



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Qualitätsbericht

der
**Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**

2005

Impressum:**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Telefon: (0385) 7431-243
Telefax: (0385) 7431-346
E-Mail: qual-sicherung@kvmv.de
Internet: www.kvmv.de

Auflage:

1. Auflage, August 2006

Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Qualitätssicherung
Frau Martensen

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 derzeit über 21 Qualitätssicherungskommissionen und einer seit Anfang der neunziger Jahre 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 persönlichem 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 heute 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 zu handeln: „Tue Gutes und rede darüber“. 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 Kassenärztlicher 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 unseres Landes mit diesem Bericht über ihre Aktivitäten auch selbstbewusst den Herausforderungen und Gestaltungsdiskussionen eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems.



Dr. med. Wolfgang Eckert

1. Vorsitzender der KV Mecklenburg-Vorpommern

Inhaltsverzeichnis

Kassenärztliche Vereinigung	1
1 Einführung.....	7
2 Aktuelle Themen	9
2.1 Mammographie-Screening	9
2.2 Sonographie der Säuglingshüfte	11
3 Qualitätssicherung	13
3.1 Ambulante Operationen	14
3.2 Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren.....	15
3.3 Arthroskopische Untersuchungen	17
3.4 Blutreinigungsverfahren	18
3.5 Disease-Management-Programme	19
3.6 Herzschrittmacherkontrolle	23
3.7 Invasive Kardiologie	24
3.8 Kernspintomographie	26
3.9 Koloskopie	28
3.10 ... Künstliche Befruchtung	30
3.11 ... Laboratoriumsuntersuchungen	31
3.12 ... Langzeit-EKG-Untersuchung	33
3.13 ... Medizinische Rehabilitation.....	34
3.14 ... Onkologie-Vereinbarung	35
3.15 ... Otoakustische Emissionen.....	36
3.16 ... Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	37
3.17 ... Psychotherapie	38
3.18 ... Schlafbezogene Atmungsstörungen	40
3.19 ... Schmerztherapie	41
3.20 ... Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	42
3.21 ... Soziotherapie	43
3.22 ... Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	44
3.23 ... Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)	45
3.24 ... Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	51
3.25 ... Ultraschalldiagnostik	53
3.26 ... Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale.....	55
3.27 ... Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus	56
3.27.1 Chirotherapie	56
3.27.2 Diabetischer Fuß.....	56
3.27.3 Funktionsstörung der Hand.....	57
3.27.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	57
3.27.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau	58
3.27.6 Empfängnisregelung	58
3.27.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung.....	58
3.27.8 Physikalische Therapie	59
3.27.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin	60

4	Ausblick.....	62
4.1	.....Herzschrittmacher.....	62
4.2	.....Zytologie.....	62
4.3	.....Flexible Endoskopien.....	62
4.4	.....Photodynamische Therapie (PDT).....	63
4.5	.....Magnetresonanz-Angiographie.....	63
4.6	.....Dialyse.....	63
5	Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildung.....	65
5.1	.....Qualitätsmanagement in Arztpraxen.....	65
5.2	.....Qualitätszirkel.....	67
5.3	.....Fortbildung.....	68
6	Service.....	69
6.1	.....Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung.....	69
6.1.1	Kommissionsarbeit.....	69
6.1.2	Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV.....	70
6.1.3	Informationsstelle Psychotherapie.....	70
6.1.4	Normen der Qualitätssicherung.....	73
6.1.5	Stichprobenprüfungen.....	78
6.2	.....Arztstruktur (Stand 31.12.2005).....	79
6.3	.....Weiterbildungen (Stand 31.12.2005).....	80
6.4	.....Ansprechpartner in der Abteilung Qualitätssicherung.....	83

1 Einführung

„Die hohe Qualität unseres Gesundheitswesens ist international anerkannt und muss im Interesse aller, die auf seine Leistungsfähigkeit angewiesen sind, erhalten bleiben.“ Dieses Zitat aus dem Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung macht deutlich, dass die Qualität unseres Gesundheitswesens eine herausragende gesellschaftliche Rolle spielt. Die auch erst jüngst in einer Studie des Commonwealth Fund¹, im Vergleich mit fünf weiteren Industrienationen, herausgearbeitete Qualität des deutschen Gesundheitswesens kommt aber nicht von ungefähr. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stehen für den hohen Qualitätsstandard der Vertragsärzte und Psychotherapeuten als Leistungsträger in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ein.

Bereits die Teilnahmevoraussetzungen für die vertragsärztlichen Versorgung garantieren einen hohen Qualitätsstandard. An der vertragsärztlichen Versorgung können nur Ärzte / Psychotherapeuten teilnehmen, die über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung verfügen. So haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte / Psychotherapeuten nach Abitur und Medizinstudium eine mindestens fünfjährige Weiterbildung in einem Fachgebiet absolviert, um die notwendige Einstiegsqualifikation zu erreichen. Jeder einzelne Vertragsarzt (siehe auch Kapitel 6.2. und 6.3). garantiert also bereits durch seine abgeschlossene Aus- und Weiterbildung einen hohen Qualitätsstandard. Während der Patient im Krankenhaus häufig durch Assistenzärzte unter Facharztsupervision behandelt wird, hat er in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung die Gewähr, stets durch einen weitergebildeten Facharzt behandelt zu werden.

Ein weiterer Eckpfeiler der Qualitätssicherung sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie tragen dafür Sorge, dass die in diesem Bericht detailliert aufgelisteten Diagnose- und Behandlungsverfahren nur durch entsprechend qualifizierte Ärzte und Psychotherapeuten durchgeführt werden. Größtenteils bestehen weit über die Facharztanforderungen hinaus gehende Qualitätsanforderungen, die durch Rezertifizierungen, Routinenachweise und Stichprobenüberprüfungen laufend überwacht werden.

Neben den Qualitätssicherungsmaßnahmen für einzelne Diagnose- und Therapieverfahren wird seit einigen Jahren der Ansatz des Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen Versorgung verfolgt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in Zusammenarbeit mit Kassenärztlichen Vereinigungen und ausgewiesenen Experten ein Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das auf die Bedürfnisse einer vertragsärztlichen Praxis abgestimmt ist. Damit soll der Gedanke der stetigen Qualitätsverbesserung für den gesamten Praxisablauf befördert werden. Hier sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieses Ziel bereits verfolgt wurde, bevor der Gesetzgeber eine Verpflichtung zum Qualitätsmanagement normiert hat.

Für die Patienten ist bereits der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung ein elementarer Qualitätsaspekt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen garantieren, dass landesweit ein freier Zugang sowohl zum Hausarzt als auch zum Facharzt und Psy-

¹ Schoen C, Osborn R, et al. Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. Health Affairs 24 (2005): w509-w525 (published online 3 November 2005).

chotherapeuten gewährleistet ist und diese vor Ort zur Verfügung stehen. Diese Sicherstellungsaufgabe ist durchaus keine leichte Aufgabe und eine ständige Herausforderung für die Kassenärztliche Vereinigung und ihre Mitglieder. Die freie Arztwahl und die damit untrennbar verbundene Herstellung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses ist aus unserer Sicht aber ein entscheidendes Qualitätsmerkmal unserer Arbeit.

Dieser Qualitätsbericht macht die vielfältigen Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung transparent, die seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ihrer Mitglieder bereits aktuell verfolgt werden. Er macht aber auch deutlich, dass die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität einem dynamischen Prozess unterliegt. Gerade für die Zukunft gilt es, bestehende Maßnahmen zu optimieren und neue Verfahren zu implementieren.

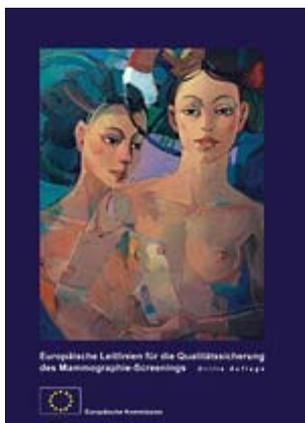
In der Struktur des Qualitätsberichts spiegeln sich diese Gesichtspunkte wider. Als Einstieg setzt sich das Kapitel „Aktuelle Themen“ mit neuen bzw. überarbeiteten Qualitätssicherungsmaßnahmen auseinander. Anschließend werden die seit Jahren etablierten Qualitätssicherungsbereiche dargestellt. Über den oben bereits angeschnittenen Themenkomplex „Qualitätsmanagement“ geht der Blick zu guter Letzt ins laufende Jahr 2006. Ergänzend werden die Darstellungen durch einen umfangreichen Serviceteil.

2 Aktuelle Themen

2.1 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit bei Frauen. Etwa zehn Prozent aller Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs, die meisten nach dem 50. Lebensjahr.

Internationale Studien haben gezeigt, dass organisierte Programme zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50 bis 69-jährigen Frauen, das so genannte Mammographie-Screening, die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken kann. Voraussetzung dafür ist eine hohe Teilnahmequote und eine hohe Qualität des Programms selbst. Dies wird gewährleistet durch die persönliche Einladung aller anspruchsberechtigten Frauen, die organisierte Doppelbefundung aller Mammographie-Aufnahmen und eine kontinuierliche und akribische Qualitätssicherung aller Teilschritte des Mammographie-Screenings von der ersten Untersuchung bis hin zur interdisziplinären Besprechung vor Therapiebeginn.



Auf Grund der vorliegenden Studienergebnisse und der Einführung des Screenings in anderen Ländern hatte der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Modellprojekte auf den Weg gebracht, die die Einbettung eines qualitativ hochwertigen Screenings in die deutsche Gesundheitsversorgung erproben sollten. Nach Abschluss und solider Aufarbeitung der Ergebnisse war vorgesehen, mit diesen Erfahrungen ein flächendeckendes Screening auf den Weg zu bringen. Die politische Willensbildung durch den Allparteienbeschluss des Bundestags im Jahre 2002 hat letztlich dafür Sorge getragen, dass dieses Vorgehen abgebrochen und unmittelbar ein flächendeckendes Mammographie-Screening

auf Grundlage der „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ eingeführt wurde. Im Januar 2004 sind die entsprechenden Richtlinien (Ergänzung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und der Bundesmantelverträge Ärzte/Ersatzkassen) dazu in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren zweijährlich Anspruch auf eine Screening-Mammographie-Untersuchung, sobald diese in ihrer Region angeboten wird.

Qualität durch Qualifikation

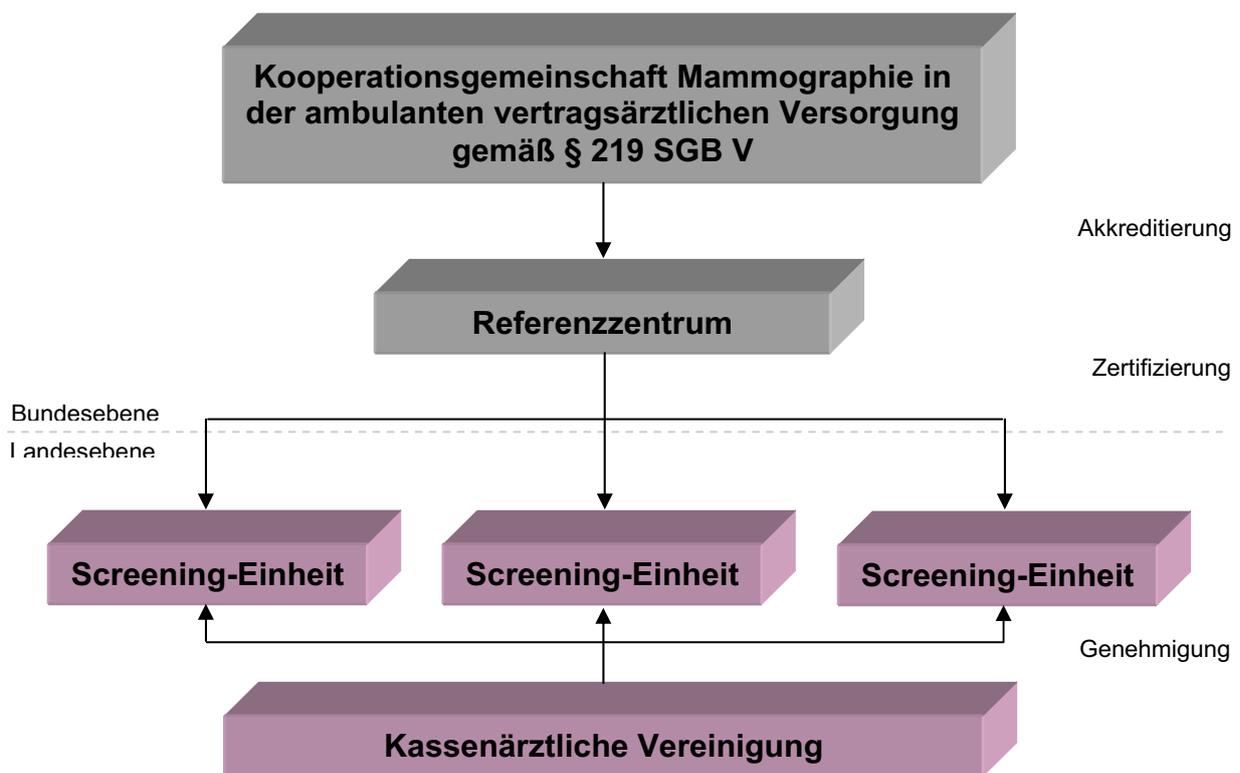
Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen, damit das Ziel, die Brustkrebssterblichkeit zu senken und betroffenen Frauen schonende Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen, erreicht werden kann. Diese Anforderungen betreffen insbesondere die Qualifikationen.

