



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



Qualitätsbericht

2006

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, Oktober 2007

Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Qualitätssicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit 2004 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen vom Gesetzgeber zur jährlichen Erstellung eines Qualitätssicherungsberichtes verpflichtet. Mit dem nun vorliegenden Bericht erhalten Sie bereits zum dritten Mal eine komplexe und umfassende Übersicht über ein Jahr innerärztliche Qualitätssicherungsarbeit, der einerseits die organisatorischen, unterstützenden und dokumentierenden Leistungen unserer Kassenärztlichen Vereinigung übersichtlich darstellt, andererseits – und das vor allen Dingen – die tagtäglichen Bemühungen der ambulant tätigen Ärzte um eine hohe Qualität in der Patientenversorgung eindrucksvoll zusammenfasst.

Auch für das Jahr 2006 können wir mit Selbstbewusstsein nachweisen, dass die Qualität ärztlichen Tuns im ambulanten Versorgungsbereich durch ein komplexes und vielgestaltiges Netz innerhalb der körperschaftlichen Selbstverwaltung gesichert ist. Dies war übrigens auch schon vor der gesetzlichen Verpflichtung zur jährlichen Berichterstattung der Fall und entspricht dem ärztlichen Selbstverständnis schlechthin. Den politisch gewollten, aber konzeptionell und strukturell unausgegorenen Wettbewerbsdruck auf die ärztlichen Leistungserbringer brauchten niedergelassene Vertragsärzte nicht zu fürchten. Fürchten müssen sie aber, dass ihre Leistungskraft, ihr tägliches patientennahes und kompetentes Engagement im gesundheitspolitischen Reformgezänk und in der anhaltenden Versuch-und-Irrtum-Steuerung innerhalb der in immer schnelleren Folge auf uns niederkommenden Gesetze nicht mehr wahrgenommen wird. Mit dem pauschalen Reklamieren von Versorgungsdefiziten meint man zunehmend ein Instrument in den Händen zu haben für immer neue strukturelle Versuchsarrangements – zu Lasten der Ärzte und zu Lasten der Patienten.

Die Darstellung unserer innerärztlichen Qualitätssicherung ist unter diesem Blickwinkel also mehr als die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht. Wir nehmen sie als pragmatische Chance zur Darstellung unserer Leistungskraft und empfehlen sie zur Lektüre überall da, wo Entscheidungen zur Gesundheitspolitik getroffen werden.

Wir sind uns allerdings auch darüber bewusst, dass die Aussagekraft solcher Tätigkeitsberichte beschränkt ist. Eine umfassende Bewertung ärztlicher Leistung kann nur durch strukturübergreifende und langjährige Beobachtung der Ergebnisqualität erfolgen. Hier sind allerdings die personellen und finanziellen Möglichkeiten einer Landes-KV überfordert. Gleichwohl haben wir uns dieser Herausforderung immer wieder gestellt und werden dies auch in Zukunft tun. Verwiesen sei hier auf die vielfältigen Initiativen der KV Mecklenburg-Vorpommern bei innovativen Projekten, wie dem landesweiten Tumordatenregister, dem flächendeckenden Aufbau von Diabetes-, Rheuma- und Suchtschwerpunktpraxen, der abgeschlossenen oder begonnenen Strukturierung psychosomatischer, geriatrischer, gerontopsychiatrischer, palliativer und rehabilitativer ambulanter Versorgung, der Flächenerprobung des Einsatzes arztunterstützender und arztentlastender Gemeindeschwestern und nicht zuletzt der bundesweit erstmaligen telemedizinischen Komplettlösung im Mammascreeing einschließlich der ersten Schritte zur Telehistopathologie - alles Projekte, bei denen die KV als Initiator und Träger um eine parallele Evaluierung bemüht war und ist, und für die sie mit hohem Einsatz die Finanzierung und mitwirkende Partner organisiert.

Nicht alle diese Maßnahmen können in einem Qualitätssicherungsbericht wie diesem erschöpfend dargestellt werden. Der hier für das Jahr 2006 erstellte Qualitätsbericht kann also für den Leser nur Überblick und Anregung sein.

Der Vorstand und die Mitarbeiter unseres Hauses sind jederzeit bereit, vertiefende Auskünfte zu geben. Wir stellen uns mit diesem Bericht selbstbewusst den Herausforderungen eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems!



