behandlung mit Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren und/oder Interleukin-1-Inhibitoren) nicht angesprochen haben
- oder bei denen eine Kontraindikation gegen diese Arzneimittel besteht,

angewandt werden. Ein Behandlungszyklus umfasst bis zu zwölf Immunapheresen, jeweils im wöchentlichen Abstand. Eine Wiederholung des Behandlungszyklus soll nur erfolgen, wenn mit dem ersten Zyklus ein relevanter klinischer Erfolg erreicht wurde (dokumentiert anhand validierter Aktivitäts-Scores, z. B. DAS-Score oder ACRScore), und bedarf einer erneuten Genehmigung.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren</b>	gültig seit: 01.01.1991 letzte Änderung: 09.07.2003	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V i.V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren)	
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	LDL	31 Ärzte
	Immunapherese	18 Ärzte
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	LDL	18
- davon Genehmigungen	1	18
- davon Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Keine	

Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	Keine
Anzahl Kolloquien	Keine
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
<b>LDL-Apherese</b>	
Anzahl Patienten im Jahr 2004	41
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	2
- davon positives Votum der KV	2
- davon negatives Votum der KV	0
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	39
- davon positives Votum der KV	37
- davon negatives Votum der KV	2
<b>Apherese bei rheumatoider Arthritis</b>	
Anzahl Patienten die im Jahr 2004 mindestens einen Zyklus begonnen haben	4
Anzahl beschiedene Anträge	4
- davon positives Votum der KV	4
- davon negatives Votum der KV	0
Bemerkungen	

### 3.4.3. Arthroskopische Untersuchungen

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Die Genehmigung wird erteilt wenn der Arzt zusätzlich zu den in der Vereinbarung zum ambulanten Operieren geforderten Voraussetzungen die fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung "Spezielle Orthopädische Chirurgie" im Gebiet "Orthopädie" erworben hat oder für die arthroskopische Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung berechtigt ist. Weitere arthroskopische Behandlungen sind nur unter Nachweis bestimmter Untersuchungszahlen möglich. Sollten Zweifel an der Befähigung des Arztes offen bleiben, kann der Sachverhalt in einem Kolloquium geprüft werden.

Zusätzlich zu den im Vertrag zum ambulanten Operieren genannten räumlichen und apparativen Voraussetzungen ist u.a. die räumliche Trennung des OP-Raumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes nachzuweisen.

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	35
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit Beanstandung	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	6
Anzahl geprüfter Ärzte	6
- davon ohne Beanstandung	1
- davon mit leichten Beanstandung	1
- davon mit schweren Beanstandungen	4
Bemerkungen	

#### **3.4.4. Blutreinigungsverfahren**

Die Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher 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.

Zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse sind Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie berechtigt. Abweichend davon wird für den Bereich der Kinderdialyse die Gebietsbezeichnung Kinderheilkunde sowie eine kindernephrologische Qualifikation gefordert; die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium ist hier obligat.

Neben der fachlichen Befähigung des Arztes werden in dieser Vereinbarung die besonderen Voraussetzungen an die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten geregelt. So ist z.B. die Kooperation mit den Transplantationszentren für erwachsene Patienten und Kinder nachzuweisen oder ein bestimmter Arzt / Patientenschlüssel zu gewährleisten.

Die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten unterliegt zur Sicherung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung besonderen Versorgungsaufträgen, die nach Art und Schwere der Nierenerkrankung gestaffelt, unterschiedliche Anforderungen voraussetzen. Genehmigungspflichtige Versorgungsaufträge bedingen den Nachweis sowohl der fachlichen als auch der apparativen und organisatorischen Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren. Erteilt werden kann der jeweilige Versorgungsauftrag aber erst dann, wenn die kontinuierliche wirtschaftliche Versorgungsstruktur für die projektierte Dialysepraxis gewährleistet ist.

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)</b>	gültig seit: 01.10.1997 letzte Änderung: 09.05.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 i.V. mit Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2004	18
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	32
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Anzahl Patienten im Jahr 2004	1100
Bemerkungen	<i>Errechnet nach Arzt-Patienten-Schlüssel</i>

### 3.4.5. Chirotherapie

Gezielte chirotherapeutische Eingriffe können an der Wirbelsäule und/oder an den Extremitätengelenken zu Lasten der GKV vom Arzt durchgeführt und abgerechnet werden. Die Abrechnung setzt allerdings den Nachweis einer besonderen ärztlichen Qualifikation voraus, die der KV gegenüber nachzuweisen ist.

Chirotherapeutische Leistungen nach den EBM-Nummern 3210 und 3211 des EBM dürfen nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, die Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ zu führen, einen entsprechenden Nachweis bei der KVMV vorgelegt haben sowie voll umfänglich für die vertragsärztlich Versorgung zugelassen sind, es sei denn, diese Leistungen sind ausdrücklich Bestandteil der Sonderbedarfszulassung bzw. Ermächtigung.

<b>Chirotherapie</b>	
Rechtsgrundlage	§ 87 Abs. 1 Auflage des EBM's
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Generell Vorstandsentscheidung
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	333
Anzahl beschiedene Anträge	25
- davon Genehmigungen	25
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Keine
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	15, da Verzicht auf die Zulassung
Bemerkungen	Fachliche Voraussetzungen werden von der KV festgelegt

### 3.4.6. Herzschrittmacherkontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen besitzen. Dabei gelten für die ärztliche Qualifikation zwei Stufen. Die Erste betrifft die Überprüfung der Reizbeantwortung und -wahrnehmung sowie die Beurteilung der Batteriekapazität, die Zweite die komplette Funktionsanalyse der programmierbaren Parameter, ggf. einschließlich Umprogrammierung und – falls vorhanden – telemetrischer Abfragen. Bestehen Zweifel ob die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllt sind, können diese in einem Kolloquium geklärt werden.

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle</b>	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur</b> zur Überprüfung des <b>Batteriezustandes</b> (Nr. B 1 der RL), Stand 31.12.2004	51
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des <b>Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse</b> (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2004	34
Anzahl beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	/
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	/
Anzahl Kolloquien	/
- davon bestanden	/
- davon nicht bestandene	/
Einzelfallprüfung nach Stichproben	/
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	
Bemerkungen	

### 3.4.7. Invasive Kardiologie

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. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie, d.h. Katheterisierungen (Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen), in der vertragsärztlichen Versorgung.

In dieser seit dem 01.10.1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung ist erstmalig die Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gekoppelt. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll geprüft werden welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

<b>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)</b>	gültig seit: 01.10.1999						
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)						
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur</b> zur <b>Diagnostik</b> (Abrechnung der EBM Pos. 5120), Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003 3			2004 4			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>Diagnostik und Therapie</b> (z.B. PTCA) (Abrechnung der EBM Pos. 5120+5122), Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003 2			2004 2			
Anzahl beschiedene Anträge (Bemerkung: neu = Neuantragsteller; erneut = Wiedererteilung der Genehmigung gem. §7 Abs1 Nr.3)	Diagnostik			Diagnostik und Therapie			
	neu	erneut		neu	erneut		
	1	/		/	/		/
	- davon Genehmigungen	1	/	/	/		/
- davon Ablehnungen	0	/		/	/		/
<b>Nachweise der fachlich Befähigung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung gem. § 7 der Vereinbarung</b>							
<b>1. Ärzte mit Genehmigung nur zur Diagnostik</b>	mind 150 diag. Katheterisierungen						
Anzahl Ärzte mit 2-50 abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen	kein Nw.	< 100	100-129	130-149	150-169	170-199	> 199
							3
Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte)	3						
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	wegen Nichterreichen der Mindestzahl			aus sonstigen Gründe			
	/			/			
- davon Ärzte mit Kathetermessplatz in eigener Praxis <b>und</b> alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	/						
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	/						
<b>2. Ärzte mit Genehmigung zur Diagnostik und Therapie</b>	mind 150 diag., davon 50 ther. Katheterisierungen						
2 Ärzte mit Genehmigung im Rahmen einer Institutsermächtigung	kein Nw.	< 100	100-129	130-149	150-169	170-199	> 199
				2			

Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte)	2			
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	wg. Nichterreichen Mindestzahl			sonst. Gründe
	gesamt	gesamt + Therap.	therap.	
	/	/	/	
- davon Ärzte mit Kathetermessplatz in eigener Praxis <b>und</b> alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	/			
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	/			
<b>Alle (Nur Diagnostik bzw. Diagnostik und Therapie)</b>				
Anzahl Kolloquien	/			
- davon bestanden	/			
- davon nicht bestanden	/			
Anzahl Praxisbegehungen	/			
- davon ohne Beanstandungen	/			
- davon mit Beanstandungen	/			
Bemerkungen	Genehmigungen nur für ermächtigte Ärzte			

Seit Inkrafttreten der o.g. Vereinbarung wurden in Mecklenburg-Vorpommern bisher Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie ausschließlich für ermächtigte Ärzte erteilt.