Ein Grund hierfür ist die geringe Prävalenz. Das heißt: Im Gegensatz zur kurativen Mammographie ist im Screening mit wenigen Verdachtsfällen bei den untersuchten Frauen zu rechnen. Zudem ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Dieses Wissen erfordert ein anderes Vorgehen in der Interpretation von Screening-Aufnahmen. Im Programm befundende Ärzte müssen daher spezielle Fortbildungen absolvieren und Fallsammlungen beurteilen. Diese Maßnahmen sind regelmäßig zu wiederholen. Um darüber hinaus die erforderliche Routine bei der Befundung zu ge-

währleisten, ist eine Frequenzregelung vorgesehen: Pro Jahr muss der Arzt die Mammographien von mindestens 5.000 Frauen befunden. Kann diese Forderung nicht erfüllt werden, müssen im darauf folgenden Jahr die Aufnahmen von 3.000 Frauen unter Supervision befundet werden. Der Nachweis ist ein Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit im Programm zu erbringen.

Besondere Anforderungen werden an die programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen organisiert und im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessment) die Diagnosesicherung vorgenommen. Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme ihrer Tätigkeit im Programm eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit müssen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen beurteilen.

Organisatorische Struktur, Ausschreibung und Teilnahme



Grundlage für die Auswahl der am Screening-Programm teilnehmenden Ärzte ist ein öffentliches Ausschreibungsverfahren. Jeder interessierte Radiologe oder Gynäkologe, der über die Fachkunde im Strahlenschutz und die fachlichen Voraussetzungen zur kurativen Mammographie verfügt, kann sich als programmverantwortlicher Arzt für eine Screening-Region bewerben. Idealerweise tut er dies zusammen mit einem von ihm ausgewählten Team an kooperierenden Ärzten und radiologischen Fachkräften. Hierzu ist ein detailliertes Konzept einzureichen, in dem die fachlichen Voraussetzungen des Arztes und seines Teams sowie die geplante beziehungsweise bereits vorhandene Praxis- und apparative Ausstattung dargestellt wird.

Die Kassenärztlichen Vereinigung wählen die geeigneten Bewerber nach Eignung und bestmöglicher räumlicher Zuordnung für die Versorgung der Frauen aus und erteilt diesen im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene eine Genehmigung. Die Genehmigung ist mit der Auflage verbunden, dass der Arzt innerhalb von höchstens neun Monaten die für den Screening-Betrieb erforderlichen spezifischen fachlichen Qualifikationen (zum Beispiel Fortbildungsveranstaltung, Tätigkeit in einem Referenzzentrum) erwirbt und die Realisierung der im Bewerbungskonzept beschriebenen baulichen und apparativen Maßnahmen nachweist. Ist dies erfolgt, kann mit der Übernahme des Versorgungsauftrages begonnen werden. Einige Kassenärztlichen Vereinigungen haben bereits die Versorgungsaufträge ausgeschrieben, andere bereiten die Ausschreibungen derzeit vor. In den regionalen amtlichen Mitteilungsorganen werden die Ausschreibungen angekündigt und veröffentlicht.

Eine weitere Voraussetzung für die Übernahme des Versorgungsauftrages ist eine Zertifizierung der Screening-Einheit durch die Kooperationsgemeinschaft auf Grundlage der von ihrem Beirat (paritätisch besetzt durch Vertreter der Krankenkassen und der Ärzteschaft) verabschiedeten Zertifizierungsprotokolle.

Die „Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ selber ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts und wurde zum 1. August 2003 von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter anderem mit dem Ziel, die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screening-Programms in Deutschland zu koordinieren und zu evaluieren, gegründet (<http://www.koop-mammographie.de>).

2.2 Sonographie der Säuglingshüfte

Zum 1. Januar 1996 wurde durch eine Ergänzung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres ("Kinder-Richtlinien") das sonographische Screening der Säuglingshüfte bundesweit eingeführt. Die hüftsonographische Screening-Untersuchung bei Säuglingen erfolgt in der 4. bis 5. Lebenswoche in zeitlichem Zusammenhang mit der 3. Früherkennungs-Untersuchung (sogenannte "U 3"). Dadurch soll sichergestellt werden, dass im Falle einer klinisch noch unauffälligen Dysplasie eine eventuell notwendige Therapie vor der 6. Lebenswoche einsetzt, um so das spätere Auftreten einer Hüftgelenksluxation zu verhindern.

Um eine optimale Durchführung des Hüftsonographie-Screenings zu gewährleisten, wurde die seit 1993 geltende Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V um spezielle fachliche Eingangsvoraussetzungen ergänzt. So wurde festgelegt, dass vor Antragsstellung im Rahmen der Weiterbildung unter Anleitung mind. 200 Säuglinge untersucht worden sein mussten. Dies betrifft Fachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und radiologische Diagnostik. Für alle anderen Arztgruppen ist der zusätzliche Nachweis einer 18-monatigen ständigen klinischen oder vergleichbaren Tätigkeit im Fachgebiet Kinderheilkunde oder Orthopädie oder radiologische Diagnostik, Kinderradiologie erforderlich. Weiterhin wurde festgelegt, dass das Abbildungsverhältnis des Untersuchungsgebietes mindestens 1,7 zu 1 betragen muss: Diese Untersuchungsbedingungen sind Voraussetzung für eine fachgerechte Beur-

teilung des Hüftzustandes von Säuglingen und essenziell für die sich gegebenenfalls ergebende Therapieentscheidung.

Ab dem 1. April 2005 wird nun neben der Prüfung der fachlichen Qualifikation als ein weiterer Baustein der Qualitätssicherung der hüftsonographischen Untersuchung die Durchführung von Stichprobenprüfungen bei Bild- und Schriftdokumentationen nach einheitlichen Kriterien bundesweit eingeführt. In zweijährigem Abstand werden pro Arzt zufällig ausgewählter Dokumentationen bei mindestens 12 Patienten durch die zuständige Qualitätssicherungs-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung geprüft. Die Überprüfung soll dazu beitragen, gegebenenfalls Qualitätsdefizite zu identifizieren um Ärzten die Gelegenheit zu geben, Mängel zu beseitigen. 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 mögliche Folgemaßnahmen. Auch die sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund ergebenden Konsequenzen für das vom Vertragsarzt veranlasste weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen sind im Umfang der Überprüfung enthalten.

Die Einführung von Stichprobenprüfungen bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte ist in der neuen Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung gemäß §135 Abs. 2 SGB V geregelt. Ab dem 1. April 2005 besteht für alle Ärzte, denen eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte in der vertragsärztlichen Versorgung erteilt worden ist, die Auflage einer erfolgreichen Teilnahme an der regelmäßigen Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Dabei werden die Ergebnisse in Stufen eingeteilt (siehe Graphik) Bei Ärzten, denen vor In-Kraft-Treten der Anlage IV eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte in der vertragsärztlichen Versorgung erteilt worden ist, erfolgt eine erstmalige Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen frühestens nach dem 1. April 2006.

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden bereits seit 1992 Stichprobenprüfungen auf dem Gebiet der Ultraschalldiagnostik mit hoher Akzeptanz von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte durchgeführt.

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, Ultraschall der Säuglingshüfte)
4. Stichprobenprüfungen (z.B. radiologische Diagnostik, Kernspintomographie)

Im folgenden werden die in der KV geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung detailliert wiedergegeben, besonderes berücksichtigt wird in dieser Darstellung die Tätigkeit der Geschäftsstelle Qualitätssicherung und zugleich die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages durch Angabe der gültigen Genehmigungen.

Der Wortlaut der aktuellen Versionen geltenden Richtlinien sind u.a. auf der Homepage der KBV unter <http://www.kbv.de/publikationen/rechtsquellen.htm> einzusehen.

3.1 Ambulante Operationen

In der seit 1. Januar 2004 geltenden Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren haben die Spitzenverbänden der Krankenkassen, die DKG und die KBV Regelungen zur Sicherung der Qualität für ambulante Operationen und Anästhesien vereinbart.

Leistungen des Kataloges ambulantes Operieren sind grundsätzlich nach Facharztstandard zu erbringen. In einigen Fällen (zur Durchführung bestimmter Operationen) bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen ist. Bauliche, apparativ-technische, hygienische und personelle Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen, ggf. wird eine Praxisbegehung vereinbart.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren	gültig seit: 01.10.1994 zuletzt geändert: 01.01.2004
Rechtsgrundlage	§ 14 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 01.04.1993, zuletzt geändert 01.04.2005 mit der Einführung des EBM 2000plus)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	keine Genehmigung, nur Erklärung
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Praxisbegehungen	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	

3.2 Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Diese Richtlinie regelt sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapherese bei rheumatoider Arthritis) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall. Die einzusetzende Fachkommission wurde mit Änderung der Richtlinie in 2003 um zwei fachkundige Mitglieder des Medizinischen Dienstes erweitert und prüft in jedem Fall, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung 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 bei therapierefraktären 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 Gesamt-Risikoprofil des Patienten stehen.

Immunapheresen können nur bei aktiver rheumatoider Arthritis bei Patienten

- die auf eine mindestens sechsmontatige 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.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	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)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	30
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
LDL-Apherese	
Anzahl Patienten im Jahr 2005	37
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	5
- davon positives Votum der KV	3
- davon negatives Votum der KV	2
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	34
- davon positives Votum der KV	34
- davon negatives Votum der KV	0
Apherese bei rheumatoider Arthritis	
Anzahl Patienten die im Jahr 2005 mindestens einen Zyklus begonnen haben	11
Anzahl beschiedene Anträge	11
- davon positives Votum der KV	11
- davon negatives Votum der KV	0
Bemerkungen	im Jahr 2005

3.3 Arthroskopische Untersuchungen

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Grundlage für die Genehmigungserteilung ist die Arthroskopievereinbarung sowie zusätzlich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Ambulanten Operieren. Neben den dort geforderten Nachweisen muss der Arzt über eine besondere fachliche Weiterbildung verfügen.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopievereinbarung)	gültig seit: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	38
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	4
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Anzahl Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit Beanstandung	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	16
Anzahl geprüfter Ärzte	16
- davon ohne Beanstandung	7
- davon mit leichten Beanstandung	1
- davon mit schweren Beanstandungen	8
Bemerkungen	

3.4 Blutreinigungsverfahren

Mit der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren wird die Strukturqualität bei der Erbringung von Dialyse-Leistungen (Extrakorporale Blutreinigungsverfahren und Peritonealdialyse zur Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz) in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“, „Zentralisierte Heimdialyse“ („Limited-Care“) und „Heimdialyse“.

Neben der fachlichen Befähigung des Arztes werden in dieser Vereinbarung die besonderen Voraussetzungen an die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten geregelt. So ist z.B. ein bestimmter Arzt / Patientenschlüssel zu gewährleisten und die Kooperation mit den Transplantationszentren für erwachsene Patienten und Kinder nachzuweisen, außerdem ist eine patientenbezogene Dokumentation zu führen, welche auf Anforderung der KV in anonymisierter Form vorgelegt werden muss.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)	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)
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2005	18
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	45
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl Patienten im Jahr 2005	1384 *
Bemerkungen	* Berechnung nach Arzt-Patienten-Schlüssel im niedergelassenen Bereich entsprechend der Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

3.5 Disease-Management-Programme

Das Disease-Management-Programm (DMP) ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, bei dem die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert werden. Ziel ist dabei, die Behandlung der Erkrankung zu verbessern und die durch die Krankheit bedingten Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen zu reduzieren.