Dr. med. Wolfgang Eckert
1. Vorsitzender der KV Mecklenburg-Vorpommern

Inhaltsverzeichnis

Kassenärztliche Vereinigung.....	3
1 Einführung	7
2 Berichte aus der Versorgung	11
2.1.....Hausarzt	11
2.2.....Facharzt.....	12
3 Aktuelle Themen.....	14
3.1.....Neufassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie des G-BA	14
3.2.....Akupunktur.....	15
3.3.....Dialyse	17
3.4.....Herzschrittmacherkontrolle	18
3.5.....Interventionelle Radiologie.....	19
3.6.....Photodynamische Therapie	20
3.7.....Magnetresonanz-Angiographie.....	21
3.8.....Phototherapeutische Keratektomie	21
3.9.....Positronenemissionstomographie.....	22
3.10...Ultraschall	23
3.11...Zytologie	23
4 Ausblick und Ziele.....	23
5 Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen	24
5.1.....Ambulante Operationen.....	24
5.2.....Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren.....	26
5.3.....Arthroskopische Untersuchungen.....	28
5.4.....Blutreinigungsverfahren / Dialyse	29
5.5.....Disease-Management-Programme.....	30
5.6.....Erweitertes Neugeborenen-Screening.....	36
5.7.....Herzschrittmacherkontrolle	37
5.8.....Interventionelle Radiologie.....	38
5.9.....Invasive Kardiologie.....	38
5.10...Kernspintomographie.....	41
5.11...Koloskopie	43
5.12...Künstliche Befruchtung.....	47
5.13...Laboratoriumsuntersuchungen	49
5.14...Langzeit-EKG-Untersuchung.....	50
5.15...Mammographie (kurativ)	51
5.16...Mammographie-Screening.....	53
5.17...Medizinische Rehabilitation	55
5.18...Onkologie-Vereinbarung.....	56
5.19...Otoakustische Emissionen.....	58
5.20...Photodynamische Therapie am Augenhintergrund.....	59
5.21...Psychotherapie	60
5.22...Schlafbezogene Atmungsstörungen	62
5.23...Schmerztherapie.....	64
5.24...Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	66

5.25...	Soziotherapie	67
5.26...	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen.....	68
5.27...	Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)	69
5.28...	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	71
5.29...	Ultraschalldiagnostik.....	73
5.30...	Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte.....	75
5.31...	Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinom des weiblichen Genitale.....	77
5.32...	Genehmigungen auf Grundlage des EBM	78
6	Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildung.....	79
6.1....	Qualitätsmanagement in Arztpraxen.....	79
6.2....	Qualitätszirkel	82
6.3....	Fortbildung.....	84
7	Service.....	85
7.1....	Kommissionsarbeit.....	85
7.2....	Weitere Angebote und Maßnahmen der KV zur Sicherstellung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung	86
7.2.1	Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV	86
7.2.2	Informationsservice für Patienten, Ärzte und andere Dritte.....	86
7.2.3	Informationsstelle Psychotherapie	87
7.2.4	Notdienst / Bereitschaftsdienst.....	89
7.3....	Formale Grundlagen der Qualitätssicherung	89
7.3.1	Zuständigkeiten und Organisation	89
7.3.2	Der Gemeinsame Bundesausschuss.....	90
7.3.3	Normen der Qualitätssicherung	91
7.4....	Arztstruktur (Stand 31.12.2006).....	96
7.5....	Weiterbildungen (Stand 31.12.2006)	97
7.6....	Ansprechpartner in der Abteilung Qualitätssicherung.....	100

1 Einführung

Wie die Kassenärztlichen Vereinigungen für eine rundum gute medizinische Versorgung die Qualität sichern:

Wer krank ist, erwartet schnelle und beste medizinische Hilfe. Doch wie gut ist die medizinische Versorgung in Deutschland heute? Was wird getan, um die Qualität weiter zu verbessern? Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen wie keine andere Berufsgruppe einer ständigen Qualitätsprüfung. Weder in der privatärztlichen Versorgung noch im Krankenhaus noch bei Verträgen, die Krankenkassen direkt mit Ärzten schließen, gibt es derzeit eine derart umfassende Qualitätssicherung wie im vertragsärztlichen Bereich. Die Ärzte und Psychotherapeuten sind die einzigen Professionen, die sich selbst einer Qualitätsprüfung unterziehen und diese auch selbst finanzieren.

Qualitätsindikator: Flächendeckende Versorgung und hohe Spezialisierung

Die Zunahme von Qualitätsanforderungen führt seit einigen Jahren zu einer immer stärkeren Spezialisierung der ambulant tätigen Ärzte. Im Gegensatz zu früher bieten heute nicht mehr alle Mediziner das komplette Behandlungsangebot ihrer Fachgruppe an. So gibt es neben der hausärztlichen Versorgung auch im ambulanten Bereich ein flächendeckendes fachärztliches Versorgungsnetz sowie zahlreiche Schwerpunktpraxen, die sich auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen wie Diabetes, Krebs oder HIV/AIDS spezialisiert haben. Von diesen Angeboten profitieren nicht nur die Patienten: Durch die Vermeidung von Krankenhausbehandlungen werden die Krankenkassen finanziell entlastet. Denn trotz der hohen Qualitätsanforderungen ist eine ambulante Behandlung heute immer noch um ein Vielfaches preiswerter als eine Behandlung im Krankenhaus.

Die Sicherung, Förderung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie überprüfen die Leistungen, die die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten erbringen, fortlaufend auf ihre Qualität. Experten von Qualitätssicherungskommissionen begutachten gemeinsam mit den Fachleuten der KVen das ärztliche Tun. Ziel der Qualitätssicherung ist eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht.

Nur Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die die geforderten Qualitätsstandards erfüllen und nachweisen, dürfen diese Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen. Einer solchen Genehmigungs- und damit Prüfungspflicht unterliegen beispielsweise Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen, Untersuchungen und Behandlungen mit dem Herzkatheter, Darmspiegelungen, ambulante Operationen sowie die Behandlung von Diabetikern.