Da die ermächtigte Ärzte die Auflagenerfüllung auch durch stationär erbrachte Herzkatheteruntersuchungen nachweisen können, gab es bisher keine Probleme bei dem Nachweis der Auflagenerfüllung.

### 3.4.8. Kernspintomographie

Diese Vereinbarung soll die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie sichern. In ihr werden u.a. die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt.

Danach kann ein Arzt allgemeine kernspintomographische Leistungen ausführen und abrechnen, wenn er zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie, Neuroradiologie oder Nuklearmedizin berechtigt ist oder u.a. den Nachweis einer 24monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik mit einer bestimmten Anzahl von Untersuchungen in den einzelnen Gebieten und in jedem Fall die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der KV nachweisen kann. Die mit einer Weiterbildung zum Facharzt erworbenen Kenntnisse werden gesondert berücksichtigt.

Ähnlich wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie ist die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Magnetresonanz-Mammographie (zusätzlich) an die Erbringung einer bestimmten Anzahl dieser Leistung (50) pro Jahr gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist diese mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.10.2001
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja/nein (falls ja bitte näher erläutern)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie ( <b>allgemeine MRT</b> ), Stand 31.12.2004	23
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma ( <b>MRM</b> ), Stand 31.12.2004	0
Anzahl beschiedene Anträge (allgemeine MRT / MRM)	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl jährl. Prüfungen nach §4a Abs. 2 - MRM	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	1
Anzahl geprüfter Ärzte	1

- davon ohne Beanstandung	1
- davon mit leichten Beanstandungen	0
- davon mit schweren Beanstandungen	0
Bemerkungen	nach §4a Abs. 3 ist der Arzt verpflichtet, Maßnahmen zur histologisch/zytologischen Abklärung, die auf Grund der MRM veranlasst wurden, zu dokumentieren und seiner vorgenommenen prospektiven Diagnostik zuzuordnen

### 3.4.9. Koloskopie

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Koloskopie (einschl. der ggf. erforderlichen Polypektomien) gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie in der vertragsärztlichen Versorgung.

Ärzte können eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen erhalten, wenn sie die Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ mit dem Erwerb der Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie“ oder die Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ oder die Gebietsbezeichnung Chirurgie besitzen.

Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden regelmäßig geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskopie durchgeführt.

<b>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.10.2002						
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)						
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>ausschließlich</b> zur <b>kurativen</b> Koloskopie, Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003			2004			
	11			10			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>kurativen und präventiven</b> Koloskopie, Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003			2004			
	42			41			
Anzahl beschiedene Anträge (differenziert: neu/erneut)	neu			erneut (§6 Abs. 1 Nr.3)			
	3			0			
- davon Genehmigungen	3			0			
- davon Ablehnungen	0			0			
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien	kein Nw.	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
	0	5	4	2	1	2	40
- davon Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien	kein Nw.	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	0	1	1	0	4	0	48
Anzahl der Hygieneüberprüfungen (gemeint sind Prüfungen nicht Ärzte)	6-monatige (§ 7 Abs.3)		3-monatige (§ 7 Abs.8a)		6-wöchige (§7 Abs.8c Nr.1)		
	92		12		1		
- davon nicht bestanden	6-monatige (§ 7 Abs.3)		3-monatige (§ 7 Abs.8a)		6-wöchige (§7 Abs.8c Nr.1)		
	12		1		0		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität		keine Bereitschaft Praxisüberprüfung		
	0	0	0		0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2 Ärzte (Ende Ermächtigung)						
	1 Arzt (KO-Leistg.-v. ZA beendet)						
	1 Widerruf (fehlende Fachkunde)						
Anzahl Kolloquien	0						
- davon bestanden	0						

- davon nicht bestanden	0
Bemerkungen: Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können	

### 3.4.10. Künstliche Befruchtung

Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gehören nach § 27 a SGB V grundsätzlich zum Leistungskatalog der GKV.

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dürfen nur von solchen zugelassenen Ärzte, ermächtigten Ärzte oder ermächtigten ärztlich geleitete Einrichtungen durchgeführt werden, denen die Behörden gemäß § 121 a SGB V eine Genehmigung erteilt haben. Dies gilt auch für Inseminationen, wenn sie nach Stimulationsverfahren erfolgen. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten ohne weiteren Qualifikationsnachweis durchgeführt werden.

Voraussetzung für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist die gesetzlich vorgeschriebene Beratung des Paares. Dies erfolgt in der Regel durch Frauenärzte, während andere Fachgruppen gegenüber der KV anhand von Bescheinigungen und Zeugnissen nachweisen müssen, dass sie eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin erlangt haben, bevor sie die Pflichtberatung abrechnen dürfen. Ferner müssen sie die Voraussetzungen zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung erfüllen. Die Beratung darf nicht von dem Arzt durchgeführt werden, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung</b>	gültig seit: 01.10.1990 zuletzt geändert: 23.12.2004
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit § 135 Abs.1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2004	10
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2004	9
Bemerkungen	

### 3.4.11. Laboratoriumsuntersuchungen / Ringversuche

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels OIII EBM und Leistungen des Kapitels B EBM mit hierzu getroffenen vertraglichen Vereinbarungen im BMÄ und in der E-GO. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Erstantrag, außer für die explizit im Anhang zu Abschnitt E genannten Ärzte, obligatorisch. Dem Antrag sind erforderliche Zeugnisse und Bescheinigungen sowie ggf. ein Fachkundenachweis für Laboruntersuchungen beizulegen. Bei einem Folgeantrag kann im Einzelfall von der Durchführung eines erneuten Kolloquiums abgesehen werden.

Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

<b>Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung</b>	gültig seit: 09.05.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der BÄK
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen (OIII), Stand 31.12.2004	185
Anzahl beschiedene Anträge	19
- davon Genehmigungen	14
- davon Ablehnungen	5
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	/
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	/
Anzahl Kolloquien	2
- davon bestanden	2
- davon nicht bestanden	/
Einzelfallprüfung nach Stichproben (insbesondere Indikationsstellung)	3
Anzahl geprüfter Ärzte	3
- davon ohne Beanstandung	1
- davon mit leichten Beanstandungen	2
- davon mit schweren Beanstandungen	/
Bemerkungen	

### 3.4.12. Langzeit-EKG-Untersuchung

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen dürfen in der kassenärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, welche entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können. Die Durchführung der Langzeit-EKG-Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Diese Befähigung gilt bei Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung "Innere Medizin" als nachgewiesen. Von anderen Ärzten ist der Nachweis über die selbständige Durchführung und Auswertung von min. 100 Langzeit-EKG Untersuchungen zu erbringen. Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen wird die Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers bzgl. der geforderten Parameter verlangt. Unklarheiten können in einem Kolloquium der Kassenärztlichen Vereinigung beseitigt werden.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen</b>	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur zur Aufzeichnung</b> , Stand 31.12.2004	246
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>Aufzeichnung und Auswertung</b> , Stand 31.12.2004	151
Anzahl beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	/
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	/
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	/
Anzahl Kolloquien	/
- davon bestandenen	/
- davon nicht bestandenen	/
Einzelfallprüfung nach Stichproben	ja
Anzahl geprüfter Ärzte	13
- davon ohne Beanstandung	6
- davon mit leichten Beanstandungen	6
- davon mit schweren Beanstandungen	1
Bemerkungen	

### 3.4.13. Onkologie-Vereinbarung

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Zusatzvereinbarung mit den Ersatzkassen und der AOK Mecklenburg-Vorpommern über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung. Ziel dieser Vereinbarung ist die wohnortnahe, ambulante Behandlung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt voraus, dass der Vertragsarzt nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordiniert.

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens 2-jährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung an einem Tumorzentrum oder einem onkologischem Schwerpunkt nachweisen. Er muss insbesondere den Nachweis erbringen, in der Anwendung von zytostatischen Substanzen, Zytokinen und Hormonpräparaten besonders erfahren zu sein. Für die Durchführung einer intravasalen zytostatischen Therapie sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen wie beispielsweise die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“ bzw. die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen von mehreren hundert durchgeführten Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Die Behandlung krebserkrankter Patienten kann im Rahmen seines Fachgebietes jeder Arzt durchführen und abrechnen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen in ihrer Gesamtheit zu erfüllen.