An die Inhalte der Disease-Management-Programme sind auf Grundlage des Fünften Sozialgesetzbuches zu folgenden Bereichen zum Teil indikationsspezifische Anforderungen gestellt:

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein Disease-Management-Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie
- Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten der Disease-Management-Programme

Zur dauerhaften Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme sollen von Beginn an regelmäßige Evaluationen der Programme beitragen. Mit den Evaluationen werden die Wirksamkeit und die Kosten der Programme bewertet. Die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt wird aufgrund der gesetzlichen Vorgaben immer nur befristet erteilt, im Regelfall für drei Jahre. Eine Verlängerung der Zulassung ist von einem erneuten Antrag und der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt abhängig.

Die gesetzlichen Neuregelungen zur Einführung der Disease-Management-Programme erfolgten mit dem "Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung", das am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist. Dieses Gesetz eröffnete die Möglichkeit zur Etablierung von Strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme) und legte die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als Zulassungsbehörde für diese Programme fest.

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2003
akkreditiert:	22.09.2003
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	AOK M-V, See-Krankenkasse
Vertragsdaten	
gültig seit:	25.06.2003
akkreditiert:	22.09.2003
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	IKK LV NORD
Vertragsdaten	
gültig seit	01.01.2004
akkreditiert:	11.02.2004
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2004
akkreditiert:	17.08.2004
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BARMER EK
Vertragsdaten	
gültig seit	01.04.2005
akkreditiert: .	keine Teiln. RSA, daher keine Akkreditierung
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	LKK MOD
Vertragsdaten	
gültig seit	01.06.2005
akkreditiert:	22.09.2003
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	AOK M-V, See-Krankenkasse
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	935
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	892
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	43
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	754
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	46685
Bemerkungen:	

Brustkrebs

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.01.2005
akkreditiert:	29.03.2005
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	(alle) Krankenkassen u. Krankenhausgesellschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	162
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	82
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	1320
Bemerkungen:	

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.10.2004
akkreditiert:	20.10.2004
Gültigkeitsbereich	KV MV
Vertragspartner	AOK, IKK, BKK, VdAK, LKK
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	838
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	823
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	24
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	4
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	630
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	26.852
Bemerkungen:	

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten	
gültig seit:	10.02.2005
akkreditiert:	bisher noch nicht
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit:	10.02.2005
akkreditiert:	bisher noch nicht
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	IKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit	01.07.2005
Akkreditiert:	bisher noch nicht
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	VdAK/AEV
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.10.2005
akkreditiert:	bisher noch nicht
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	AOK/Seekasse
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	41
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	41
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	29
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	37
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	37
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	25
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	750
Bemerkungen:	

Asthma bronchiale/Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wurde kein Vertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen.

3.6 Herzschrittmacherkontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen besitzen. Diese Qualifikation konnte bis zum 31.03.2005 in zwei Stufen erworben werden. 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. Mit der Einführung des neuen EBM 2000plus zum 01.04.2005 gibt es nur noch die Genehmigung für die komplette Herzschrittmacherkontrolle. Damit konnten Ärzte, die nur über die Genehmigung der ersten Stufe verfügten, die entsprechenden Leistungen nicht mehr abrechnen.

Die Qualitätssicherungsrichtlinie zur Herzschrittmacherkontrolle wird derzeit überarbeitet, mit einer Aktualisierung wird im Laufe des Jahres 2006 gerechnet.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2005	38
Anzahl beschiedene Anträge (neu)	7
- davon Anzahl Genehmigungen	6
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung einer bestehenden Genehmigung um die Funktionsanalyse	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	9
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestandene	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	0
Anzahl geprüfter Ärzte	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit leichten Beanstandungen	0
- davon mit schweren Beanstandungen	0
Bemerkungen	

3.7 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 wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung erstmals an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 01.10.1999					
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)					
Geltungsbereich	bundeseinheitlich					
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2005		31.12.2005			
	4		2			
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	0neu		erneut (§7 Abs.2 Nr.3) 0			
- davon Anzahl Genehmigungen	0		0			
- davon Anzahl Ablehnungen	0		0			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl		sonstiger Gründe			
	0		0			
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0					
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	2 (Beendigung der Ermächtigung/Krankheit)					
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	3	0	0	0	0	0
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben*)	0	0	3	/	/	/
Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2005		31.12.2005			
	2		3			
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu		erneut (§7 Abs.2 Nr.3)			
	1		0			

- davon Anzahl Genehmigungen	1			0		
- davon Anzahl Ablehnungen	0			0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen keine ...	Nichterreichen Mindestzahl			sonstige Gründe		
	gesamt	ges. + therap.	therap.			
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0					
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0					
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	2	0	0	0	0	0
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	0	0	2	/	/	/
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5122 / 34292)	<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66
	2					
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)			2	/	/	/
Anzahl Kolloquien	0					
- davon bestanden	0					
- davon nicht bestanden	0					
Anzahl Praxisbegehungen	0					
- davon ohne Beanstandungen	0					
- davon mit Beanstandungen	0					
Bemerkungen						
*) Die Abfrage nach Ärzten, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 bzw. 50 erreicht haben ist nicht Bestandteil des Beschlusses des Gemeinsamen Ausschusses Qualitätssicherung, gleichwohl bitten wir Sie um diese Information damit eine umfassende Übersicht zu den Genehmigungsüberprüfungen dargestellt werden kann.						

3.8 Kernspintomographie

Diese Vereinbarung sichert die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie. In ihr sind unter anderem die Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Neben der persönlichen Qualifikation sind apparate-technische Mindestanforderungen zu erfüllen.

Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanzmammographie (MRM). So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.10.2001
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31.12.2005	23
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.2005	1
Anzahl beschiedene Anträge (allgemeine MRT)	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl beschiedene Anträge (MRM)	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl jährl. Nachweise nach §4a Abs. 2	0
- mind. 50 Untersuchungen	0
- weniger als 50 Untersuchungen	0
- - Kolloquium innerhalb 3 Monaten	0
- - - davon bestanden	0
- - - davon nicht bestanden	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben nach § 136	0

SGB V	
Anzahl geprüfter Ärzte	0
- davon ohne Beanstandung	0
- 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	

3.9 Koloskopie

Der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde zum 1. Oktober 2002 um die Koloskopie erweitert. Diese kann im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von Personen ab dem 55. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig mit der Einführung der Früherkennungskoloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet.

Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie, zentraler Punkt der Koloskopievereinbarung ist eine Frequenzregelung. So kann die Genehmigung nur aufrechterhalten werden, wenn der Arzt innerhalb eines Jahres eine Mindestfrequenz von 200 totalen Koloskopien, davon mindestens 10 mit Polypektomien nachweisen kann.

Neu in dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskope durchgeführt werden.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.2002					
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	01.01.2005		31.12.2005			
	9		5			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2005		31.12.2005			
	41		42			
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu		erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)			
	1		0			
	- davon Anzahl Genehmigungen		1			
- davon Anzahl Ablehnungen		0				
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 (kurative und präventive Koloskopie)	neu		erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)			
	2		0			
	- davon Anzahl Genehmigungen		1			
- davon Anzahl Ablehnungen		1				
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	2					
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen ...	Nichterreichene Mindestzahl tot. Koloskop.	Nichterreichene Mindestzahl tot. Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität			
	2	1				
Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	2 (Verzicht auf Zulassung bzw. Ermächtigung)					
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM alt Nr. 156, 764 EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
	0	1	1	2	1	41

- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben*)	0	0	erst nach Mai 2006	/	/	/
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,)	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	0	0	1	0	1	44
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben*)	0	0	0	/	/	/
Anzahl Kolloquien	0					
- davon bestanden	0					
- davon nicht bestanden	0					
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter Praxen	49					
Anzahl der Prüfungen	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs.3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs.8a)**	3. Prüf. (6 Wo.) (§7 Abs.8c Nr.1)			
	92	7	0			
<p>Bemerkungen: Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können *) Die Abfrage nach Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 bzw. 10 erreicht haben ist nicht Bestandteil des Beschlusses des Gemeinsamen Ausschusses Qualitätssicherung, gleichwohl bitten wir Sie um diese Information damit eine umfassende Übersicht zu den Genehmigungsüberprüfungen dargestellt werden kann. **) ohne Prüfungen gem. § 7 Abs. 8c Nr.2 S.1</p>						

3.10 Künstliche Befruchtung

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dürfen zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchführen denen die zuständigen Behörden gemäß § 121 a SGB V (in den meisten Ländern sind dies die Ärztekammern) eine Genehmigung erteilt haben. Dies gilt auch für Inseminationen, wenn sie nach Stimulationsverfahren erfolgen. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten auch ohne Genehmigung durchgeführt werden. Vor Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (Ausnahme: Insemination nach 10.1 der Richtlinien, also Inseminationen ohne hormonelle Stimulation mit Gonadotropinen) muss eine Beratung erfolgen, diese erfordert die Erfüllung der Voraussetzungen zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung.

Voraussetzung für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist neben der Altersbegrenzung (ab 25.- bis 40. Lebensjahr bei der Frau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahr beim Mann) die gesetzlich vorgeschriebene Beratung des Paares (Ausnahme siehe oben) und ein zu erstellender Behandlungsplan, der von der Krankenkasse genehmigt werden muss, da nur noch 50 % der Kosten übernommen werden. Die Beratung darf nicht von dem Arzt durchgeführt werden, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung	gültig seit: 01.10.1990 zuletzt geändert: 15.11.2005
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit § 135 Abs.1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2005	9
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2005	8
Bemerkungen	

3.11 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels OIII und Leistungen des Kapitels B des alten EBM bzw. ab dem 1. April 2005 des Kapitels 32.3 bzw. Kapitel 1.7 des EBM 2000plus. 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.

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.

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung	gültig seit: 09.05.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der BÄK
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31.12.2005	226
Anzahl beschiedene Anträge in 2005	26
- davon Anzahl Genehmigungen	25
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien in 2005	2
- davon bestanden	2
- davon nicht bestanden	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben (insbesondere Indikationsstellung) in 2005	1
Anzahl geprüfter Ärzte	1
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit leichten Beanstandungen	1
- davon mit schweren Beanstandungen	0
Bemerkungen	

Ringversuche

Die Qualität der in ärztlichen Praxen durchgeführten Laboruntersuchungen wird durch Maßnahmen der **internen** und **externen** Qualitätssicherung gewährleistet, welche nicht nur von Laborärzten zu beachten sind, sondern von allen Fachgruppen mit eigenem Praxislabor. Die interne Qualitätssicherung dient der laufenden Überwachung der analytischen Arbeiten im Labor und der Überprüfung des Analysesystems. Die externe Qualitätssicherung wird durch Ringversuche sichergestellt. Die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen wird durch Ausstellung eines Zertifikates bestätigt, das Voraussetzung der Abrechnung der jeweiligen Laborleistung ist.

Im Bereich der **Klinischen Chemie** sind das Medizinproduktegesetz und die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ Grundlagen der Qualitätssicherung im Labor. Maßnahmen der internen Qualitätssicherung erstrecken sich auf insgesamt 53 Analysen von Albumin bis Valproinsäure und reichen im Bereich der nicht patientennahen Sofortdiagnostik von der Durchführung und Bewertung einer Kontrollprobeneinzelmessung bis zur Erstellung der laborinternen Fehlergrenzen und Anlage einer Kontrollkarte. In jeder Analysenserie ist eine Richtigkeitskontrollprobe zu messen. Qualitätssichernde Maßnahmen bei Laboruntersuchungen in der patientennahen Sofortdiagnostik umfassen eine Kontrollprobenmessung mindestens einmal pro Woche, in der Patientenproben untersucht werden, und eine ausführliche Protokollierung dieses Vorgangs. Die Unterlagen der im Rahmen der internen Qualitätssicherung ermittelten Messergebnisse sind 5 Jahre in der Praxis aufzubewahren. Im Hinblick auf die externe Qualitätssicherung schreiben die vorgenannten Richtlinien der Bundesärztekammer vier Ringversuche jährlich für eine Vielzahl von Laborparametern vor, soweit sie in eigener Praxis bestimmt werden. Die erfolgreiche Teilnahme wird durch die Ausstellung eines Zertifikates bestätigt, welches 6 Monate Gültigkeit hat. Eine Ausfertigung dieses Zertifikates ist fünf Jahre in der Praxis aufzubewahren.