Aspekte von Qualität

Die Qualität ärztlicher und psychotherapeutischer Leistung wird anhand von drei verschiedenen Kriterien überprüft: der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität.

- Strukturqualität

Strukturqualität definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter. Sie wird darüber hinaus bestimmt durch die Räumlichkeiten und apparative Ausstattung der Praxis. Eine gute Struktur führt nicht automatisch zu guten Ergebnissen – aber sie ist die Basis dafür. Die Anforderungen sind in bundesweit geltenden Richtlinien und Vereinbarungen sowie in Verträgen, die die KVen mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen muss, um ambulant operieren zu dürfen. Selbstverständlich wird auch z.B. durch Praxisbegehungen kontrolliert, ob die Räume und deren Ausstattung den Anforderungen genügen.

- Prozessqualität

Die Qualität der Abläufe in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Hierbei geht es um die Art und Weise der Diagnostik und Therapie. Dazu zählen u.a. die Medikamentenverordnung, die Anamneseerhebung, aber auch die Angemessenheit der ärztlichen Leistung. Ein Urteil über das Wie der Behandlung ist oft schwieriger als die Bewertung der Struktur, wo Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und die Überwachung der Apparate und Räume ein einfacheres Urteil erlauben. Die Anforderungen an die Prozessqualität sind ebenfalls in den bundesweit geltenden Richtlinien und Vereinbarungen sowie in Verträgen, die die KVen mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, enthalten.

- Ergebnisqualität

Schwierigstes Kriterium zur Beurteilung der Güte von Behandlung ist die Ergebnisqualität. Sie umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie Verbesserung des Gesundheitszustandes, Heilung von Erkrankungen, Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden.

Instrumente der Qualitätssicherung

Zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stehen mehrere wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Instrumente zur Verfügung.

- Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß der gesetzlichen Vorgaben die Qualität mehrerer Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Wie bei einer „Verkehrskontrolle“ werden jährlich mindestens vier Prozent der Ärzte – entsprechend der regionalen Regelungen - zu einer Überprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen herausgefiltert. Bei der Koloskopie, der Mammographie, der substituionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Kontrolle noch umfangreicher: Stichprobenartig werden dort lediglich die Patientendokumentationen ausgewählt, die die Ärzte einmal im Jahr zur Überprüfung einreichen müssen.

ausgewählte Qualitätssicherungsbereiche	Anzahl der Ärzte mit Genehmigung, Stand: 31.12.2006	Anzahl der geprüften Ärzte 2006
Arthroskopie	39	16 (nach eigenen Kriterien)
Langzeit-EKG	169	20
Herzschrittmacheruntersuchungen	38	7
Koloskopie	46	21 (nach eigenen Kriterien)
Mammographie**	36	9
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund*	9	4
Radiologie/CT	413	22
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	10	6
Ultraschall	1043	45
Insgesamt		

* Jährliche Überprüfung aller Ärzte

** Überprüfung aller Ärzte innerhalb von 24 Monaten

*** Überprüfung aller Ärzte nach Übergangsregelung

- Frequenzregelungen

Die Häufigkeit einer durchgeführten Leistung ist ein wesentlicher Qualitätsfaktor. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für Leistungen der Invasiven Kardiologie (z.B. Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen und kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen jährlich, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht erbracht, erlischt die Abrechnungsgenehmigung, und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

- Rezertifizierung

Ärzte, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen der weiblichen Brust) durchführen, müssen sich alle zwei Jahre einer so genannten Selbstüberprüfung unterziehen. Dabei wird das fachliche Können kontrolliert. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für Kassenpatienten erbringen.

- Kontinuierliche Fortbildung

Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung enthalten auch viele bundeseinheitliche sowie regionale Verträge Vorgaben zur Fortbildung. Nur Vertragsärzte, die diesen Verpflichtungen nachkommen, dürfen daran teilnehmen. Dies sind beispielsweise folgende Verträge bzw. Leistungen: Disease-Management-Programme, Schmerztherapievereinbarung, Onkologievereinbarung, Hausarztverträge.

- Feedback-Systeme

Durch die Bereitstellung von Feedback-Berichten ist ein Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen möglich. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet. Dieses „Rückmeldesystem“ hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedback-Systeme sind Teil der Strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme - DMP).

- Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind beim Ambulanten Operieren und bei Darmspiegelungen vorgeschrieben. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt zweimal im Jahr durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

- Qualitätsmanagement in der Praxis

Mit In-Kraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 sind alle Vertragsärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, in den nächsten Jahren ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen effizienter zu gestalten. Das reicht von der Optimierung der Terminvergabe bis hin zur Erstellung und Überprüfung des Notfallplans. Damit hilft das praxisinterne Qualitätsmanagement, die bestehende Qualität ständig weiterzuentwickeln und ist ein zusätzlicher Garant dafür, dass medizinische Leistungen in hoher Qualität erbracht werden. Das QM sorgt dafür, dass alle Aktivitäten so stattfinden, wie sie geplant sind - eben das Richtige richtig zu machen. Das kommt den Praxismitarbeitern ebenso zugute wie den Patienten. In den regionalen Verträgen mit den Krankenkassen findet sich dies auch als Strukturqualität für die Teilnahme an Verträgen wieder.