<b>Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung</b>	gültig seit: 01.07.1995 zuletzt geändert 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V Anlage 7 BMV EKV
Geltungsbereich	für Versicherte der VdAK/AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV Mecklenburg-Vorpommern	mit der AOK M-V)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	38
Anzahl beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	-
Anzahl Überprüfungen (Ärzte) der KV auf Grundlage § 9 Abs. 3	38

- davon ohne Beanstandung	38
- davon mit Beanstandungen	-
Bemerkungen	Bezug in § 9 Abs. 3 auf § 135 Abs. 3 SGB V. § 135 Abs. 3 wurde mit GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000-E in § 136 a und b übernommen

### 3.4.14. Otoakustische Emissionen

Anträge zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen können nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung "Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde" oder der "Phoniatrie und Pädaudiologie" gestellt werden, eine Genehmigung kann von der KV erteilt werden, wenn zudem eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorliegt, welche die in der Richtlinie beschriebenen Bedingungen umfasst.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen</b>	gültig seit: 24.11.1995
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja/ <b>nein</b> (falls ja bitte näher erläutern)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	42
Anzahl beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Bemerkungen	

### 3.4.15. Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Die auf Bundesebene geschlossene Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß §135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist am 01.08.2001 in Kraft getreten.

Diese Vereinbarung dient der Qualitätssicherung der photodynamischen Therapie bei alterabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer chorioidaler Neovaskularisation.

Antragsberechtigt sind Ärzte, die über die Gebietsbezeichnung "Augenheilkunde" verfügen. Darüber hinaus müssen sie nachweisen können, dass sie unter Anleitung eines zur Weiterbildung berechtigten Arztes selbständig 200 Fluoreszenzangiographien des Augenhintergrundes zur Differentialdiagnose der fraglichen Indikation ausgewertet haben. Zusätzlich müssen die antragstellenden Ärzte aktuell an einem speziellen Kurs teilgenommen haben. Weiterhin ist die Genehmigung zur Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie bei diesem Krankheitsbild an die Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden, die jährlich überprüft wird.

Die Erfüllung der apparativen Anforderungen an das für diese Therapie benötigte Lasergerät ist durch Nachweis entsprechender Unterlagen des Herstellers ebenfalls nachzuweisen.

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund</b>	gültig seit: 01.08.2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003 5	2004 5	
Anzahl beschiedene Anträge	neu	Erneut gem. § 7 Abs. 6	
	1	0	
- davon Genehmigungen	1	0	
- davon Ablehnungen	0	0	
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen / Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1.Überprüfung (§ 7 Abs. 5)	2.Überprüfung (§7 Abs. 5 S.1)	3. Überprüfung (§7 Abs. 5 S.2)
	2	0	0
- davon nicht bestanden (Anzahl Ärzte)	1.Überprüfung (§ 7 Abs. 5)	2.Überprüfung (§7 Abs. 5 S.1)	3. Überprüfung (§7 Abs. 5 S.2)
	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 7 Abs. 5 S. 3	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1 Arzt (Ende Ermächtigung)		
Anzahl Kolloquien gem. § 9 Abs. 2	0		
- davon bestanden	0		
- davon nicht bestanden	0		
Bemerkungen	Einführung eines einheitlichen PDT-Dokumentationsbogens durch die überregionale Kommission		

### 3.4.16. Psychotherapie

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen sowohl für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die KV voraus. Beinhaltet sind in dieser Vereinbarung neben den

- drei Richtlinienverfahren (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie)

auch die

- psychosomatische Grundversorgung (verbale Interventionen), übende (Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation) und suggestive Techniken (Hypnose).

Neben dem Recht zum Führen von Gebietsbezeichnung bzw. Zusatzbezeichnung im psychotherapeutischen Bereich sind entsprechend der beantragten Leistung weitere Weiterbildungszeugnisse und Kursbescheinigungen gefordert.

Der psychologische Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut muss ggf. ebenfalls zusätzlich zum Fachkundenachweis weitere Zeugnisse aus anerkannten Ausbildungsstätten oder von anerkannten Kursen (je nach Antragsstellung) nachweisen.

Die Genehmigung der Durchführung einer Psychotherapie ist an ein Gutachterverfahren gebunden, bzgl. der Kurzzeittherapie kann unter bestimmten Voraussetzungen der Therapeut von dieser Pflicht befreit werden.

<b>Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 22.04.2004		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja/nein (falls ja bitte näher erläutern)		
Anzahl beschiedene Anträge (Therapeuten*)	125		
- davon Genehmigungen	112		
- davon Ablehnungen	13		
Genehmigungen zu den <b>Richtlinienverfahren</b> , Stand 31.12.2004 <i>(sollten in Ihrer KV andere Genehmigungsklassen üblich sein, geben Sie diese bitte an, die hier benannten folgen der Systematik des Bundesarztregisters)</i>			
	<b>nur für Erwachsene</b>	<b>auch für Kinder und Jugendliche</b>	<b>nur für Kinder und Jugendliche</b>
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie</b>	110	15	1
- davon Ärzte	76	7	-
- Therapeuten* mit Genehmigung			

zur <b>Verhaltenstherapie</b>	88	23	8
- davon Ärzte	17	6	2
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>analytischen Psychotherapie</b>	19	5	1
- davon Ärzte	6	1	-
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie</b>		36	
- davon Ärzte		23	
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>analytischen Psychotherapie</b>		7	
- davon Ärzte		1	
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>Verhaltenstherapie</b>		17	
- davon Ärzte		4	
Therapeuten* mit <b>mindestens einer</b> der oben genannten Genehmigung		204	
- davon Ärzte		96	
Anzahl Therapeuten* mit <b>Befreiung von der Gutachterpflicht</b> (wenn möglich differenziert nach Einzel- und Gruppentherapie)	Einzeltherapie	Gruppentherapie	
	110	2	
- davon Ärzte	28	2	

Genehmigungen im Rahmen der <b>psychosomatischen Grundversorgung</b> , Stand 31.12.2004	
- Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	1826
- Therapeuten* mit Genehmigung zum <b>autogenen Training</b>	177
- davon Ärzte	127
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Jacobsonschen Relaxation</b>	56
- davon Ärzte	23
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Hypnose</b>	84
- davon Ärzte	58

\* gemeint sind Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse

### 3.4.17. Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe)

Die Durchführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Dazu sind entsprechende Qualifikationen und die Teilnahme an einem von ihr anerkannten Kurs nachzuweisen. Die Stufendiagnostik der Hypersomnie bezieht sich in ihrer vierten Stufe auf die Polysomnographie.

Diese Richtlinie wird zum 01.04.2005 aktualisiert.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe</b>	gültig seit: 01.10.1991
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja/ <b>nein</b> (falls ja bitte näher erläutern)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	28
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	0
Anzahl geprüfter Ärzte	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit leichten Beanstandungen	0
- davon mit schweren Beanstandungen	0
Bemerkungen	

### 3.4.18. Schmerztherapie-Vereinbarung

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Zusatzvereinbarung mit den Ersatzkassen. Ziel dieser Vereinbarung ist die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch besonders dafür qualifizierte Vertragsärzte.

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung differenzierte Zeugnisse oder Bescheinigungen nachweisen. Dieser Nachweis kann auch durch die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ ersetzt werden. Neben apparativ-technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen ist u.a. auch die jährliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie eine entsprechende Dokumentation nachzuweisen.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Die Behandlung schmerzkranker Patienten kann im Rahmen seines Fachgebietes jeder Arzt durchführen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, den Vertrag zu erfüllen.

Schmerztherapie-Vereinbarungen als Zusatzvereinbarungen zum Bundesmantelvertrag wurden auf Landesebene nicht getroffen.

Um die qualitative Behandlung chronisch Schmerzkranker auf einem hohen Niveau gewährleisten zu können, hat die KVMV eine HVM-Regelung getroffen, die die Leistungsanforderung der Ärzte begrenzt.

Für die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmenden Ärzte wird eine Fallzahlbegrenzung von grundsätzlich 700 Behandlungsfällen – chronisch Schmerzkranken und übrige Behandlungsfälle je Arzt und Quartal festgelegt. Innerhalb dieser Obergrenze darf für bis zu 350 chronisch Schmerzkranken die vereinbarte Pauschale abgerechnet werden. Unter der Voraussetzung, dass eine Schwerpunktpraxis mindestens 200 chronisch Schmerzkranken je Arzt und Quartal schmerztherapeutisch behandeln soll, ergibt sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Behandlungsfälle chronisch Schmerzkranker (X) die Anzahl der übrigen Behandlungsfälle (Y) entsprechend der Formel:

$$y = - 2 x + 1050 \text{ (es gilt: } 200 \leq x \leq 350 \text{).}$$

In den Fällen, in denen weniger als 200 chronisch Schmerzkranken behandelt werden, kann der Vorstand der KVMV diese untere Begrenzungsfallzahl auf Antrag des Arztes im Einzelfall aussetzen, wenn der Arzt, gemessen an seiner Gesamtbehandlungsfallzahl, überwiegend chronisch Schmerzkranken pro Quartal schmerztherapeutisch behandelt.