Im Bereich der **Immunhämatologie** sind die Richtlinien der Bundesärztekammer zur „Qualitätssicherung in der Immunhämatologie“ und zur „Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen. Die interne Qualitätskontrolle umfasst einen allgemeinen und speziellen Teil, letzterer verpflichtet u.a. zur mindestens wöchentlichen Überprüfung der Aktivität und Spezifität der Antiseren Anti-A, Anti-B und Anti-AB mit Erythrozyten der Blutgruppen A1, A2, B und 0. Die Teilnahme an Ringversuchen ist in der Immunhämatologie mindestens zweimal jährlich vorgeschrieben und umfasst zumindest diejenigen immunhämatologischen Untersuchungen, welche in den „Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion“ der Bundesärztekammer vorgeschrieben sind. Die erfolgreiche Teilnahme am Ringversuch wird durch die Ausstellung eines Zertifikates bestätigt, welches 12 Monate Gültigkeit hat. Eine Ausfertigung des Zertifikates ist 5 Jahre in der Praxis aufzubewahren.

Im Bereich der **Mikrobiologie** bilden die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Mikrobiologie“ die Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen. Die externe Qualitätskontrolle umfasst auch hier die Verpflichtung zur Teilnahme an mindestens zwei Ringversuchen im Jahr, die je nach unterschiedlicher Qualifikation der Laborleiter in zwei Kategorien gegliedert sind. Das nach erfolgreicher Absolvierung des Ringversuches erteilte Zertifikat hat 12 Monate Gültigkeit und ist 5 Jahre in der Praxis aufzubewahren.

3.12 Langzeit-EKG-Untersuchung

Die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographische-Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31.12.2005	93
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2005	163
<hr/>	
Anzahl beschiedene Anträge in 2005	14
- davon Anzahl Genehmigungen	14
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestandenen	0
- davon nicht bestandenen	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	ja
Anzahl geprüfter Ärzte	24
- davon ohne Beanstandung	15
- davon mit leichten Beanstandungen	8
- davon mit schweren Beanstandungen	1
<hr/>	
Bemerkungen	

3.13 Medizinische Rehabilitation

Am 1. April 2004 ist die neu gefasste Vereinbarung „Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien)“ in Kraft getreten. Die Richtlinie gibt ein strukturiertes Verfahren zur Einleitung von ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Krankenkassen sind, vor. Medizinische Grundlage der Richtlinie bildet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO.

Nicht Gegenstand der Regelungskompetenz dieser Richtlinien sind beispielsweise die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB, die Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt sowie Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Deutsche Rentenversicherung Rentenversicherung Bund (ehemals BfA bzw. LVA) ist.

Hält der behandelnde Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme für angezeigt und erfolgversprechend, teilt er dies der Krankenkasse mittels Muster 60 mit. Die Krankenkasse prüft ihre Zuständigkeit und ob der Versicherte bereits früher eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hat. Bei Kostenträgerschaft der GKV stellt die Krankenkasse dem Vertragsarzt ein vierseitiges Formular (Muster 61) zur Verfügung, in dem u. a. Anamnese, Krankheitsbild und Fähigkeitsstörungen sowie eine Übersicht über bereits erfolgte Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen festgehalten werden. Die Krankenkasse entscheidet dann über Genehmigung bzw. Ablehnung des Antrages.

§ 11 Rehabilitations-Richtlinien regelt, welche Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen dürfen. Die Qualifikation kann u. a. durch eine 16-stündige Fortbildung erworben werden. Zu den Inhalten der o. g. Fortbildungen wurde ein Curriculum „Rehabilitation“ zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart. Um Engpässe in der Versorgung zu vermeiden und Ärzten ausreichend Zeit für ggf. notwendige Fortbildungen zu geben, wurde eine Übergangsregelung geschaffen. Hiernach können wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen bis zum 31. März 2006 (ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	gültig seit: 01.04.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	257
Anzahl beschiedene Anträge	220
- davon Anzahl Genehmigungen	220
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Fortbildungsveranstaltungen	171
- davon bestanden	171
- davon nicht bestanden	0
Bemerkungen	

3.14 Onkologie-Vereinbarung

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene **Zusatzvereinbarung** mit den Ersatzkassen über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung. Weitere Vereinbarungen mit den anderen Krankenkassen wurden auf regionaler Ebene abgeschlossen. 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: beispielsweise die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“ bzw. die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen mehrerer hundert durchgeführter Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Die Behandlung krebserkrankter Patienten kann jeder Arzt in Ausübung seines Fachgebietes durchführen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, den Vertrag zu erfüllen.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung	gültig seit: 01.07.1995 zuletzt geändert 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V Anlage 7 BMV EKV
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK/AEV
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	39
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl 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 Überprüfungen (Ärzte) der KV auf Grundlage § 9 Abs. 3	38
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit Beanstandungen	0
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

3.15 Otoakustische Emissionen

Die Messung otoakustischer Emissionen ist eine moderne Diagnosemethode bei der Abklärung von Hörstörungen. Innerhalb eines bestimmten Rahmens ermöglicht sie objektive Aussagen über die Innenohrfunktion und im Ausschlussverfahren auch über nervale Funktionen der Hörbahn.

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.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen	gültig seit: 24.11.1995
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	49
Anzahl beschiedene Anträge	7
- davon Anzahl Genehmigungen	7
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Bemerkungen	

3.16 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

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" hinaus eine zusätzliche Qualifikation nachweisen. Nach Erteilung der Genehmigung ist die Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie an die jährliche Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 01.08.2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2005 und Stand 31.12.2005	01.01.2005	31.12.2005	
	5	5	
Anzahl beschiedene Anträge in 2005	neu	erneut gem. § 7 Abs. 6	
	0	0	
- davon Anzahl Anzahl Genehmigungen	0	0	
- davon Anzahl 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)
	3	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 7 Abs. 5 S. 3	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		
Anzahl Kolloquien gem. § 9 Abs. 2	0		
- davon bestanden	0		
- davon nicht bestanden	0		
Bemerkungen			

3.17 Psychotherapie

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die KV voraus. Die Vereinbarung beinhaltet 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).

Die Feststellung der Leistungspflicht erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag des Versicherten. Eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie ist durch den Therapeuten zu begründen. Ein Therapeut kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Befreiung von dieser Begründungspflicht beantragen. Die Durchführung einer Psychotherapie (als sogenannte Langzeittherapie) ist dagegen immer an ein Gutachterverfahren gebunden.

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 07.02.2005
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 (Verfahren, nicht Therapeuten*)	92
- davon Anzahl Genehmigungen	85
- davon Anzahl Ablehnungen	7
Anzahl Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	/
Genehmigungen zu den Richtlinienverfahren , Stand 31.12.2005	
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31.12.2005	314
- davon Ärzte	118

im Einzelnen			
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
- Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	105	6	1
- davon Ärzte	73	6	1
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	93	17	9
- davon Ärzte	18	4	4
- Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	20	1	/
- davon Ärzte	9	1	/
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	35		
- davon Ärzte	22		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	7		
- davon Ärzte	1		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	24		
- davon Ärzte	10		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	insgesamt	davon Einzeltherapie	davon Gruppentherapie
	119	119	2
- davon Ärzte	32	32	2

Genehmigungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung , Stand 31.12.2005	
- Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	1775
- Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	180
- davon Ärzte	128
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	63
- davon Ärzte	28
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	92
- davon Ärzte	57

* 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

3.18 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Die am 1. April 2005 neu in Kraft getretene Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage A Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) definiert.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 11.11.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.03.2005	26
Bemerkungen	

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	gültig seit: 01.04.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2005	31
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	31
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	2
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie	6
- davon Anzahl Genehmigungen	6
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	2
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Anzahl Kolloquien (Polysomnographie)	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

3.19 Schmerztherapie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung. Die Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie folgender Patientengruppen:

1. Chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat. Diese Verelbstständigung des Schmerzleidens führt zu psychopathologischen Veränderungen. Der Schmerz wird für diese Patienten zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens.
2. Chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist (z. B. bei einem inkurablen Grundleiden).

Nach dieser Vereinbarung muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung eine Zusatzweiterbildung mit differenzierten Zeugnissen oder Bescheinigungen sowie die Qualifikation zur Psychosomatischen Grundversorgung nachweisen. Ebenfalls sind apparativ-technische und räumliche Voraussetzungen zu erfüllen. Darüber hinaus muss sich der Schmerztherapeut verpflichten, jährlich an mindestens acht interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilzunehmen, eine entsprechende Dokumentation der Qualitätssicherungskommission zur Prüfung vorzulegen sowie an vier Tage pro Woche mindestens vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten. Ferner ist der Nachweis zu erbringen, dass der Arzt in seiner Praxis überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandelt.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)	gültig seit: 01.04.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs, 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	23
Anzahl beschiedene Anträge	23
- davon Anzahl Genehmigungen gem. § 2	2
- davon Anzahl Genehmigungen gem. § 13	21 (3 mit Auflage Psychs)
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden (bzgl. § 4 Abs. 3 Nr. 4)	0
- davon bestanden (bzgl. § 5 Abs. 7)	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl jährliche Prüfungen nach § 7 Abs. 2	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Bemerkungen	

3.20 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.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)	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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	5
Anzahl beschiedene Anträge in 2005	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben	nein
Anzahl geprüfter Ärzte	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit leichten Beanstandungen	0
- davon mit schweren Beanstandungen	0
Bemerkungen	

3.21 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.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)	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, Genehmigung zur Verordnung auch ohne Kooperation mit anerkanntem Leistungserbringer möglich
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2005	31
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL in 2005	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	1
Bemerkungen	

3.22 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.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	gültig seit: 24.11.1995 zuletzt geändert 22.03.2000
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	17
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Bemerkungen	im Jahr 2005

3.23 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.

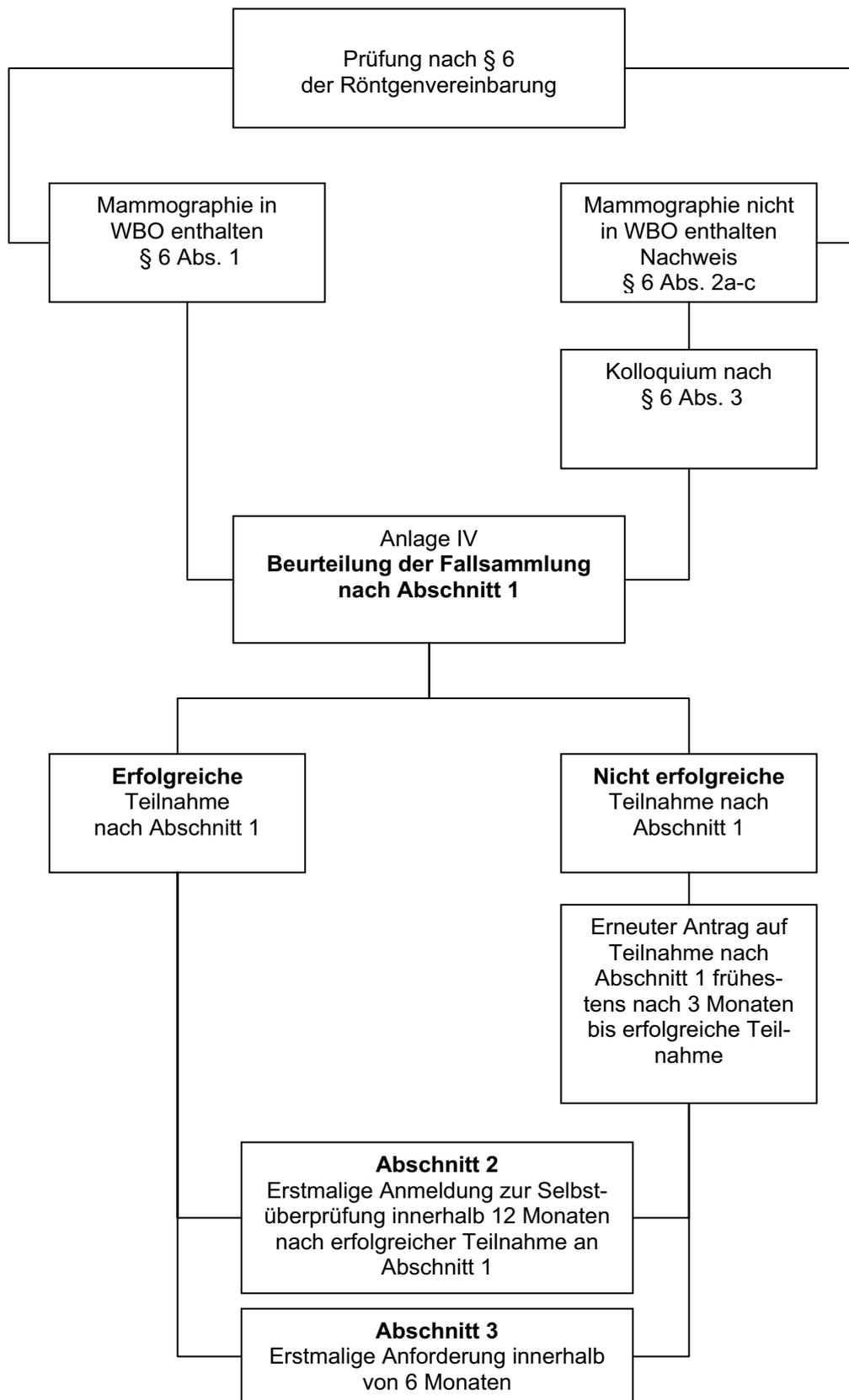
Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung (RöV) und der Strahlenschutzverordnung (StrSchV), die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen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