- Qualitätssicherungskommissionen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit einer professionellen Verwaltung. 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.

Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen ist als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert.

Im nachfolgenden Qualitätsbericht werden für die einzelnen Qualitätssicherungsbereiche die jeweiligen Maßnahmen der Qualitätssicherung und deren Ergebnisse dargestellt, so dass diese auch mit den Vorjahren vergleichbar sind. Anhand der stetig wachsenden Qualitätssicherungsbereiche und –maßnahmen spiegelt sich wieder, dass die Qualitätsentwicklung auch ein dynamischer Prozess ist.

2 Berichte aus der Versorgung

2.1 Hausarzt

INTERVIEW mit Herrn Dr. Bodo Seidel , Facharzt für Allgemeinmedizin

Was ist Ihre Erfahrung mit Qualitätszirkeln? Ist dieser strukturierte Erfahrungsaustausch mit Kollegen für Sie hilfreich?

Qualitätszirkel sind eine wichtige Form der ärztlichen Fortbildung. Der Austausch mit Kollegen im kleineren Kreis, die Bearbeitung von Kasuistiken und von Leitlinien in der Behandlung, der Umgang mit Praxisabläufen erleichtern z.B. das ärztliche Arbeiten in der Einzelpraxis. Ich selbst leite seit mehr als zehn Jahren ein ärztliches Tutorium mit viel Erfolg und hoher Zufriedenheit der teilnehmenden Ärzte.

Was halten Sie von Qualitätsmanagement in der Praxis?

Qualitätsmanagement in der Praxis kann interne Abläufe verbessern, die Zufriedenheit der Patienten erhöhen, die kollektive Zusammenarbeit effektiver gestalten und Abläufe forensisch sicherer gestalten. Das gewählte Programm sollte aus der Praxis entwickelt sein, zur Praxis passen und nicht schon wieder ein neues Bürokratiemonster sein. Hausarztpraxen brauchen ein überschaubares System, größere spezialisierte Einrichtungen oder Versorgungszentren dagegen werden nicht ohne größere Systeme auskommen, da viele Schnittstellen gegeben sind und die interne Zusammenarbeit sich komplexer gestaltet.

Was bedeutet für Sie Qualität in der häuslichen Versorgung?

Strukturierte Behandlung nach Leitlinien – soweit diese vorhanden sind, aber unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten der Patienten, machen die Qualität in der häuslichen Versorgung aus. Kollegiale Zusammenarbeit mit Fachärzten, Kliniken und auch Mitarbeitern von Pflegeeinrichtungen sowie Physiotherapien erhöhen die Transparenz des Gesundheitswesens und erleichtern die Darstellung eines hervorragenden Leistungsvermögens für Dritte, insbesondere für die Krankenkassen und Politik, damit auch zukünftig ehrliche Arbeit und Aufopferung für die Patienten in vernünftiger Weise honoriert werden und ein Gewinn an Lebensqualität und auch Freizeit nicht weiter Illusion bleiben müssen.

2.2 Facharzt

INTERVIEW mit Frau DR. Angelika Blaschke , Fachärztin für Radiologie bezüglich kurativer Mammographie und/oder Mamma-Screening

Als Fachärztin für Radiologie unterliegen Sie einer Vielzahl von Qualitätsanforderungen. Welche Richtlinien sind in Ihrem Bereich gültig?

Die wichtigsten Richtlinien für Radiologen sind die Röntgenverordnung von 2003 und die Strahlenschutzverordnung von 2001. Dort sind eine Reihe von neuen Anwendungsbestimmungen aufgeführt, die im Besonderen für den Bereich der Anwendung von ionisierender Strahlung in der medizinischen Nutzung gelten. Außerdem erschienen eine Reihe von Durchführungsbestimmungen sowie Gesetzblättern, die die Gesetze konkretisierten. Sie kamen in Zeitintervallen und erschwerten so den Überblick darüber, was alles neu war. Im Endeffekt haben wir uns an diese beiden Verordnungsrichtlinien zu halten, sie beinhalten unsere Qualitätsvorschriften. Dazu gehören auch die Qualitätskontrollen für die verschiedenen Röntgenbereiche, die zum Teil täglich, zum Teil auch monatlich durchgeführt werden. Dazu kommen noch Überprüfungen durch das Gewerbeaufsichtsamt, das alle fünf Jahre die Röntgengeräte überprüft - auf Sicherheit und auf Funktionstüchtigkeit (der TÜF). Dazu kommen noch die Röhrenprüfungen der Ärztlichen Stelle in der Ärztekammer, die alle eineinhalb Jahre stattfinden.

Welche fachlich-inhaltlichen Voraussetzungen muss man erfüllen, um eine Abrechnungsgenehmigung für die kurative Mammographie zu erhalten? Gibt es eine fortlaufende Qualitätssicherung und in welchem zeitlichen Rahmen wird diese durchgeführt?

Also, wenn man Mammographien machen möchte, muss man Facharzt für Radiologie oder FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sein. Dazu muss man im Besitz der Fachkunde für Strahlenschutz sein. Alle fünf Jahre erfolgt die Aktualisierung und Überprüfung für die Strahlenschutzfachkunde.