Bei Überschreitung der Gesamtbehandlungsfälle – diese ergibt sich aus der Addition der Behandlungsfälle chronisch Schmerzkranker und der übrigen Behandlungsfälle – wird der Leistungsbedarf der überschreitenden Fälle um 50 % abgesenkt.

<b>Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten</b>	gültig seit: 01.07.1997 zuletzt geändert: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	Anlage 12 BMV-EKV
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK / AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	19
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	Beendigung der Abrechnungsgenehmigung 1
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl jährliche Prüfungen nach § 4 Abs. 2	-
- davon ohne Beanstandungen	-
- davon mit Beanstandungen	-
Bemerkungen	

### 3.4.19. Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.

Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sog. Praxisteam (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet.

Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie von Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mind. 2-jähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt werden.

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Vereinbarung mit den Ersatzkassen.

<b>Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.07.1994
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV)
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK / AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja/nein (falls ja bitte näher erläutern)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	5
Anzahl beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2 (ZL-Ende)
Einzelfallprüfung nach Stichproben	nein
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen	-

### 3.4.20. Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll 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.

Allein die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antrag stellende Arzt berechtigt ist, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern und die Therapie ggf. abzubrechen.

Die soziotherapeutischen Leistungserbringer (i. d. R. Sozialpsychiatrische Dienste) haben Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen und rechnen ihre Leistungen direkt mit den Kassen ab.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)</b>	gültig seit: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 37 a SGB V i.V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja, da bislang nur ein Vertrag mit einem soziotherapeutischen Leistungserbringer durch die Kostenträger abgeschlossen wurde, ist Genehmigung zur Verordnung auch ohne Kooperation mit anerkanntem Leistungserbringer möglich
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2004	33
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL	33
- davon Genehmigungen	33
- davon Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	-
Bemerkungen	-

### 3.4.21. Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt gegenüber der KV die in der Richtlinie beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen, außerdem muss er die Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzen. Unklarheiten bzgl. der fachlichen Qualifikation können in Kolloquien beseitigt werden.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen</b>	gültig seit: 24.11.1995 zuletzt geändert 22.03.2000
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	17
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	
- davon Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Bemerkungen	

### **3.4.22. Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)**

Die auf Bundesebene gemäß §135 Abs. 2 SGB V geschlossenen Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie, und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie umfasst die Bereiche:

- Allgemeine Röntgendiagnostik
- Mammographie
- Computertomographie
- Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden, hierbei werden die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zu den Prüfungen herangezogen. Wurden die fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, müssen diese in einem Kolloquium nachgewiesen werden.

Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung (RöV) und der Strahlenschutzverordnung (StrSchV), die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen von allen Antragstellern die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachgewiesen werden.

Besondere Regelungen gelten seit dem 01.04.2002 für die Ausführung und Abrechnung der Mammographie. Über die bereits in der bisherigen Vereinbarung bestehenden Regelungen hinaus müssen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung beantragen, erfolgreich an der Beurteilung einer Prüfsammlung teilgenommen haben. Nach erfolgreicher Beurteilung dieser Überprüfung erfolgt eine jährliche Selbstüberprüfung. Des weiteren findet eine regelmäßige Überprüfung der Dokumentationen statt.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)</b> gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.04.2002	Diagnostische Radiologie	Mammographie	Computertomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
	Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Anlage IV Anlage I - Klasse VII  <b>siehe gesonderte Tabelle</b>	Anlage I - Klasse VIII	Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Anlage II	Anlage III nach Klassen I-V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	408	32	50	42	3	18
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Anzahl beschiedene Anträge	28	6	6	3	0	0
- davon Genehmigungen	28	6	6	3	0	0
- davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3	3	1	1	0	1
Anzahl Kolloquien	1	0	0	3	nein	nein
- davon bestanden	0	0	0	3	nein	nein
- davon nicht bestanden	1	0	0	0	nein	nein
Einzelfallprüfung nach Stichproben	26	7	0	nein	nein	nein
Anzahl geprüfter Ärzte	26	5	0	nein	nein	nein
- davon ohne Beanstandung	6	5	0	nein	nein	nein
- davon mit leichten Beanstandungen	17	0	0	nein	nein	nein
- davon mit schweren Beanstandungen	3	2	0	nein	nein	nein
Bemerkungen						

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)</b>	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.03.2004	
<b>hier: Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII</b>		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja/nein (falls ja bitte näher erläutern)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	31.12.2003	31.12.2004
	32	32
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Abschnitt 1 (Fallsammlung) (§ 7 Abs.2 Buchst.a))	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	6	0
- davon bestanden	6	0
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Ärzte, deren Abrechnungsgenehmigung widerrufen wurde, weil sie sich nicht bis zum 30.09.03 der Prüfung nach Abschnitt 1 unterzogen haben	0	
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Abschnitt 2 (§ 7 Abs.2 Buchst.b) teilgenommen haben	18	
Anzahl Ärzte, die die Fallsammlung nach Abschnitt 1 bestanden haben, sich aber nicht innerhalb von 12 Monaten zur Selbstüberprüfung nach Abschnitt 2 angemeldet haben	0	
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Abschnitt 3 § 6 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	5	2
- davon bestanden	3	2
- davon nicht bestanden aufgrund § 6 Abs.7 Buchst. a) (mehr als 24 Beurteilungen in Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel)*	0	0
- davon nicht bestanden aufgrund § 6 Abs.7 Buchst. b) (mehr als 1 Beurteilungen in Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel)*	2	0
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	0	
Bemerkungen: ggf. werden bei Ihnen genau diese Angaben auch von der Kooperationsgemeinschaft erfragt, wir bitten Sie höflich für dieses Jahr diese Doppelarbeit zu tolerieren. Danke.		
* sollte ein Arzt auf Grund von Mängeln in Buchst. a) und b) nicht bestanden haben, diesen bitte ggf. doppelt zählen		

### **3.4.23. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger**

Die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BUB-Richtlinien, Anlage A), sind von 1991 bis 2002 mehrfach geändert worden. Mit der jüngsten umfassenden Überarbeitung (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31. Dezember 2002 und zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten) ergaben sich nachfolgende Änderungen:

- Der qualifizierte Arzt entscheidet über das Vorliegen der Substitutionsindikation- Das heißt, das bisherige Antrags- und Bewilligungsverfahren durch die Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung entfällt und wird durch das Meldeverfahren ersetzt.
- Zur Substitutionsbehandlung sind grundsätzlich nur qualifizierte Ärzte mit der Zusatzqualifikation Suchtmedizinische Grundversorgung zugelassen. Diese Ärzte entscheiden über den Beginn und die Fortsetzung einer Substitutionsbehandlung.
- Der substituierende Arzt muss für jeden substituierten Patienten zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellen (das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht) und den Verlauf daran kritisch überprüfen.
- Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Behandlungsfällen pro Quartal.
- Abweichend von den Stichproben-Überprüfungen sind Substitutionsbehandlungen für Jugendliche, bei Abhängigkeit weniger als zwei Jahre oder bei einer Codein/Dihydrocodein(DHC)-Substitution unmittelbar mit Beginn der Therapie der Kommission vorzulegen.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger</b>	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 01.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja/ <b>nein</b> (falls ja bitte näher erläutern)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	18
Anzahl abrechnender Ärzte (z. B. II/2004 )	10
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	9
- davon Genehmigungen	9
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	2
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Stichprobenprüfung der Dokumentation nach § 9 (3 und 4) (Ärzte/Fälle)	6 Ärzte / 23 Fälle
- davon ohne Beanstandungen	4 Ärzte / 17 Fälle
- davon mit Beanstandungen	2 Ärzte / 6 Fälle
Anzahl der "5-Jahres-Überprüfungen-Patienten" nach § 9 der Richtlinie	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Anzahl Patienten im Jahr 2004	244 Anzeigen
Anzahl Patientenan- und -abmeldungen	davon 134 Abmeldungen
Bemerkungen	Es gab noch keine Langzeitsubstituierten.

### 3.4.24. Ultraschalldiagnostik

Die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Die Genehmigung ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) vom 10.02.1993 in der Fassung vom 31.01.2003 zu erteilen. Die Genehmigungsvoraussetzung ist die Erfüllung der fachlichen Qualifikation nach § 4, § 5 bzw. § 6 der Ultraschall-Vereinbarung und der Nachweis der apparativen Ausstattung durch eine Gerätebestätigung der Hersteller-/Lieferfirma.