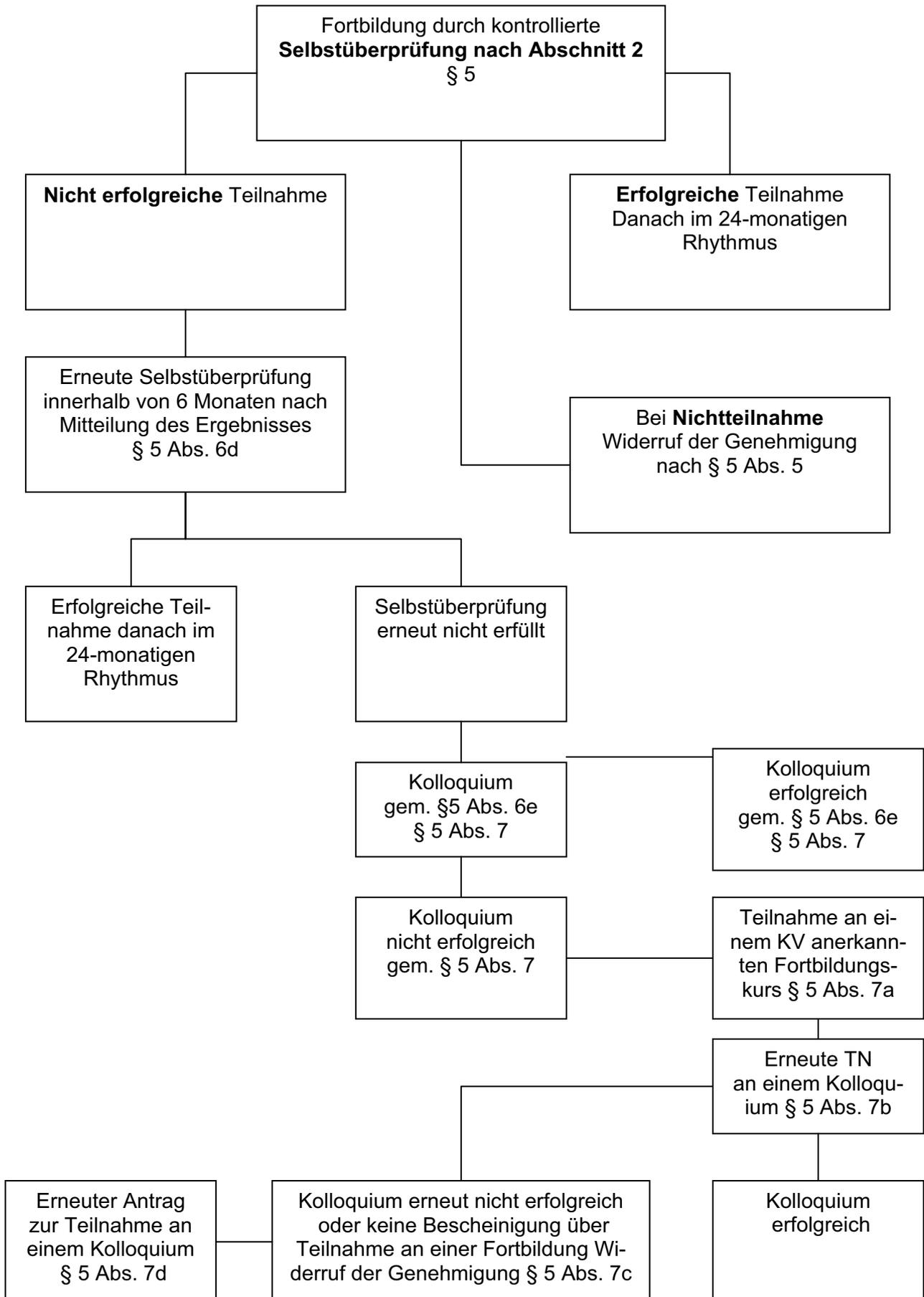
Besondere Regelungen gelten seit dem 01.04.2002 für die Ausführung und Abrechnung der Mammographie. Über die bereits in der bisherigen Vereinbarung bestehenden Regelungen hinaus müssen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen 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.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.08.2005	Diagnostische Radiologie Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Mammographie Anlage IV Anlage I - Klasse VII	Computertomographie Anlage I - Klasse VIII	Osteodensitometrie Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Strahlentherapie Anlage II	Nuklearmedizin Anlage III nach Klassen I-V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	401		53	44	7	16
Anzahl beschiedene Anträge	20		5	4	2	1
- davon Anzahl Genehmigungen	20		5	1	2	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0		0	2	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		0	0	0	1
Anzahl Kolloquien	0		1	1	0	0
- davon bestanden	0		1	1	0	0
- davon nicht bestanden	0		0	0	0	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	16		2	0	0	0
Anzahl geprüfter Ärzte	16		0	0	0	0
- davon ohne Beanstandung	0		0	0	0	0
- davon mit leichten Beanstandungen	14		2	0	0	0
- davon mit schweren Beanstandungen	2		0	0	0	0
Bemerkungen		siehe gesonderte Tabelle				

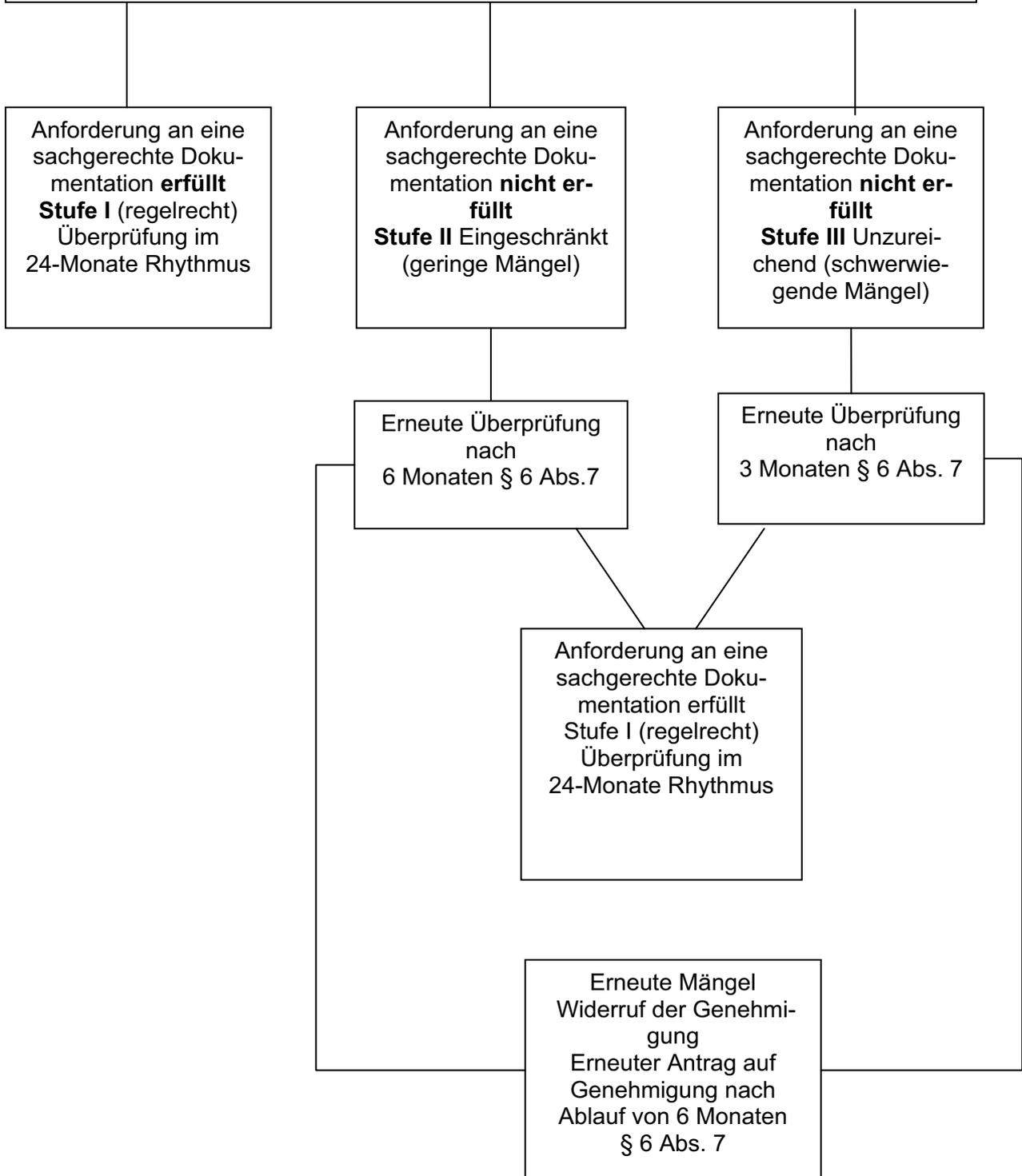
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.08.2005	
hier: Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	33	
Anzahl beschiedener Anträge	3	
- davon Anzahl Genehmigungen	3	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	6	0
- davon bestanden	6	0
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§ 7 Abs.2 Buchst.b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	0	0
- davon erfolgreiche Teilnahme	0	0
- davon nicht erfolgreiche Teilnahme	0	0
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 5 Abs. 6e / § 5 Abs. 7b)	0	
Widerruf der Genehmigung (§ 5 Abs. 7c)	0	
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 5 Abs. 5)	0	
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	0	18
- davon erfüllt	0	15
- davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	0	0
- davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	0	3
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	0	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	0	
Bemerkungen: * sollte ein Arzt auf Grund von Mängeln in Buchst. a) und b) nicht bestanden haben, diesen bitte ggf. doppelt zählen xx für 2005 nicht relevant, Überprüfungen aus 2004 waren ohne Sanktionen		

Schaudiagramm zu den Prüfungen zur Kurativen Mammographie





Abschnitt 3
Überprüfung der ärztlichen Dokumentation
§ 6



3.24 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 der Kommission Substitutionsbehandlungen bei Jugendlichen, bei Abhängigkeitsdauer von weniger als zwei Jahren oder bei einer Codein/Dihydrocodein(DHC)-Substitution unmittelbar bei Therapiebeginn zu melden.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 01.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005*	8
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Stichprobenprüfung der Dokumentation nach § 9 (3 und 4) (Ärzte/Fälle)	6 Ärzte / 20 Doku
- davon ohne Beanstandungen	9 Doku
- davon mit Beanstandungen	11 Doku
Anzahl der "5-Jahres-Überprüfungen-Patienten" nach § 9 der Richtlinie	10
- davon ohne Beanstandungen	10
- davon mit Beanstandungen	0
Anzeigen Patienten im Jahr 2005	364
Anzahl Patientenabmeldungen	105
Bemerkungen: *ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen	
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	6

3.25 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.