Die Sachkunde muss nachgewiesen werden: ein halbes Jahr Mammadiagnostik. Darin enthalten müssen sein: 500 Frauen untersucht, gleichzeitig als Zusatz bei 100 Patienten die Mammographien einstellen unter Beaufsichtigung und 500 Mammographien befundet haben.

Bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern muss man eine Prüfung für die Mammographien als Subspezialisierung machen. Erst dann kann man bei der Kasernenärztlichen Vereinigung den Antrag stellen, Mammographien im kurativen Bereich abzurechnen.

Das wird überprüft und wenn alles in Ordnung ist, die Fachkunde von der Ärztekammer bestätigt worden ist, stellt man einen Antrag bei der KV für die Beurteilung der Prüfsammlung der Bundes-KV.

Der Prüfling muss 50 Fälle, d.h. 200 Mammographiebilder von 50 Patientinnen anschauen und nach bestimmten Kriterien beurteilen.

Er muss die Karzinome herausfinden und alle Aufnahmen nach BIRADS - Klassifikation einordnen. Dafür hat er 6 Stunden Zeit. Das Ganze wird nach einem komplizierten System gepunktet. Er muss möglichst wenig Punkte haben, um zu bestehen. Die Prüfungen sind bundesweit, die Bewertungen aller werden verglichen. Die Schlechtesten werden neu eingeladen. Man kann die Prüfung bei guter Vorbereitung schaffen.

Wenn man die kurativen Mammographien abrechnen darf, werden von der KV nach der Prüfung von den Betreffenden zehn Mammographien aus der Praxis einbestellt, die dann nach vorgegebenen Qualitätsmaßstäben von der Mammographiekommission beurteilt werden. Die Maßstäbe sind hierfür die technische Qualität der Aufnahmen, die Einstelltechnik, die ärztliche Dokumentation und die Befunderstellung. Der abrechnende Arzt ist verpflichtet, alle zwei Jahre die Überprüfung bei der KV zu wiederholen.

Sollten Eingangsprüfungen auch für andere medizinische Verfahren verbindlich sein?

(Das Mammographie-Screening ist eine Krebsfrüherkennungsmaßnahme. Hier gelten besonders hohe Qualitätsanforderungen

Eingangsprüfungen für andere medizinische Verfahren sollten auch verbindlich sein. Man kann jetzt schon sagen, dass sich die Qualität der mammographierenden Ärzte durch die hohen Eingangsanforderungen deutlich verbessert hat.

Das Mammographie-Screening wurde gesetzlich im Bundesmantelvertrag festgelegt, dadurch müssen die Länder dieses Gesetz ausführen. Um die hohen Qualitätsanforderungen durchzusetzen, sind große Institutionen geschaffen worden, die die gesetzliche Durchführung überprüfen. Das heißt, wir haben speziell in Mecklenburg-Vorpommern die ganze Apparateausstattung nochmals modernisiert, obwohl wir alle schon vorher modern gearbeitet haben. Alle Screening-Ärzte arbeiten digital. Wir haben eine spezielle und teure Ausbildung. Auch die Röntgenassistentinnen, die die Aufnahmen erstellen, sind speziell über viele Kurse geschult. Unsere Geräte, einschließlich Workstation und Befundmonitore, sind nach Euro-Norm geprüft. Speziell die digitalen Einrichtungen müssen sich einer ganz neuen Überprüfung (PAS 1054) unterziehen. An jedem Screening-Tag muss die Röntgeneinheit überprüft werden mit speziellen Prüfkörpern, die Daten werden elektronisch an das Referenzzentrum (für Mecklenburg ist es Berlin) geleitet, danach erfolgt die Freigabe und erst danach darf die erste Klientin mammographiert werden.

Zusätzlich werden wöchentliche, monatliche und jährliche Qualitätskontrollen durchgeführt und im Referenzzentrum dokumentiert. Die Ärzte, die beteiligt sind, müssen eine spezielle Screeningprüfung im Referenzzentrum absolvieren und auch die Röntgenassistentinnen müssen alle zwei Jahre einen Fortbildungskurs absolvieren.

Qualitätsmaßnahmen sind nicht zuletzt ein Wettbewerbsmerkmal. Ist das für Sie auch ein Grund, sich auf diesem Gebiet zu engagieren?

Qualitätsmaßnahmen müssen grundsätzlich sein. Das Wort Wettbewerb ist meiner Meinung nach in der Medizin nicht unbedingt angebracht, aber ich meine schon, dass jeder Arzt - egal ob er Radiologe ist oder Internist - seine Arbeit nach dem neuesten Wissensstand ausrichten sollte und dann kann man auch seine Qualität überprüfen lassen.

Das ist in einer Apparatediagnostik, so wie es in der Radiologie ist, einfacher als in der sprechenden Medizin. Aber auch hier sollte man sich überlegen, welche Qualitätskriterien man zur Überprüfung dieser Fachgruppen einsetzen kann.

Welche Vorteile sehen Sie in der Anwendung eines Qualitätsmanagement-Systems?