Eine Genehmigung kann für insgesamt 31 verschiedene Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei 3 Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch die fachliche Qualifikation zwischen Erwachsenen und Kindern. Soll die fachliche Qualifikation für Kinder nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei Kindern durchgeführt wurden.

Aufgrund fehlender Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien auf Bundesebene für das Gebiet der Ultraschalldiagnostik (wie sie beispielsweise in der Röntgenverordnung schon seit Jahren festgeschrieben sind) bestätigte der Vorstand mit Beschluss vom 17.10.2000 die „Durchführungsbestimmungen für die Stichprobenprüfung im Einzelfall auf dem Gebiet der Ultraschalldiagnostik in der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern“. Damit wurden für das Land Mecklenburg-Vorpommern Kriterien festgelegt, nach denen die Qualität der erbrachten Leistungen auf dem Gebiet der Ultraschalldiagnostik beurteilt wird.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)</b>	Gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 31.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Ja „Durchführungsbestimmungen für die Stichprobenprüfung im Einzelfall auf dem Gebiet der Ultraschalldiagnostik in der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern“
Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2004 (ggf. Anzahl Genehmigungen, Stand 31.12.2004)	936
Anzahl beschiedene Anträge	159
- davon Genehmigungen	73
- davon Ablehnungen	22
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	/
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	31
Anzahl Kolloquien	34
- davon bestanden	25
- davon nicht bestanden	9
Einzelfallprüfung nach Stichproben	

Anzahl geprüfter Ärzte	49
- davon ohne Beanstandung	11
- davon mit leichten Beanstandungen	21
- davon mit schweren Beanstandungen	20
Bemerkungen	

## Genehmigungsbereiche

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	4
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	2
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	3
3 Nasennebenhöhlen	2
4 Gesichtsteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	6
5 Schilddrüse	23
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	9
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	3
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	10
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	3
6.3 Belastungs-Echokardiographie	4
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	8
8 Brustdrüse	8
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	37
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	6, Schilddrüse – Kinder 3
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	5
10.2 Weibl. Genitalorgane	15
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	14
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	3
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	3
13 Säuglingshüften	5
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	9
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	6
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	/
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	3
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	6
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	8
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	5

14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	5
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	3
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	3
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	3
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	5
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	/
Bemerkung: Bitte geben an wenn Ihnen die Differenzierung in die einzelnen Anwendungsbereich nicht möglich sein sollte und nennen Sie die Gründe.	

### 3.4.25. Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale

Voraussetzung für die Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale ist die Vorlage von Zeugnissen bzw. Fachkundenachweise in der zytologischen Diagnostik, die im Rahmen der Weiterbildung erworben wurden und den Nachweis der verlangten diagnostischen Erfahrung in diesem Gebiet belegen. Diese Nachweise müssen Angaben darüber enthalten, worauf sich die Prüfung in der zytologischen Diagnostik nach Art und Umfang erstreckt hat. Kann dies nicht nachgewiesen werden, ist eine Präparateprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (Begutachtung von 20 Präparaten) abzulegen, dafür stehen dem Arzt 4 Stunden Zeit zur Verfügung.

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale</b>	gültig seit: 01.07.1992 zuletzt geändert:: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	26
Anzahl beschiedene Anträge	/
- davon Genehmigungen	/
- davon Ablehnungen	/
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	/
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	/
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	/
- davon bestandene Prüfungen	/
- davon nicht bestandene Prüfungen	/
Bemerkungen	

## **4. Ausblick**

Auch für das Geschäftsjahr 2005 sind eine Reihe von Änderungen zu erwarten. Hierzu gehören Überarbeitungen der Schmerztherapievereinbarung, der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen und eine Ergänzung der Ultraschall-Vereinbarung um die Anlage IV zur Untersuchung der Säuglingshüfte.

### **4.1. Schmerztherapie**

Die Therapie chronisch Schmerzkranker hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Standardisierte Behandlungsmethoden sowie neue Wirkstoffe haben die Schmerztherapie deutlich verbessert. Auch wurde durch den Einsatz von validierten Messinstrumenten sowohl die Diagnosestellung als auch die Verlaufbeobachtung der Therapie auf eine objektivierbare Basis gestellt. Von diesen Verbesserungen haben bislang jedoch nicht alle gesetzlich Krankenversicherten profitiert. Je nach Krankenkasse und Region gab es erhebliche Unterschiede im Versorgungsniveau, ein flächendeckendes Angebot konnte nicht gemacht werden.

Am 1. April 2005 ist die „Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Kraft getreten. Damit ist es gelungen, die Voraussetzungen für eine flächendeckende Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards zu schaffen und damit die schmerztherapeutische Versorgung allen gesetzlich Versicherten zugänglich zu machen.

Bereits 1994 schlossen die KBV und die Verbände der Ersatzkassen VdAK und AEV als Anlage zum Bundesmantelvertrag- Ärzte/Ersatzkassen eine „Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten“ ab. Damit trat erstmals in Deutschland eine bundeseinheitliche Regelung mit dem Ziel in Kraft, die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch besonders dafür qualifizierte Vertragsärzte zu ermöglichen, zu fördern und in der vertragsärztlichen Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Mit der darauf folgenden Einführung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Jahr 1995 wurden die Voraussetzungen für eine zeitgemäße Schmerztherapie weiter verbessert.

Die Schmerztherapie-Vereinbarung wurde 1997 inhaltlich überarbeitet und neu gefasst. Zwar bestanden auch im Primärkassenbereich einige Schmerztherapie-Vereinbarungen auf Landesebene, doch nicht alle Kassen hatten für ihre chronisch schmerzkranken Patienten gesonderte Verträge abgeschlossen, sodass bislang nur Ersatzkassen-Versicherte nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards behandelt werden.

Die Vereinbarung hat das Ziel, die Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten zu verbessern. Für diese Patienten hat der Schmerz bereits seine Warn- und Leitfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt, oder er ist zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden. Hierfür ist eine besondere schmerz-

therapeutische Versorgung erforderlich, die qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden kann, die über eine besondere Qualifikation und Erfahrung verfügen sowie bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung dagegen können und sollen durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden.

Vom Grundsatz her wurden wesentliche Bereiche aus der Schmerztherapie-Vereinbarung mit den Verbänden der Ersatzkassen in die neue Vereinbarung übernommen: Neben der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen vor Antragstellung wird eine ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer besonders qualifizierten Schmerzpraxis gefordert. Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden dabei nicht anerkannt. Auch weiterhin muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt eine bestimmte Anzahl von obligaten und fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren vorhalten. Von besonderer Bedeutung ist die Interdisziplinarität der Behandlung unter der Federführung eines qualifizierten Schmerztherapeuten. So soll der Arzt prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert, wenn es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik kommt. Als zusätzliche fachliche Qualifikation wird die Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung für alle schmerztherapeutisch tätigen Ärzte gefordert. Weiterhin muss der Arzt an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen er ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt. In der Anlage zur Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie wurden zudem erstmals bundeseinheitliche Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung festgelegt, in der der Arzt seine fachliche Qualifikation erwerben kann.

Mit der Übertragung der Erfahrungen der Ersatzkassenvereinbarung zur Schmerztherapie sind die Voraussetzungen für ein flächendeckendes Angebot geschaffen. Es bleibt zu wünschen, dass trotz der sich verschlechternden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, von der alle Vertragsärzte betroffen sind, Schmerzpatienten ein differenziertes Angebot gemacht werden kann.

#### **4.2. Schlafapnoe**

"Schlafbezogene Atmungsstörungen" im Sinne dieser Qualitätsvereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können.