Die 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.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 31.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2005*	1053
Anzahl beschiedene Anträge***	193
- davon Anzahl Genehmigungen	115
- davon Anzahl Ablehnungen	76
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen***	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung***	52
Anzahl Kolloquien	25
- davon bestanden	23
- davon nicht bestanden	2
Einzelfallprüfung nach Stichproben	62
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	20
- davon mit leichten Beanstandungen	20
- davon mit schweren Beanstandungen	22

Genehmigungsbereiche

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	0
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	1

2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	1
3 Nasennebenhöhlen	1
4 Gesichtsweichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	5
5 Schilddrüse	20
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	5
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	0
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	5
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	0
6.3 Belastungs-Echokardiographie	5
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	11
8 Brustdrüse	4
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	31
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	3, Schilddrüse Kinder 1
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	7
10.2 Weibl. Genitalorgane	14
11.1 Geburtshilffliche Basisdiagnostik	15
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	4
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	7
13 Säuglingshüften	5
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	5
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	3
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	1
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	2
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	2
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	6
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	6
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	4
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	2
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	1
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	4
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	7
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	0
(ggf. Anzahl Genehmigungen insgesamt wenn andere Angaben nicht möglich sind, Stand 31.12.2005)	

3.26 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. Fachkundenachweisen in der zytologischen Diagnostik, die im Rahmen der Weiterbildung erworben wurden und den Nachweis der verlangten diagnostischen Erfahrung in diesem Gebiet belegen. Die Nachweise müssen auch Angaben darüber enthalten, worauf sich Art und Umfang der Prüfung (zytologische Diagnostik) erstreckt haben. Ist dies nicht der Fall, muss eine Präparateprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (Begutachtung von 20 Präparaten) abgelegt werden, dafür stehen dem Arzt 4 Stunden Zeit zur Verfügung.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale	gültig seit: 01.07.1992 zuletzt geändert: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	13
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	0
- davon bestandene Prüfungen	0
- davon nicht bestandene Prüfungen	0
Bemerkungen	

3.27 Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus

Mit Inkrafttreten des EBM 2000plus zum 1. April 2005 wurden weitere Leistungen unter Qualifikationsvorbehalt gestellt. Die fachlich-inhaltlichen Anforderungen werden entweder im EBM 2000plus selbst oder durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Im Einzelnen:

3.27.1 Chirotherapie

Gezielte chirotherapeutische Eingriffe an der Wirbelsäule und/oder an den Extremitätengelenken können nur zu Lasten der GKV durchgeführt und abgerechnet werden, wenn der durchführende Arzt über eine besondere Qualifikation verfügt und diese gegenüber der KV nachweist..

Chirotherapie	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	336
Anzahl beschiedene Anträge	23
- davon Anzahl Genehmigungen	22
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3

3.27.2 Diabetischer Fuß

Die Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß kann nur durch Vertragsärzte durchgeführt und abgerechnet werden, die im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung je Quartal mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus behandelt haben und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen können. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung (Nr. 02311) auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

Diabetischer Fuß	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	153
Anzahl beschiedene Anträge	164
- davon Anzahl Genehmigungen	153
- davon Anzahl Ablehnungen	11
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.3 Funktionsstörung der Hand

Die zum 1. April 2005 neu in den Leistungskatalog der GKV eingeführten Leistungen zur Behandlung (Nr. 07330) bzw. zur Diagnostik und/oder orthopädischen Therapie (Nr. 18330) eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand können nur von Fachärzten für Chirurgie oder Plastische Chirurgie sowie Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ abgerechnet werden. Ärzte der vorgenannten Arztgruppen, die nicht über die Zusatzbezeichnung Handchirurgie verfügen, bedürfen einer Abrechnungsgenehmigung unter Nachweis der durch die zuständige KV festgelegten Qualifikationsanforderungen.

Funktionsstörung der Hand	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (07330 oder 18330), Stand 31.12.2005	71
Anzahl beschiedene Anträge	87
- davon Anzahl Genehmigungen	71
- davon Anzahl Ablehnungen	16
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung

Leistungen für die orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes dürfen von Vertragsärzten des Hausärztlichen Versorgungsbereiches nur dann berechnet werden, wenn sie nachweisen, dass sie diese Untersuchungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben. Interessierte Ärzte müssen auch hierfür einen Antrag bei ihrer KV stellen. Die Abrechnung dieser Positionen wird auf Antrag auch dann gewährt, wenn eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung nachgewiesen werden kann. Dies betrifft die EBM 2000plus Positionen Nr. 03350 – 03352.

Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (03350 – 03352), Stand 31.12.2005	44
Anzahl beschiedene Anträge	132
- davon Anzahl Genehmigungen	44
- davon Anzahl Ablehnungen	88
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistung nach der Nr. 01730 EBM „Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau“ nur dann abrechnen wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen des bis zum 31. März 2005 gültigen EBM abgerechnet hat.

Krebsfrüherkennung bei der Frau	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	1
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.6 Empfängnisregelung

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistungen nach der Nrn. 01821, 01822, 01828 EBM 2000plus „Empfängnisregelung“ nur dann abrechnen wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen des bis zum 31. März 2005 gültigen EBM abgerechnet hat.

Empfängnisregelung	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (01821, 01822, 01828); Stand 31.12.2005	2 (mit Genehmigung 01822)
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung

Seit In-Kraft-Treten des EBM 2000plus ist die Abrechnung von Leistungen der „neurophysiologischen Übungsbehandlungen“ nur für bestimmte Fachgruppen vorgesehen. Danach können Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie Neurochirurgie, Nervenheilkunde

sowie Orthopädie Leistungen des Kapitels 30.3 des EBM 2000plus durchführen und abrechnen.

Vertragsärzten, die über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügen oder eine besondere Zusatzqualifikation entsprechender nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten nachweisen (gleichlautende Qualifikation wie für die Ärzte), kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

Neurophysiologische Übungsbehandlung (Leistungen nach Kapitel 30.3)	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zu Leistungen des Kapitels 30.3, Stand 31.12.2005	248
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.8 Physikalische Therapie

Die Leistungen des Kapitels 30.4 EBM 2000plus können nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie, Neurologie, Nervenheilkunde, Chirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Ärzten mit Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie abgerechnet werden. Vertragsärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. Geprüfter Masseur, Krankengymnast oder Physiotherapeut) angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der KV nachweisen, kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

Physikalische Therapie (Leistungen nach Kapitel 30.4)	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zu Leistungen des Kapitels 30.4, Stand 31.12.2005	897
Anzahl beschiedene Anträge	5
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin kann auf Antrag die Ausführung und Abrechnung von Leistungen aus anderen arztgruppenspezifischen Kapiteln genehmigt werden, wenn über die Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin hinaus eine besondere Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte nachgewiesen wird:

Endokrinologie und Diabetologie:

Wird der Nachweis über eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder -Endokrinologie und –Diabetologie kann die Abrechnung der Nr. 13350 EBM 2000plus genehmigt werden.

Gastroenterologie:

Sofern eine mindestens 18-monatige zusätzliche Weiterbildung im Bereich der Kinder-Gastroenterologie nachgewiesen wird, kann eine Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen Nrn. 13400, 13401-13402, 13410-13412, 13420-13424, 13430-13431 EBM 2000plus erteilt werden.

Hämatologie und Onkologie:

Eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Hämatologie und –Onkologie (davon mindestens 6 Monate in einem hämatoonkologischen Labor) ist nachzuweisen, um eine Genehmigung zur Abrechnung der Nrn. 13500-13502 EBM 2000plus zu erhalten.

Pneumologie:

Für die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 13650-13651, 13660-13664, 13670 und 30900 ist eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Pneumologie erforderlich.

Rheumatologie:

Wird die Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 13700 und 13701 beantragt, ist eine mindestens 18-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Rheumatologie nachzuweisen.

Neuropädiatrie:

Um neuropädiatrische Leistungen nach den Nrn. 16310, 16311, 16320, 16321, 16322 EBM 2000plus abrechnen zu können, ist der Nachweis über eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Neuropädiatrie zu erbringen.

Ersatzweise und aus Sicherstellungsgründen kann für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung des EEG die Vorlage eines Zertifikates der „Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung“ als Genehmigungsgrundlage gelten.

Nephrologie:

Für die Abrechnung nach den Leistungen nach den Nrn. 13600,-13602, 13610-13612, 13620 und 13621 ist eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Nephrologie nachzuweisen.

Kardiologie

Sofern ein Antragsteller über den Schwerpunkt Kinder-Kardiologie verfügt, können die Leistungen nach den Nrn. 13550-13552, 13560 und 13561 abgerechnet werden.

Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin	Endokrinologie und Diabetologie	Gastroenterologie	Hämatologie	Pneumologie	Rheumatologie	Neuropädiatrie	Nephrologie	Kardiologie
Rechtsgrundlage EBM 2000plus						/		
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung aus dem Schwerpunkt, Stand 31.12.2005	3	2 *	1	5	2	9 (davon 4 in Niederlassung)	4	4
Anzahl beschiedene Anträge	2	0	1	3	2	10	0	0
- davon Anzahl Genehmigungen	2	0	1	3	2	9	0	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	1	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	/	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0	0	0	0	/	0	0

* wenn die Schwerpunktbezeichnung im Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin vor Inkrafttreten des neuen EBM bereits vorlag, wurden die Leistungen aus dem Schwerpunkt ohne Antrag zuerkannt

4 Ausblick

Auch für das Geschäftsjahr 2006 sind eine Reihe von Änderungen zu erwarten. Hierzu gehören zum Beispiel die Überarbeitungen der Richtlinien zur Zytologie oder photodynamischen Therapie.

4.1 Herzschrittmacher

Mit Einführung des EBM 2000plus wurde die Differenzierung der ärztlichen Leistungen bezüglich der Herzschrittmacher (Überprüfung des Batteriezustandes, Funktionsanalyse) aufgehoben, die Richtlinien werden diesem Sachverhalt derzeit angepasst.

4.2 Zytologie

Die bestehende Regelung der Bundesmantelverträge zur Strukturqualität gemäß §135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGBV zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale) bezieht sich auf die Qualifikationsvoraussetzungen der zytologisch tätigen Ärzte und beinhaltet eine einmalige Prüfung anhand einer Präparatesammlung. Bundesweit einheitliche Regelungen zu Maßnahmen der Prozess- und Ergebnisqualität zytologischer Untersuchungen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms, auch eine einheitliche Regelung zur Strukturqualität nichtärztlicher Befundung besteht nicht. Daten aus aktuellen in Deutschland durchgeführten klinischen Studien und zurückliegende regionale Auswertungen von Jahresberichten zytologischer Laboratorien in Deutschland weisen auf eine weite Variationsbreite der Befundqualität hin.

Der Gemeinsame Ausschuss Qualitätssicherung berät derzeit dieses Thema. Eckpunkte der Beratung sind die personellen und apparativen Anforderungen - Prozessqualität und die Darstellung der Ergebnisqualität. Eine Beschlussfassung wird im Laufe des Jahres 2006 erwartet.

4.3 Flexible Endoskopien

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie ist seit dem 1. Oktober 2002 in Kraft. Neben Eingangsvoraussetzungen und einer Frequenzregelung beinhaltet sie auch Auflagen zur Überprüfung der Hygienequalität. Auswertungen dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere zur Verbesserung der Hygienequalität haben die Effektivität dieser Regelungen gezeigt. Vor diesem Hintergrund wurde im Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung vereinbart, entsprechende Regelungen auch für andere flexible Endoskopien (Gastroskopie, Zystoskopie, Bronchoskopie) zu schaffen. Die Arbeiten hierzu wurden bereits aufgenommen, Beschlüsse werden im Laufe des Jahres 2006 erwartet. Ein Schwerpunkt dieser Vereinbarungen wird ebenfalls die Überprüfung der Hygienequalität sein. In wieweit auch Frequenzregelungen für die verschiedenen Bereiche getroffen werden ist zur Zeit noch offen.

4.4 Photodynamische Therapie (PDT)

Seit dem 1. August 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer chorioidaler Neovaskularisation Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Nach einer Indikationsausweitung der FDA Zulassung und nachfolgend der EMEA befasst sich der Gemeinsame Bundesausschuss derzeit erneut mit der Photodynamische Therapie.

Beschlüsse hierzu werden Anfang 2006 erwartet, die Qualitätssicherungsrichtlinie wird auf diese Beschlüsse anzupassen sein.