Also, zu dem Qualitätsmanagementsystem habe ich eine sehr gespaltene Meinung. Ich denke, dass der Aufwand insgesamt - so wie in Deutschland praktiziert - viel zu groß ist. Die Zertifizierungen sind zu teuer. Insgesamt ist es sicherlich sinnvoll, dass Arbeitsabläufe in einer großen Praxis auch schriftlich festgelegt werden, damit sie auch für weniger eingearbeitete Personen nachvollziehbar sind. Es sollte gewisse Richtlinien geben, die alle Mitarbeiter in einer Praxis zu befolgen haben. Aber der Aufwand, der über das Qualitätsmanagement betrieben wird ist meiner Meinung nach zu ausufernd.

3 Aktuelle Themen

3.1 Neufassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie des G-BA

Bis zum 31. Dezember 2006 war es Aufgabe der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, das Verfahren der Stichprobenprüfungen zu regeln. Mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2007 ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seinem in § 136 Abs. 1 SGB V normierten Auftrag nachgekommen und hat Auswahl, Inhalt und Verfahren der Stichprobenprüfungen bundesweit einheitlich festgelegt.

Die neue Qualitätsprüfungs-Richtlinie des G-BA schafft also lediglich einen bundesweit einheitlichen Rahmen, um Stichprobenprüfungen durchzuführen. Die inhaltlichen Anforderungen an die Stichprobenprüfung werden nach wie vor entweder durch Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des G-BA oder – wenn der G-BA keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien erlassen hat – durch Regelungen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung gesetzt. So existieren aktuell lediglich Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des G-BA zu den Leistungsbereichen Allgemeine Radiologie einschließlich Computertomographie sowie Kernspintomographie. Alle übrigen Stichprobenprüfungen erfolgen auf Basis eigenständiger Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ein Kernelement der neu gefassten Qualitätsprüfungs-Richtlinie ist die Festlegung eines Mindestumfanges. Jährlich sind mindestens vier Prozent der Ärzte im jeweiligen Leistungsbereich zu überprüfen. Jeder Arzt muss konkret definierte Unterlagen für zwölf von der Kassenärztlichen Vereinigung zufällig ausgewählte Patienten vorlegen. Neben der reinen Stichprobe besteht noch die Möglichkeit, eine kriterienbezogene Überprüfung durchzuführen. So z.B. wenn ein Arzt im entsprechenden Leistungsbereich zwei Jahre oder länger keine Leistungen abgerechnet hat oder begründete Zweifel auf eine unzureichende Qualität im betreffenden Leistungsbereich vorliegen.

Vereinheitlicht werden auch die bislang bundesweit differierenden Bewertungsstufen und in deren Folge die Konsequenzen für den überprüften Arzt. Mittelfristig lässt dies eine Vergleichbarkeit der Stichprobenprüfungen zumindest der Leistungsbereiche erwarten, bei denen der G-BA über seine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien auch inhaltliche Anforderungen gesetzt hat. Die Bewertung erfolgt zukünftig nach folgenden Stufen:

Stufe 1	keine Beanstandungen
Stufe 2	geringe Beanstandungen
Stufe 3	erhebliche Beanstandungen
Stufe 4	schwerwiegende Beanstandungen

Die Konsequenzen reichen von Wiederholungsprüfungen in – in Abhängigkeit von der Schwere der Beanstandung - kürzer werdenden Zeitabständen der Prüfungen über Vergütungsberichtigungen, Kolloquien und Praxisbegehungen bis hin zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung. Im Fokus steht jedoch, die aufgezeigten Mängel durch gezielte Beratung zu eliminieren und in der Folge die Qualität der ärztlichen Leistung zu verbessern. Ist dies nicht möglich oder besteht akuter Handlungsbedarf gibt es selbstverständlich die Möglichkeit, kurzfristig tätig zu werden und die weitere Leistungserbringung zu untersagen.

Schließlich regelt die Qualitätsprüfungs-Richtlinie das formale Verfahren zur Durchführung der bereits oben unter Konsequenzen genannten Kolloquien und Praxisbegehungen sowie die Besetzung der Prüfungskommissionen. Neu ist hier, dass den Landesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt wird, beratende Mitglieder in die Prüfungskommissionen zu entsenden. Damit wird das Ziel verbunden bei Prüfungen mehr Transparenz herzustellen.

3.2 Akupunktur

Mit Beschluss vom 19. September 2006 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Akupunktur als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Indikationen

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens 6 Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz),
 - 2. chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens 6 Monaten bestehen,
- anerkannt.

Hierzu wurde eine "Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten" nach § 135 Abs. 2 SGB V vereinbart. Die Vereinbarung orientiert sich sehr eng an den detaillierten Vorgaben zur Qualitätssicherung des G-BA.