Am 11. November 2004 ist die Änderung der Anlage A Nr. 3 der „Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien)“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten (BAnz. Nr. 213 S. 22 699). Im Zuge der Aufnahme der kardiorespiratorischen Polysomnographie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. April 2005 wurde die bisherige Nr. 3 „Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe“ durch eine neue Nr. 3 „Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen“ ersetzt. Die Richtlinien regelten bis-

lang, dass die in vier Stufen angelegte Diagnostik bis zur Stufe III (Polygraphie) grundsätzlich ambulant, die Stufe IV (Polysomnographie) stationär erfolgen solle. Mit der Überarbeitung der Richtlinien kann nun auch die Polysomnographie unter definierten Vorgaben in ambulanten Einrichtungen erbracht werden, zur Verlaufskontrolle der CPAP-Therapie wird künftig die Polygraphie herangezogen. Die BUB-Richtlinien stellen die Durchführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie und der kardiorespiratorischen Polysomnographie unter Genehmigungsvorbehalt. Die Voraussetzungen zur Erlangung der Genehmigung sind in der „Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2

“ SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen“ geregelt. Die Vereinbarung tritt zum 1. April 2005 in Kraft. In Abschnitt B der Vereinbarung finden sich die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung und apparative Ausstattung für die Durchführung und Abrechnung der Polygraphie. Ärzte bestimmter Fachgruppen, die nicht über die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ verfügen, müssen einen mindestens fünftägigen Kurs absolvieren, wie er auch in der bisherigen Fassung der BUB-Richtlinien vorgesehen war. Fachliche, apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung der Polysomnographie regelt Abschnitt C. Voraussetzung an die fachliche Befähigung ist die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder, wenn die Weiterbildungsordnung diese Zusatzbezeichnung nicht vorsieht, der Nachweis einer angeleiteten Tätigkeit in einem Schlaflabor, der angeleiteten selbstständigen Durchführung einer Mindestzahl von Untersuchungen und Behandlungen sowie der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium vor der Kassenärztlichen Vereinigung. Übergangsregelungen für Ärzte, die bereits Polygraphiegeräte verwenden (bei dieser Regelung geht es nicht um die Ärzte, sondern um Altgeräte, die unter bestimmten Bedingungen weiterverwendet werden können), oder Ärzte, die bereits in einem Schlaflabor tätig waren und Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen behandelt haben, sind in Abschnitt E geregelt.

### **4.3. Säuglingshüfte**

Zum 1. April 2005 ist die Durchführung von Stichprobenprüfungen bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte nach einheitlichen Prüfkriterien bundesweit eingeführt worden. Die Durchführung von Stichprobenprüfungen ist in der neuen Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung geregelt.

Danach besteht für alle Ärzte, die über eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte verfügen, die Auflage einer erfolgreichen Teilnahme an der regelmäßigen Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Grundlage der Stichprobenprüfungen ist die regelmäßige zweijährige Überprüfung zufällig ausgewählter Dokumentationen von Screening-Untersuchungen bei mindestens zwölf Patienten durch die zuständige Ultraschall-Kommission.

Die Überprüfung umfasst die Qualität der selbstständig durchgeführten sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte mit ihren diagnostischen Informationen sowie der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Befundung und Indikationsstellung für Folgemaßnahmen. Auch die sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund ergebenden Konse-

quenzen für das vom Vertragsarzt veranlasste weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen sind im Umfang der Überprüfung enthalten.

Bei Ärzten, denen vor Inkrafttreten der Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte erteilt worden ist, erfolgt eine erstmalige Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen frühestens nach dem 1. April 2006.

## 5. Anhang

### 5.1. Arztstruktur (Stand 31.12.2004)

Bezeichnung	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
<b>Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte/ Ärzte</b>	983	1	984
<b>Anästhesisten</b>	33	6	39
<b>Augenärzte</b>	111	8	119
<b>Chirurgen</b>	103	25	128
Davon Gefäßchirurgen	1		1
Davon Kinderchirurgen	13	3	16
Davon Plastische Chirurgen	1		1
Davon Thoraxchirurgen		1	1
Davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen		1	1
Davon Unfallchirurgen	13	6	19
davon Visceralchirurgen		1	1
<b>Dermatologen</b>	66	4	70
<b>Gynäkologen</b>	187	18	205
<b>HNO-Ärzte</b>	86	10	96
davon Phoniater und Pädaudiologen	5	4	9
<b>Internisten</b>	329	58	387
davon Angiologen	1	2	3
davon Endokrinologen	6	5	11
davon Gastroenterologen	15	6	21
davon Hämatologen		1	1
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	8	6	14
davon Kardiologen	22	10	32
davon Nephrologen	41	1	42
davon Pneumologen	17	2	19
davon Rheumatologen	5	4	9
<b>Kinderärzte</b>	135	43	178
davon Kinderkardiologen	3	2	5
davon Neonatologen	2	3	5
<b>Psychotherapeuten</b>	10		10
<b>Kinder- und Jugendpsychiater</b>	5		5
<b>Laborärzte</b>	7	2	9
<b>Lungenärzte</b>	4		4
<b>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen</b>	11	4	15
<b>Nervenärzte / Neurologen / Psychiater</b>	84	18	102
<b>Neurochirurgen</b>	7	4	11
<b>Nuklearmediziner</b>	12	2	14
<b>Orthopäden</b>	86	4	90
davon Rheumatologen	5	1	6
<b>Pathologen</b>	11	4	15
<b>Psychotherapeuten - ärztlich</b>	29	1	30
<b>Psychotherapeuten - psychologisch</b>	102	2	104
<b>Radiologen / Diagnostische Radiologie</b>	38	23	61
<b>Urologen</b>	55	4	59
<b>Übrige Arztgruppen</b>	12	12	24
<b>Summe</b>	2664	312	2976

## 5.2. Weiterbildungen (Stand 31.12.2004)

Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte (einschließlich psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertragsärzte	Ermächtigungen	Summe
<b>Allgemeinmedizin</b>	<b>Gebiet</b>	799		799
Klinische Geriatrie im Rahmen der Allgemeinmedizin	Fakultative Weiterbildung	4		4
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	8		8
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
<b>Anästhesiologie</b>	<b>Gebiet</b>	55	6	61
Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	1	3	4
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde			
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
<b>Arbeitsmedizin</b>	<b>Gebiet</b>	12		12
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde			
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
<b>Augenheilkunde</b>	<b>Gebiet</b>			
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
<b>Biochemie</b>	<b>Gebiet</b>		1	1
<b>Chirurgie</b>	<b>Gebiet</b>	133	26	159
Spezielle chirurgische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung			
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Osophago-Gastro-Duodenoskopie	Fachkunde	1		1
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
Unfallchirurgie	Schwerpunkt	13	6	19
Gefäßchirurgie	Schwerpunkt	1	10	11
Plastische Chirurgie	Schwerpunkt	1		1
Thoraxchirurgie	Schwerpunkt		1	1
Kinderchirurgie	Schwerpunkt	1	1	2
Thorax- und Kardiovascularchirurgie	Schwerpunkt		1	1
Visceralchirurgie	Schwerpunkt		1	1
<b>Diagnostische Radiologie</b>	<b>Gebiet</b>	49	31	80
Magnet-Resonanz-Tomographie und -spektroskopie	Fachkunde			
Sonographie der weiblichen Genitalorgane	Fachkunde			
Sonographie der Brustdrüse	Fachkunde			
Sonographie der abdominalen und retroperitonealen Gefäße	Fachkunde			
Kinderradiologie	Schwerpunkt	1	2	3
Neuroradiologie	Schwerpunkt	2	4	6
<b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	<b>Gebiet</b>	187	18	205
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Fakultative Weiterbildung	2		2
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Fakultative Weiterbildung	2	4	6
Spezielle operative Gynäkologie	Fakultative Weiterbildung	2	1	3
Mammographie	Fachkunde	1	1	2
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde			

<b>Bezeichnung</b>	<b>Art der Weiterbildung</b>	<b>Vertrags- ärzte</b>	<b>Ermäch- tigungen</b>	<b>Summe</b>
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	Fachkunde	1		1
Gynäkologische Aspirations- und Punktatzytologie	Fachkunde			
Sonographie der Brustdrüse	Fachkunde	8	2	10
Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	Fachkunde	5	3	8
Sonographie der Gefäße des Fetus	Fachkunde		1	1
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
<b>Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</b>	<b>Gebiet</b>	88	9	97
Spezielle Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie	Fakultative Weiterbildung		2	2
Phoniatrie und Pädaudiologie	Schwerpunkt	4	2	6
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
<b>Haut- und Geschlechtskrankheiten</b>	<b>Gebiet</b>	67	4	71
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
Dermatohistologie	Fachkunde			
<b>Herzchirurgie</b>	<b>Gebiet</b>		1	1
Thoraxchirurgie	Schwerpunkt		1	1
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
<b>Humangenetik</b>	<b>Gebiet</b>		1	1
Zytogenetische Labordiagnostik	Fachkunde			
Molekulargenetische Labordiagnostik	Fachkunde			
<b>Hygiene und Umweltmedizin</b>	<b>Gebiet</b>		1	1
<b>Innere Medizin</b>	<b>Gebiet</b>	336	58	394
Klinische Geriatrie im Rahmen der Inneren Medizin	Fakultative Weiterbildung		1	1
Spezielle internistische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	1	4	5
Gastroenterologie	Schwerpunkt	15	6	21
Kardiologie	Schwerpunkt	22	10	32
Pneumologie	Schwerpunkt	17	2	19
Endokrinologie	Schwerpunkt	5	5	10
Nephrologie	Schwerpunkt	34	1	35
Rheumatologie	Schwerpunkt	5	4	9
Angiologie	Schwerpunkt	1	2	3
Hämatologie und internistische Onkologie	Schwerpunkt	8	6	14
Hämatologie	Schwerpunkt			
Diabetologie	Schwerpunkt			
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde			
Internistische Röntgendiagnostik	Fachkunde	2	1	3
Echokardiographie	Fachkunde	13	4	17
Bronchoskopie	Fachkunde	4	2	6
Sigmoido-Koloskopie	Fachkunde	28	4	32
Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße	Fachkunde	4	4	8
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
<b>Kinderchirurgie</b>	<b>Gebiet</b>	2		2
Sigmoido-Koloskopie	Fachkunde		1	1
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
<b>Kinderheilkunde</b>	<b>Gebiet</b>	134	43	177
Spezielle pädiatrische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung		1	1
Kinderkardiologie	Schwerpunkt	3	2	5