4.5 Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie sind seit dem 1. April 1993 in Kraft. In ihr wurden zunächst Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und ab dem 1. Oktober 2001 auch für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanzmammographie (MRM). So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt und die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist an eine Frequenzregelung gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

Mit der Magnetresonanz-Angiographie (MRA) ist mit Aufnahme in den EBM zum 1. Juli 2005 eine entsprechend dem medizinischen Fortschritt angepasste Leistung in die vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen worden. Es handelt sich dabei um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Die MRA stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Katheter in eine Schlagader eingeführt werden muss noch zur Bilderzeugung Röntgenstrahlen und jodhaltiges Kontrastmittel benötigt wird. Da die MRA jedoch keine therapeutische Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

Der Gemeinsame Ausschuss Qualitätssicherung hat daher die Neufassung einer QS-Vereinbarung "MRT-Angiographie" beschlossen. Die Beratungen laufen und werden 2006 abgeschlossen werden. Im Fokus der Qualitätssicherungsmaßnahmen steht die Überprüfung der Dokumentation, insbesondere hinsichtlich der Indikationsstellung .

4.6 Dialyse

In Deutschland werden jährlich 10.000 Patienten dialysepflichtig. Pro Jahr werden circa 60.000 Patienten mit Hilfe der Dialyse in circa 1.000 Einrichtungen behandelt. Insgesamt werden hierfür rund zwei Milliarden Euro ausgegeben. Durch Anforderungen an die Ausbildung der behandelnden Ärzte und die zur Anwendung kommenden Geräte wird schon heute ein angemessenes Qualitätsniveau erzielt. Künftig soll diese Qualität durch die Erhebung von Qualitätsindikatoren, beispielsweise der Dialyse-

dauer und –frequenz transparent gemacht werden. Alle Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten regelmäßige Rückmeldeberichte, die ihnen den erreichten Qualitätsstandard im Vergleich zu den anderen Einrichtungen mitteilen. Dialysekommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden informiert, ob einzelne Einrichtungen im Gesamtvergleich deutlich auffallen und gegebenenfalls einer tiefer gehenden Überprüfung unterzogen werden müssen. Das System befindet sich derzeit im Aufbau. Es wird derzeit davon ausgegangen, dass im Laufe des Jahres 2006 mit der Veröffentlichung der gesetzlichen Grundlagen in Form einer „Qualitätssicherungs-Richtlinie-Dialyse“ und ihrem In-Kraft-Treten am 1.1.2007 gerechnet werden kann.

5 Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildung

5.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Mit dem neuen Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurden die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zum 1. Januar 2004 verpflichtet ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a SGB V).

Die genaue Ausgestaltung dieser gesetzlichen Forderung hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung formuliert und in seiner Sitzung vom 18. Oktober 2005 verabschiedet. Die Richtlinie wurde inzwischen auch vom Bundesministerium für Gesundheit ohne Änderungen genehmigt und ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten. Den genauen Wortlaut der Richtlinie können Sie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschuss nachlesen:

www.g-ba.de / Vertragsärztliche Versorgung / Richtlinien / Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung.
(http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=215)

Die Richtlinie definiert Grundelemente und Instrumente sowie die zeitlichen Phasen der Einführung und Umsetzung von QM in den Praxen. Eine Zertifizierung ist ebenso wenig gefordert wie die Einführung eines bestimmten Qualitätsmanagementsystems. Der zeitliche Ablauf gliedert sich in drei Stufen. Danach sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2009 ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement im Sinne der Richtlinie in Ihrer Praxis einzuführen und bis zum 31. Dezember 2010 zumindest eine Selbstbewertung des eingeführten Qualitätsmanagements durchzuführen. Für die Einführungsphase bis zum 31. Dezember 2009 sieht die Richtlinie eine Unterteilung in den Planungs- und Umsetzungszeitraum vor. Danach sind die Planungen zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements bis zum 31. Dezember 2007 abzuschließen, die Umsetzung dann spätestens bis 31. Dezember 2009.

Trotz der nunmehr festgelegten zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen bleibt für die einzelne Praxis ein erheblicher Spielraum bei der Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Insbesondere der gestaffelte Zeitrahmen und der Verzicht auf eine Systemfestlegung ermöglichen den Praxen den für sie individuell richtigen Weg zu beschreiten.

Unabhängig von diesen Anforderungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits in den Jahren 2002 und 2003 zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Entwicklung und Bereitstellung eines spezifischen Qualitätsmanagement-Systems für Ärzte und Psychotherapeuten begonnen. Mit diesem System wird das Ziel verfolgt, den Niedergelassenen einen praxisnahen, umsetzbaren und kostengünstigen Service anzubieten.

Das Qualitätsmanagement-System „Qualität und Entwicklung in Praxen QEP[®]“ ist modular aufgebaut und deckt alle Phasen der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements bis hin zur Zertifizierung ab. Grundlage und Ausgangspunkt der Einführung ist der Qualitätszielkatalog, der mögliche Verbesserungsfelder identifizieren hilft (Befähigungsphase). Sind solche Felder erkannt, stehen Unterstüt-

zungsmaterialien, zusammengefasst in einem Manual (mit CD-ROM), bereit, um Verbesserungen in Angriff zu nehmen (Umsetzungsphase). Sind alle Ziele erreicht, kann sich die Praxis dies bei Wunsch durch einen externen Visitor bestätigen lassen (Zertifizierung).

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern hat im Herbst 2005 in Vorbereitung auf die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems drei Informationsveranstaltungen durchgeführt. Erste Einführungsseminare für das System „Qualität und Entwicklung in Praxen QEP[®]“ haben bereits stattgefunden. Eine QM-Kommission, wie in den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen, wird erst im Herbst 2006 ihre Arbeit aufnehmen und im Frühjahr 2007 die Praxen bezüglich der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements prüfen.

5.2 Qualitätszirkel

Kaum eine Qualitätsförderungsmaßnahme der ärztlichen Selbstverwaltung war so erfolgreich wie die der Qualitätszirkel. Zwischenzeitlich sind es bundesweit über 5.000 Ärztegruppen, die sich regelmäßig auf freiwilliger Basis zum strukturierten Erfahrungsaustausch treffen. Neben dem Primat der Freiwilligkeit ist dieser Ansatz gekennzeichnet durch die Gleichrangigkeit der Teilnehmer: Es geht um kollegiale Wissensvermittlung in einem Freiraum, der weder durch die Politik noch die Industrie unmittelbar beeinflusst wird.

Diesen Freiraum zu schaffen und zu fördern ist eine der Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung. Mit der Herausgabe der „Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach Paragraph 75 Abs. 7 SGB V“ im Jahre 1993 wurde die Grundlage für eine weitgehend bundeseinheitliche Vorgehensweise zur Errichtung und Weiterentwicklung von Qualitätszirkeln geschaffen. Die damals formulierten Anforderungen gelten heute in gleichem Maße wie zum Zeitpunkt ihrer Erstellung.

Qualitätszirkel arbeiten demnach

- auf freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- auf der Grundlage des kollegialen Diskurses (Peer Review)
- mit Moderator(en)
- 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 Fachrichtungen.

Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die bisher insgesamt zu Moderatoren ausgebildet wurden:	184
Anerkannte Qualitätszirkel:	143
Anzahl der QZ, die im Jahr 2005 neu gegründet wurden:	29

Die jahrelange Erfahrung mit Qualitätszirkeln in der KVMV hat gezeigt, dass die Unterstützung der Moderatoren und die Entwicklung beziehungsweise die Aufbereitung von Qualitätszirkelthemen von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg der Zirkelarbeit sind. Als Ergebnis einer systematischen Sichtung der regionalen Aktivitäten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung diesen bewährten Ansatz aufgegriffen und von kompetenten Fachwissenschaftlern Dramaturgien zu verschiedenen Themen erarbeiten lassen. Das hierzu erstellte Handbuch enthält neben Curricula zur Vermittlung der aufbereiteten Zirkelinhalte auch Lehrmedien und relevante Hinweise und Informationen für Moderatoren zur Durchführung von Qualitätszirkeln.

5.3 Fortbildung

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten unterliegen den Anforderungen ihrer Berufskammern, die unter anderem die regelmäßige Fortbildung als eine Säule zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung vorsehen. Diese Anforderungen sind fester Bestandteil der Berufsordnung für Ärzte und Psychotherapeuten.

Mit der jüngsten Gesundheitsreform wurde diese bislang ausschließlich berufsrechtlich definierte Anforderung für diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Gesetzliche Krankenversicherung tätig werden, auch im Sozialrecht in Form der verpflichtenden Dokumentation der Fortbildungsaktivitäten verankert. Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bedeutet dies, dass ein Nachweis dieser Fortbildung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geführt werden muss. Erstmals wird dies nach Ablauf einer Fünf Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall sein. Zur Regelung des Verfahrens hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Zustimmung der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer die in diesem Blatt veröffentlichte Fortbildungsregelung verabschiedet. Sie tritt rückwirkend zum 1. Juli 2004 in Kraft und klärt den Nachweis des Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Grundlage des Nachweises ist das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammern. Für den Erhalt des Fortbildungszertifikats müssen in einem Zeitraum von 5 Jahren 250 Fortbildungseinheiten in verschiedenen Kategorien absolviert werden. Hierzu gehören Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne genauso wie die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln sowie neuerdings die interaktive Fortbildung und Workshops. Näheres hierzu regelt die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die vom 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet wurde.

Um mögliche Engpässe gegen Ende des am 30. Juni 2009 auslaufenden ersten Fünfjahreszeitraums zu vermeiden, bietet es sich an, durch die jeweilige Ärztekammer anerkannte Fortbildungen kontinuierlich von Anfang an wahrzunehmen und die gesammelten Bescheinigungen aufzubewahren. Darüber hinaus besteht seit diesem Jahr die Möglichkeit, bei den Landesärztekammern ein Fortbildungspunktekonto zu führen. So können die Fortbildungspunkte kontinuierlich auf das Konto gutgeschrieben werden. Der Vorteil: der Arzt hat von Beginn des Fünfjahreszeitraums an eine Übersicht über den Punktestand, mögliche Fragen zum Umfang und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme können direkt geklärt werden. Somit besteht auch für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten von Anfang an Sicherheit über den individuellen Fortbildungspunktestand. In Mecklenburg-Vorpommern existiert schon heute eine Kooperation zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Landesärztekammer, die die Übermittlung der erworbenen Fortbildungspunkte an die KV sowie die Registrierung der Qualitätszirkel regelt.

6 Service

6.1 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

6.1.1 Kommissionsarbeit

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 2005
Ambulantes Operieren*	3 ärztliche Mitglieder 3 Kassenvertreter 3 KG-Vertreter	0
Apheresen (nach § 5 der RL)		
Arthroskopie	3 ärztliche Mitglieder	3
Blutreinigungsverfahren		
Herzschrittmacherkontrolle	4 ärztliche Mitglieder	2
Invasive Kardiologie	4 ärztliche Mitglieder	2
Kernspintomographie		
Koloskopie	3 ärztliche Mitglieder	3
Labor	4 ärztliche Mitglieder 1 Fachwissenschaftler	4
Langzeit-EKG	4 ärztliche Mitglieder	2
Mammographie	3 ärztliche Mitglieder	5
Onkologie		
Photodynamische Therapie	1 ärztliches Mitglied aus Mecklenburg-Vorpommern	1 (überregional)
Schmerztherapie		
Diabetologie	3 ärztliche Mitglieder	1
Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin	9 ärztliche Mitglieder 2 Sachverständige	6
Substitution	2 ärztliche Mitglieder 3 Kassenvertreter	4
Ultraschall	6 ärztliche Mitglieder	6
Zytologie	3 ärztliche Mitglieder	/
Psychosoamtik	4 ärztliche Mitglieder	4

Psychotherapie	3 ärztliche Mitglieder 1 Psychologischer Psychotherapeut	4
----------------	---	---

* Derzeit arbeitet nur die KV-Interne QS-Kommission Ambulantes Operieren mit 6 ärztlichen Mitgliedern. Die Tätigkeit der „dreiseitigen“ Kommission Ambulantes Operieren ruht.

6.1.2 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV

Die KV Mecklenburg-Vorpommern bietet ihren Mitgliedern und deren Mitarbeitern eine Vielzahl an Fortbildungen zu unterschiedlichsten Themen an. Die Fortbildungen reichen von Orientierungsseminaren für neue Vertragsärzte über Angebote zum Praxismarketing bis hin zu speziellen Kursen z. B. auf dem Gebiet der Schmerztherapie oder Mammographie. Die Nachfrage in der Ärzteschaft und bei den Praxismitarbeitern ist anhaltend groß – zum Teil werden auf Nachfrage zusätzliche Angebote gemacht.