Folgende Punkte wurden von den Partnern der Bundesmantelverträge konkretisiert:

- Nach der Übergangsregelung zu § 3 Nr. 1 des G-BA-Beschlusses dürfen Ärzte, die nicht über die Zusatz-Weiterbildung "Akupunktur" verfügen, bis zum 31. Dezember 2007 Akupunktur zu Lasten der GKV erbringen, "wenn sie eine in Struktur und zeitlichem Umfang der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gleichwertige Qualifikation nachweisen können". Die (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2005 sieht für die Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ eine Weiterbildungsdauer von insgesamt 200 Stunden vor. Ärzte mit dem sog. "A-Diplom" können 140 Stunden Weiterbildung nachweisen. Auf Vorschlag der KBV empfehlen die Partner der Bundesmantelverträge, dass für Ärzte mit A-Diplom, die an den Modellprojekten der Krankenkassen zur Akupunktur teilgenommen haben und über entsprechende praktische Erfahrungen verfügen, diese Qualifikation als gleichwertig im Sinne des G-BA-Beschlusses anerkannt wird.
- Die Modellprojekte der Krankenkassen endeten zum 31. Dezember 2006. Um zu erreichen, dass diejenigen Ärzte, die hier teilgenommen haben, bereits ab 1. Januar 2007 Akupunkturleistungen zu Lasten der GKV erbringen können, konnte eine zusätzliche, im G-BA-Beschluss nicht vorgesehene Übergangsregelung vereinbart werden. Demnach erhalten diese Ärzte eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur mit der Auflage, dass die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung nachgewiesen wird. Im Zusammenhang mit dem Begriff der "gleichwertigen Qualifikation" bedeutet dies, dass alle Ärzte mit A-Diplom, die an den Modellprojekten teilgenommen haben und über entsprechende praktische Erfahrungen verfügen, die im festgelegten Qualifikationsanforderungen (Zusatz-Weiterbildung Akupunktur, jeweils 80-stündige Kurse Psychosomatische Grundversorgung und Schmerztherapie) erst bis zum 31. Dezember 2007 vollständig nachgewiesen haben müssen.
- Nach § 2 Abs. 2 des G-BA-Beschlusses ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Dokumentation durch die Kassenärztliche Vereinigung obligat vorgesehen. Um den Prüfaufwand für Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen in einem angemessenen Umfang zu halten, wurde vereinbart, dass jährlich (mindestens) fünf Prozent der akupunktierenden Ärzte auszuwählen sind. Dabei werden jeweils Dokumentationen zu (maximal) 30 abgerechneten Fällen angefordert.
- Des Weiteren sieht der G-BA-Beschluss die regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. an Qualitätszirkeln vor. Dies wurde in der Vereinbarung dahingehend interpretiert, dass eine Teilnahme an Fallkonferenzen oder Qualitätszirkeln zum Thema "chronische Schmerzen" mindestens viermal im Jahr zu erfolgen hat, wobei mindestens einmal im Jahr Fälle behandelter Patienten vorzustellen sind.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur ist zum 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

3.3 Dialyse

Die Zahl der Dialysepatienten ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, derzeit werden circa 60.000 Patienten flächendeckend in mehr als 1.200 Einrichtungen behandelt. Der Anstieg der Patientenzahlen in den letzten Jahren ist neben der demografischen Entwicklung unter anderem auch mit dem Anstieg so genannter Wohlstandserkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck zu erklären.

In der bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V werden die Anforderungen an die fachlichen, organisatorischen und apparativen Anforderungen beschrieben. Vorgaben zu einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen oder zur Durchführung von Stichprobenprüfungen durch die Qualitätssicherungskommission sind darin nicht enthalten.

Durch die 2006 in Kraft getretene Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialysebehandlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §§ 136 und 136a SGB V wird zukünftig die bestehende hohe Qualität der Patientenversorgung erhalten und gesichert. Neu ist eine verpflichtende Erfassung definierter Qualitätsindikatoren, für die valide Grenzwerte vorliegen und die eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität zulassen.

Darüber hinaus erhalten alle Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßige Rückmeldeberichte, die ihnen den erreichten Qualitätsstandard im Vergleich zu den anderen Einrichtungen mitteilen.

Basis dieser Berichte sind die vier Kernparameter

- Dialysefrequenz
- Dialysedauer
- Hämoglobinwert und
- Kt/V („Dialyseleistung“),

die als Grundlage für einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung als auch zur Beurteilung für die Stichprobenprüfungen dienen. Die vier Kernparameter werden zentral bundeseinheitlich durch einen Datenanalysten (vorgesehen ist MCN in Münster, Stand 17. Januar 2007) ausgewertet. Sollten im Rahmen der Auswertung einzelne Einrichtungen deutlich auffallen, können die Dialysekommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls eine tiefer gehende Überprüfung der betroffenen Einrichtung veranlassen und bei möglichen Qualitätsproblemen rechtzeitig intervenieren. Beispielsweise kann eine weitere Prüfung dann veranlasst werden, wenn in einer Einrichtung mehr als 15% der im Quartal behandelten Patienten weniger als vier Stunden effektiv dialysiert wurden.

Weiterhin kann die Kommission bei begründeten Hinweisen auf unzureichende Qualität in Einrichtungen oder nach einer Zufallsauswahl Stichprobenprüfungen durchführen

Nur bei Vorliegen aller vier Kernparameter kann die Abrechnung der Dialysesachkosten erfolgen.

Neben dem zentralen Benchmarking-Bericht auf der Basis der vier genannten Kernmerkmale sieht die Richtlinie die weitere verpflichtende Teilnahme an einem Rückmeldesystem vor.

Die Grundlage für diese Berichte sind die zusätzlichen Parameter, die in der einzelnen Praxis erhoben werden und einem frei wählbaren Berichtersteller zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden. Diese Rückmeldeberichte dienen insbesondere der Therapieoptimierung der Patienten.