<b>Bezeichnung</b>	<b>Art der Weiterbildung</b>	<b>Vertrags- ärzte</b>	<b>Ermäch- tigungen</b>	<b>Summe</b>
Neonatologie	Schwerpunkt	2	3	5
Kinder- Lungen- und Bronchialheilkunde	Schwerpunkt	1	2	3
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
<b>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut</b>	<b>Gebiet</b>	5		5
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>	<b>Gebiet</b>	6	2	8
<b>Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psycho- therapie</b>	<b>Gebiet</b>		1	6
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
<b>Klinische Pharmakologie</b>	<b>Gebiet</b>			
<b>Laboratoriumsmedizin</b>	<b>Gebiet</b>	7	2	9
<b>Lungen- und Bronchialheilkunde</b>	<b>Gebiet</b>	7	1	8
<b>Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie</b>	<b>Gebiet</b>	3	2	5
<b>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>	<b>Gebiet</b>	11	4	15
<b>Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)</b>	<b>Gebiet</b>	83	13	96
Klinische Geriatrie im Rahmen der Ner- venheilkunde	Fakultative Wei- terbildung	1		1
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	3		3
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
<b>Neurochirurgie</b>	<b>Gebiet</b>	8	4	12
Spezielle neurochirurgische Intensivmedi- zin	Fakultative Wei- terbildung		2	2
<b>Neurologie</b>	<b>Gebiet</b>	7	6	13
Spezielle neurologische Intensivmedizin	Fakultative Wei- terbildung			
Klinische Geriatrie im Rahmen der Neuro- logie	Fakultative Wei- terbildung			
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde			
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
<b>Neurologie und Psychiatrie</b>	<b>Gebiet</b>	83	13	96
<b>Neuropathologie</b>	<b>Gebiet</b>			
<b>Nuklearmedizin</b>	<b>Gebiet</b>	12	2	14
<b>Öffentliches Gesundheitswesen</b>	<b>Gebiet</b>	1		1
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
<b>Orthopädie</b>	<b>Gebiet</b>	88	4	92
Spezielle orthopädische Chirurgie	Fakultative Wei- terbildung	2		2
Rheumatologie	Schwerpunkt	5	1	6
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
<b>Pathologie</b>	<b>Gebiet</b>	11	5	16
Molekularpathologie	Fakultative Wei- terbildung		1	1
Neuropathologie	Schwerpunkt			
<b>Pharmakologie und Toxikologie</b>	<b>Gebiet</b>		1	1
Klinische Pharmakologie	Schwerpunkt			
<b>Phoniatrie und Pädaudiologie</b>	<b>Gebiet</b>	5	4	9
<b>Physikalische und Rehabilitative Medizin</b>	<b>Gebiet</b>	9	2	11
<b>Plastische Chirurgie</b>	<b>Gebiet</b>	1		1
Spezielle plastisch-chirurgische Intensiv- medizin	Fakultative Wei- terbildung			
<b>Praktischer Arzt</b>	<b>Gebiet</b>	74		74
<b>Psychiatrie</b>	<b>Gebiet</b>	14	3	17
<b>Psychiatrie und Psychotherapie</b>	<b>Gebiet</b>			

<b>Bezeichnung</b>	<b>Art der Weiterbildung</b>	<b>Vertrags- ärzte</b>	<b>Ermäch- tigungen</b>	<b>Summe</b>
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	1		1
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
<b>Psychologischer Psychotherapeut</b>	<b>Gebiet</b>	168	2	170
<b>Psychotherapeutische Medizin</b>	<b>Gebiet</b>	11		11
Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde			
Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde			
<b>Psychotherapie</b>	<b>Gebiet</b>	9	2	11
<b>Radiologie</b>	<b>Gebiet</b>	23	19	42
Strahlentherapie	Schwerpunkt			
<b>Radiologische Diagnostik</b>	<b>Gebiet</b>	11	4	15
<b>Strahlentherapie</b>	<b>Gebiet</b>	2	1	3
<b>Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik</b>	<b>Gebiet</b>			
<b>Transfusionsmedizin</b>	<b>Gebiet</b>	3	5	8
<b>Urologie</b>	<b>Gebiet</b>	54	4	58
Spezielle urologische Chirurgie	Fakultative Weiterbildung	1		1
Laboruntersuchungen	Fachkunde			
Ernährungsmedizin	Fachkunde			
<b>Zusatzbezeichnungen</b>		118	9	127
Allergologie				
Arbeitsmedizin				
Ärztliches Qualitätsmanagement				
Balneologie und Medizinische Klimatologie		39	3	42
Betriebsmedizin		41		41
Bluttransfusionswesen		3		3
Chirotherapie		275	9	284
Flugmedizin				
Handchirurgie		3		3
Homöopathie		22		22
Medizinische Genetik			3	3
Medizinische Informatik				
Naturheilverfahren		61		61
Phlebologie		6	1	7
Physikalische Therapie		37	1	38
Plastische Operationen		8	6	14
Psychoanalyse		5		5
Psychotherapie		67	3	70
Qualitätsmanagement			1	1
Rehabilitationswesen				
Rettungsmedizin		10	2	12
Sozialmedizin		1		1
Spezielle Schmerztherapie		12	3	15
Sportmedizin		28	1	29
Stimm- und Sprachstörungen		5		5
Transfusionsmedizin				
Tropenmedizin		1		1
Umweltmedizin		18	1	19

## 5.3. Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung<sup>1</sup>

### 5.3.1. Zuständigkeiten und Organisation

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure. Einen Überblick über diese Komplexität gibt folgende Übersicht:

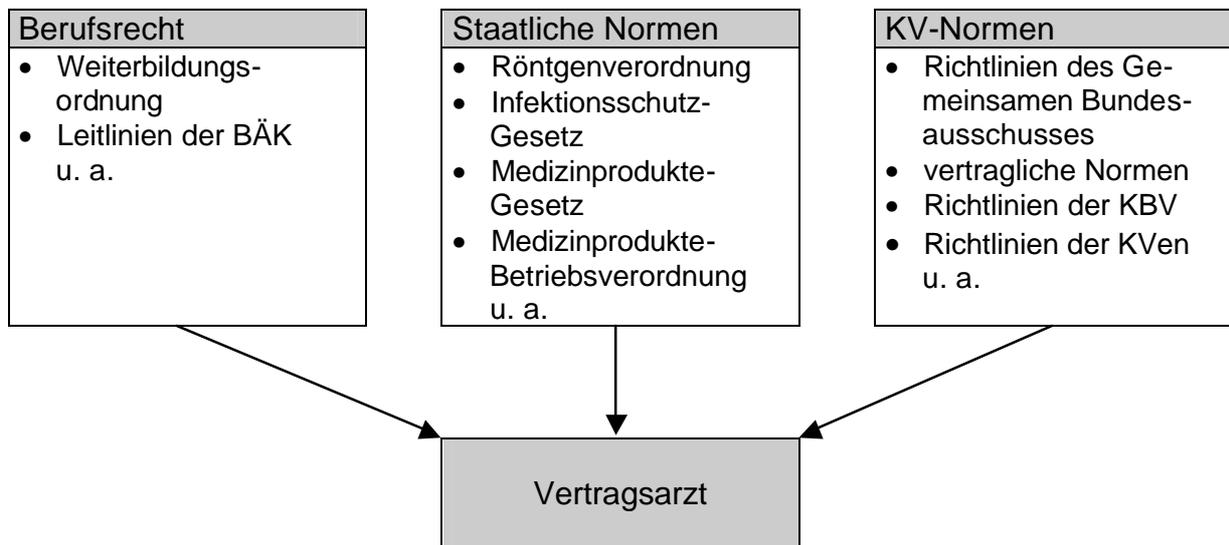


Abbildung : Schema der Normsetzungsbereiche

Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (z. B. Eichordnung, Röntgenverordnung),
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärzttekammer und KV).