Ein besonderer Fortbildungsaufwand war 2005 mit der Einführung des EBM 2000plus verbunden. In 10 regionalen Großveranstaltungen mit einem Expertenteam der KV konnten sich die Praxen über die neue Struktur, Änderungen und Besonderheiten des Leistungskataloges informieren. Gleichmaßen wurden 2005 Informationsveranstaltungen zu den Disease-Management-Programmen Diabetes mellitus Typ 1 (mit den diabetologischen Schwerpunktpraxen) und Brustkrebs (zwei regionale Informationsveranstaltungen in Rostock und Schwerin) angeboten.

Dreimal jährlich erfolgt in sogenannten Praxisgründungsseminaren eine Schulung niederlassungswilliger Ärzte auch zum Thema der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung.

Insgesamt hat die KV Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2005 20 Fortbildungsveranstaltungen mit ca. 700 Teilnehmenden durchgeführt. Die Resonanz auf die Fortbildungsangebote war durchgehend positiv.

6.1.3 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 An-

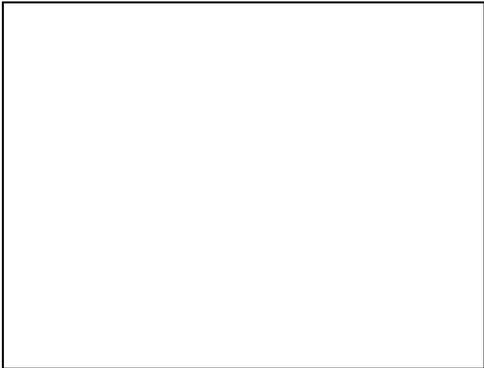
gebot und die Wartezeiten der Leistungserbringer bei konkreten Anfragen zu geben, entwickelt.

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"/> Tiefenps. fundierte Psychoth.
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie
<input type="checkbox"/> nur probatorische Sitzungen | <input type="checkbox"/> als Einzelbehandlung
<input type="checkbox"/> als Gruppenbehand-
lung
<input type="checkbox"/> als Kurzzeittherapie
<input type="checkbox"/> als Langzeittherapie | <input type="checkbox"/> bei Erwachsenen
<input type="checkbox"/> bei Kindern/Jugendlichen
<input type="checkbox"/> Autogenes Training/PMR
<input type="checkbox"/> Hypnose |
| Indikations-
schwer-
punkte bzw.
Therapiean-
gebote | <input type="checkbox"/> Angsterkrankungen
<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen
<input type="checkbox"/> Psychosen
<input type="checkbox"/> Zwangserkrankungen
<input type="checkbox"/> Alkohol- / Medikamentenabusus
<input type="checkbox"/> Drogenabusus
<input type="checkbox"/> EMDR / traumatherap. Verfahren
<input type="checkbox"/> Tinnitus
<input type="checkbox"/> analytische Körpertherapie
<input type="checkbox"/> Paartherapie
<input type="checkbox"/> Biofeedback
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Patholog. Spielverhalten
<input type="checkbox"/> Anorexia nervosa
<input type="checkbox"/> Bulimia nervosa
<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> Funktionelle Syndrome
<input type="checkbox"/> Sexuelle Störungen
<input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch
<input type="checkbox"/> Neuropsychologie
<input type="checkbox"/> kognitive Störungen
<input type="checkbox"/> Aspergerstörungen
<input type="checkbox"/> Borderline
<input type="checkbox"/> Dialekt. behaviorale Th.
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrome
<input type="checkbox"/> psychosom Erkrankungen
<input type="checkbox"/> onkolog. Erkrankungen
<input type="checkbox"/> ADS/ADHS Erwachsener
<input type="checkbox"/> ADS/ADHS K / J
<input type="checkbox"/> Psychoth. Strafgefangener
<input type="checkbox"/> Familientherapie
<input type="checkbox"/> Kaufsucht
<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> PT bei Leistungssportlern
<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining
<input type="checkbox"/> |
| Praxisbe-
sonderhei-
ten | <input type="checkbox"/> Rollstuhlgerechte Praxis
<input type="checkbox"/> Psychotherapie im Alter
<input type="checkbox"/> Psychotherapie Gehörloser | <input type="checkbox"/> Psychotherapie in Fremdsprache: _____
<input type="checkbox"/> _____
<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: _____ | | |

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

6.1.5 Stichprobenprüfungen

Zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen unter anderem die Möglichkeit, Einzelfallprüfungen nach Stichproben sowohl auf Grundlage von Paragraph 136 als auch Paragraph 75 Abs. 7 oder Paragraph 135 Abs. 2 zu vereinbaren und durchzuführen. Beispiele für solche Regelungen sind für Paragraph 136 die Vereinbarung zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie und die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (die regional modifiziert sind). Für Paragraph 135 Abs. 2 ist die Anlage IV zur Ultraschallvereinbarung (Säuglingshüfte) zu nennen. Im Gegensatz zu den eben genannten Regelungen werden Vereinbarungen nach Paragraph 75 Abs. 7 in der Regel direkt regional getroffen. In der KVMV ist dies zum Beispiele für die Langzeit-EKG- Untersuchungen, für die Sonographie-Untersuchungen und für die Arthroskopie-Untersuchungen der Fall. Darüber hinaus sind in den neueren Richtlinien zu Paragraph 135 Abs. 1 auch Stichprobenprüfungen vorgesehen (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Photodynamische Therapie).

6.2 Arztstruktur (Stand 31.12.2005)

	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	955	1	956
Anästhesisten	36	5	41
Augenärzte	110	9	119
Chirurgen	90	23	113
davon Gefäßchirurgen	2	10	12
davon FÄ für Kinderchirurgen	14	3	17
davon FÄ für Plastische Chirurgen	2	0	2
davon Thoraxchirurgen	0	1	1
davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	0	1	1
davon Unfallchirurgen	13	6	19
davon Visceralchirurgen	0	1	1
Dermatologen	66	4	70
Gynäkologen	188	20	208
HNO-Ärzte	84	7	91
davon Phoniater und Pädaudiologen	4	2	6
Internisten (davon FÄ gesamt 152)	340	51	391
davon Angiologen	2	2	4
davon Endokrinologen	5	4	9
davon Gastroenterologen	14	5	19
davon Hämatologen	0	1	1
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	9	6	15
davon Kardiologen	24	10	34
davon Nephrologen	44	1	45
davon Pneumologen	17	2	19
davon Rheumatologen	6	2	8
Kinderärzte	136	43	179
davon Kinderkardiologen	3	1	4
davon Neonatologen	2	5	7
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	11	0	11
Kinder- und Jugendpsychiater	4	0	4
Laborärzte	9	1	10
Lungenärzte	5	0	5
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	11	5	16
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	87	18	105
Neurochirurgen	8	5	13
Nuklearmediziner	13	2	15
Orthopäden	85	5	90
davon Rheumatologen	5	2	7
Pathologen	12	5	17
Psychotherapeuten - ärztlich	27	1	28
Psychotherapeuten - psychologisch	105	0	105
Radiologen / Diagnostische Radiologie	35	19	54
Urologen	56	4	60
Übrige Arztgruppen	16	10	26

6.3 Weiterbildungen (Stand 31.12.2005)

Die Sicherstellung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung umfasst alle Facharztgebiete und Weiterbildungsbereiche (einschließlich psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Für die KV MV stellt sich dies wie folgt dar:

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertragsärzte	Er-mäch-tigun-gen	Summe
Anästhesiologie	Gebiet	58	5	63
Anatomie*)	Gebiet	0	0	0
Arbeitsmedizin	Gebiet	11	0	11
Augenheilkunde	Gebiet	108	10	118
Biochemie*)	Gebiet	0	2	0
Chirurgie	Gebiet	131	27	158
Allgemeine Chirurgie		131	27	158
Gefäßchirurgie		2	10	12
Herzchirurgie*)		0	1	1
Kinderchirurgie		16	3	19
Orthopädie und Unfallchirurgie		0	0	0
Plastische und ästhetische Chirurgie		0	0	0
Thoraxchirurgie		0	1	1
Visceralchirurgie		0	1	1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gebiet	190	20	210
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		0	0	0
Gynäkologische Onkologie		0	0	0
Spezielle operative Gynäkologie		0	0	0
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Gebiet	85	7	92
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		85	7	92
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen		0	0	0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Gebiet	67	4	71
Humangenetik	Gebiet	1	1	2
Hygiene und Umweltmedizin	Gebiet	11	1	12
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	Gebiet			
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)		0	0	0
Innere Medizin und Angiologie		0	0	0
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie		0	0	0
Innere Medizin und Gastroenterologie		0	0	0
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		0	0	0
Innere Medizin und Kardiologie		0	0	0
Innere Medizin und Nephrologie		0	0	0
Innere Medizin und Pneumologie		0	0	0
Innere Medizin und Rheumatologie		1	0	1
Kinder- und Jugendmedizin	Gebiet	183	44	227
Kinder-Hämatologie und -Onkologie		0	0	0
Kinder-Kardiologie		3	1	4

		Vertrags- ärzte	Er- mäch- tigun- gen	Summe
Bezeichnung	Art der Weiterbildung			
Neonatologie		3	5	8
Neuropädiatrie		0	0	0
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Gebiet	6	1	7
Laboratoriumsmedizin	Gebiet	10	2	12
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Gebiet	6	2	8
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Gebiet	11	5	16
Neurochirurgie	Gebiet	8	5	13
Neurologie	Gebiet	10	7	17
Öffentliches Gesundheitswesen*)	Gebiet	1	0	1
Pathologie	Gebiet	11	5	16
Neuropathologie		0	0	0
Pathologie		0	0	0
Pharmakologie	Gebiet	0	1	1
Klinische Pharmakologie		0	0	0
Pharmakologie und Toxikologie		0	0	0
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Gebiet	8	1	9
Physiologie	Gebiet	1	0	1
Psychiatrie und Psychotherapie	Gebiet	1	0	1
Forensische Psychiatrie		0	0	0
Radiologie	Gebiet	46	21	67
Kinderradiologie		1	2	3
Neuroradiologie		1	5	6
Rechtsmedizin*)	Gebiet	0	0	0
Strahlentherapie	Gebiet	4	1	5
Transfusionsmedizin	Gebiet	3	5	8
Urologie	Gebiet	59	5	64

*) nicht für die Vertragsärztliche Versorgung zutreffend

Zusatzweiterbildungen				
Ärztliches Qualitätsmanagement		0	1	1
Akupunktur		0	0	0
Allergologie		116	10	126
Andrologie		0	0	0
Betriebsmedizin		36	0	36
Dermatohistologie		0	0	0
Diabetologie		36	2	38
Flugmedizin		0	0	0
Geriatric		5	5	10
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie		1	0	1
Hämostaseologie		0	0	0
Handchirurgie		3	0	3
Homöopathie		24	0	24
Infektiologie		0	0	0
Intensivmedizin		0	0	0
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie		0	0	0
Kinder-Gastroenterologie		0	0	0
Kinder-Nephrologie		0	0	0
Kinder-Orthopädie		0	0	0
Kinder-Pneumologie		0	0	0
Kinder-Rheumatologie		0	0	0
Labordiagnostik-fachgebunden		0	1	0
Magnetresonanztomographie-fachgebunden		0	0	0
Manuelle Medizin/Chirotherapie		294	8	302

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Er- mäch- tigun- gen	Summe
Medikamentöse Tumortherapie		0	1	1
Medizinische Informatik		0	0	0
Naturheilverfahren		66	0	66
Notfallmedizin		0	0	0
Orthopädische Rheumatologie		0	0	0
Palliativmedizin		0	0	0
Phlebologie		6	1	7
Physikalische Therapie und Balneologie		0	0	0
Plastische Operationen		9	7	16
Proktologie		0	0	0
Psychoanalyse		7	0	7
Psychotherapie-fachgebunden		0	0	0
Schlafmedizin		1	0	1
Sozialmedizin		2	0	2
Spezielle Orthopädische Chirurgie		0	0	0
Spezielle Schmerztherapie		15	2	17
Spezielle Unfallmedizin		0	0	0
Sportmedizin		26	1	27
Suchtmedizinische Grundversorgung		1	0	1
Tropenmedizin		1	1	2
Umweltmedizin		19	1	20

6.4 Ansprechpartner in der Abteilung Qualitätssicherung

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