Der Vertragsarzt muss in seiner Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dabei hat er es nicht nur mit dem Ansprechpartner KV, sondern auch der Ärztekammer und staatlichen Einrichtungen zu tun.

Dies bedeutet umgekehrt, dass die KV nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffenden Qualitätsnormen vorgibt bzw. deren Einhaltung überwacht, sondern nur die spezifisch vertraglichen Normen, die die gemeinsame Selbstverwaltung oder die ärztliche Selbstverwaltung vorgeben. Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend. Zwischen den Normen besteht ein Über- bzw. Unterordnungsverhältnis:

- das Vertragsarztrecht (SGB V sowie abgeleitete Normen, z. B. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)
- staatliche Normen (z. B. Röntgenverordnung, Gerätesicherheitsverordnung, Infektionsschutzgesetz)
- das Berufsrecht (z. B. Berufsordnung, Weiterbildungsordnung)

<sup>1</sup> Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der Vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV; Oktober 2004

### **5.3.2. Der Gemeinsame Bundesausschuss**

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen des §§ 91 ff. SGB V ab dem 01. Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das entscheidende, wichtigste Gremium für die Ausgestaltung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er besteht aus 9 Vertretern der Leistungserbringer, 9 Vertretern der Kassenseite sowie 3 unparteiischen Mitgliedern. Zur Stärkung der Kompetenz der Patientinnen und Patienten stellt der Gemeinsame Bundesausschuss Informationen zu Krankheiten, die hohe soziale und volkswirtschaftliche Folgen verursachen und somit eine hohe Versorgungsrelevanz haben, zur Verfügung. Diese Informationen sind in einer allgemein verständlichen und für medizinische Laien nachvollziehbaren Form aufzuarbeiten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten geschaffen. Diese Regelungen finden sich in § 140f SGB V. Abs. 2 regelt, dass den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitspracherecht eingeräumt wird. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sachkundigen Personen sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Diese für die Bundesebene geltende Regelung findet sich für die auf der Landesebene tätigen Gremien in Abs. 3. Betroffen sind hier insbesondere die Landesausschüsse sowie die Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse. Insgesamt sollen diese Regelungen die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig stärker in die Entscheidungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Versorgung betreffen, eingebunden sein. Sie müssen von den Betroffenen zu Beteiligten werden.

### **5.3.3. Normen der Qualitätssicherung**

Gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der GKV bildet das Sozialgesetzbuch (SGB V). Daneben hat der Vertragsarzt noch weitere Gesetze bzw. Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln.

#### **Wichtige Qualitätssicherungsparagrafen im SGB V:**

##### **§ 70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit**

Dieser Paragraph gibt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung neben Wirtschaftlichkeit und Humanität auch die Verpflichtung für eine qualitativ gesicherte Versorgung vor.

##### **§ 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

Nach dieser Vorschrift sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit für ambulante Operationen festzulegen. In einem

dreiseitigen Vertrag sind die Bedingungen für gemeinsame Qualitätsüberprüfungen beim ambulanten Operieren sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung definiert. Insbesondere sieht § 115b vor, dass die Beteiligten vereinbaren:

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

### **§ 135: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Dieser Paragraph ist für die Qualitätssicherung die zentrale Bestimmung im SGB V. Nach Abs. 1 dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat. Diese Richtlinien müssen Empfehlungen enthalten:

- zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
- zur notwendigen Qualifikation der Ärzte,
- zu den apparativen Anforderungen und
- zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Sollte die Überprüfung der o. g. Kriterien ergeben, dass sie nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Nach Abs. 2 sind die Vertragspartner der Bundesmantelverträge verpflichtet, für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes,
- besondere Praxisausstattung und
- weitere Anforderungen an die Strukturqualität

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

### **§ 135a: Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Diese Regelungen sind eingeführt worden, da von den positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements alle Leistungsbereiche profitie-

ren sollen. Deshalb werden die Leistungserbringer erstmals auch verpflichtet, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern.

### **§ 136: Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

Schon die Überschrift trägt dem Anspruch Rechnung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu fördern haben und durch die Qualitätsprüfung das Ergebnis ihrer Bemühungen bewerten können. Kassenärztliche Vereinigungen haben Ziele der Qualitätssicherung festzulegen, um die Effektivität und Stringenz ihrer Maßnahmen zu gewährleisten. Die Resultate sind schriftlich festzuhalten und in allgemein verständlicher Form zugänglich zu machen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen, deren Ziele und Ergebnisse sind zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute Standard. Die KBV bemüht sich um eine Vereinheitlichung dieser Berichte, um daraus Qualitätsziele ableiten zu können. Diese Qualitätsberichte dienen der Förderung der Übersichtlichkeit der einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Insbesondere für Versicherte soll dadurch die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Bereich deutlich gemacht werden.

Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Dazu entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung.

### **§ 136a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92 SGB V

- Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2,
- die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

### **§ 137b: Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen,
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen,

- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten,
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierten Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten und
- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

### **§ 137f: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten**

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien (vgl. B 3.1),
4. sektorübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

### **§ 139a: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Es wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen
- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln
- Bürgerinformation zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung

Ziel dieser Regelung ist es, den Prozess der Fortentwicklung der medizinischen und pflegerischen Leistungen zu sichern und die kontinuierliche Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine qualitativ gesicherte Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Aufgabe der unabhängigen wissenschaftlichen Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistung obliegt häufig dem Institut. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick der wichtigsten Normen der Qualitätssicherung und die Zuständigkeit zur Regelung wieder:

Regelung	Erstellt von:
§ 25 Gesundheitsuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Früherkennungsleistungen, Festlegung unter Qualitätsgesichtspunkten von Mindestfrequenzen, bedarfsgerechter Festlegung von Planungsräumen (Qualifikation und räumliche Zuordnung)</li> </ul>	Partner der Bundesmantelverträge
§ 115b Ambulantes Operieren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität</li> </ul>	Dreiseitige Verträge KBV/DKG/Spitzenverbände KK
§ 135 Abs. 2 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von Strukturanforderungen</li> <li>• Definition von sog. Kernleistungen</li> </ul>	Partner der Bundesmantelverträge
§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung</li> <li>• Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung</li> </ul>	G-BA
§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichprobenprüfung</li> <li>• Qualitätsberichte</li> </ul>	G-BA, KVen
§ 136a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit von aufwändigen Leistungen</li> <li>• Definition von grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement</li> </ul>	G-BA
§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung</li> <li>• Regelmäßige Berichte</li> </ul>	G-BA
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> <li>• DMP</li> <li>• Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung</li> </ul>	G-BA
§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA</li> <li>• Bewertung evidenzbasierter Leitlinien</li> <li>• Empfehlung zu DMP</li> <li>• Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln</li> <li>• Bürgerinformationen</li> </ul>	Eigene Einrichtung

#### 5.4. Ansprechpartner in der Abteilung Qualitätssicherung

Dr. Reindard Wosniak (0385/7431-244)	Abteilungsleiter
Kerstin Holländer (0385/7431-383)	- Blutreinigungsverfahren - LDL-Elimination, ESWL
Anke Voglau (0385/7431-377)	- Psychotherapie/Psychosomatik - Soziotherapie - Sozialpsychiatrie
Silke Seemann (0385/7431-387)	- Laboratoriumsuntersuchungen O III - Zytologie - Kardiologie (Herzschrittmacher, Langzeit-EKG, invasive Kardiologie)
Gerlinde Geick (0385/7431-376)	- Sonographie
Martina Lanwehr (0385/7431-375)	- Radiologie - Nuklearmedizin
Renate Hahn (0385/7431-385)	- Diabetologie - Rheumatologie
Marita Längrich (0385/7431-384)	- Onkologie - Schmerztherapie - Akupunktur
Brit Tesch (0385/7431-382)	- Ambulantes Operieren, Arthroskopie - Koloskopie - Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
Liane Ohde (0385/7431-210)	- Prävention, Rehabilitation, QS-Projekte, - Methadon, Suchtvereinbarung, - Mammographie-Screening
Ilona Holzmann (0385/7431-244)	- Qualitätszirkel
Kirsten Martensen (0385/7431-243)	- Manuelle Therapie, Physikalisch-medizinische Leistungen, Humangenetik, Künstliche Befruchtung, Polygraphie und Polysomnographie