Zur Qualitätssicherung im Rahmen der Richtlinie werden nur solche Informationen genutzt, die im Rahmen der Behandlung der Patienten in den Einrichtungen schon erfasst und dokumentiert werden und über die jeweilige Praxissoftware elektronisch verarbeitet werden können. Damit der Datenschutz umfassend gewährleistet ist, wurde die Einhaltung einer durchgängigen **Anonymisierung** aller persönlichen Patientendaten verbindlich geregelt. Alle personenidentifizierende Daten verbleiben in der Einrichtung und können nur von dieser somit den Patienten zugeordnet werden.

Aufgrund des hohen organisatorischen Aufwandes zur Umsetzung der komplexen Vorgaben kann davon ausgegangen werden, dass mit der zentralen Auswertung der Daten erst 2007 begonnen werden kann.

3.4 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. März 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 zum 1. April 2005 gibt es nur noch die Genehmigung für die komplette Herzschrittmacherkontrolle. Damit können Ärzte, die nur über die Genehmigung der ersten Stufe verfügten, die entsprechenden Leistungen nicht mehr abrechnen.

Die Qualitätssicherungsrichtlinie zur Herzschrittmacherkontrolle wurde daraufhin angepasst und ist zum 1. April 2006 in Kraft getreten.

3.5 Interventionelle Radiologie

Mit Einführung des neuen EBM zum 1. April 2005 wurde nach den Vorgaben in Kapitel 34.2.9 des EBM in Analogie und Abgrenzung zu Herzkatheteruntersuchungen und –interventionen die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen und interventionellen Angiographien (GNR 34283 bis 34287) in der vertragsärztlichen Versorgung unter Genehmigungsvorbehalt gestellt.

Analog zur bereits bestehenden "Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie" regelt die Vereinbarung die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem sowie die (nicht genehmigungspflichtige) Nachbetreuung der Patienten.

Aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrades der Erbringung von angiographischen Leistungen wurden Anforderungen an die ärztliche Routine formuliert. Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von interventionellen Angiographien einen Nachweis über mindestens 100 Katheterangiographien, wovon mindestens 50 interventionell sein müssen, zu erbringen.

Weiterhin wurden Anforderungen an die Praxisorganisation im Hinblick auf die Durchführung der Angiographien und die Nachbetreuung festgelegt. So ist zu gewährleisten, dass während der Durchführung eine medizinische Fachkraft im Eingriffsraum anwesend ist und eine weitere medizinische Fachkraft unmittelbar zur Verfügung steht. Ferner muss ein weiterer Arzt mit Erfahrungen in der Notfallmedizin in der Einrichtung zur Verfügung stehen. Bei der Durchführung von interventionellen Angiographien ist zudem sicherzustellen, dass der Patient nach Feststellung des Erfordernisses einer chirurgischen Notfallintervention innerhalb von höchstens zwei Stunden einer stationären Einrichtung zur gefäßchirurgischen Versorgung zugeführt werden kann.

Während der nach diagnostischer und interventioneller Angiographie differenzierten Nachbetreuung von in der Regel vier bzw. sechs Stunden Dauer müssen mindestens eine medizinische Fachkraft und ein Arzt mit jeweils spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung anwesend sein bzw. in der Einrichtung zur Verfügung stehen. Ferner muss sichergestellt sein, dass innerhalb von 24 Stunden nach Eingriff ein Arzt, der über eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung verfügt, telefonisch für den Patienten erreichbar ist.

Die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie“ trat zum 1. Juli 2006 in Kraft. Ärzte, die die betreffenden Leistungen bereits regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben, erhalten gemäß einer Übergangsregelung eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung, sofern diese innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Vereinbarung beantragt wird.

3.6 Photodynamische Therapie

Seit dem 1. August 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen am zentralen Augenhintergrund Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Mittlerweile konnte die Wirksamkeit und medizinische Notwendigkeit der PDT auch für andere Netzhautschäden belegt werden. Deshalb hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss 2006 erneut mit dieser Methode befasst und auf Grund wissenschaftlicher Ergebnisse einer Ausweitung der Indikation zugestimmt. Sie ist nunmehr für folgende Indikationsgebiete zugelassen:

1. altersabhängige feuchte Makuladegeneration mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation,
2. subfovealer chorioidaler Neovaskularisation (CNV) aufgrund von pathologischer Myopie mit bestkorrigiertem Visus von mindestens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von max. 5400 Mikrometer,
3. subfovealer okkulten CNV ohne klassischen Anteil aufgrund von altersabhängiger feuchter Makuladegeneration (AMD) mit bestkorrigiertem Visus von mindestens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von max. 5400 Mikrometer sowie
 - Verschlechterung mit Hämorrhagie bei CNVoder
 - Verschlechterung innerhalb der letzten 3 Monate mit entweder
 - a) visuell: Verlust von mindestens 5 Buchstaben bzw. einer Zeile auf der ETDRS-Tafel (standardisierter Visus-Test)
 - oder
 - b) anatomisch: Zunahme der Läsion um mindestens 10%.

Auszuschließen von der PDT sind Patienten mit einem Krankheitsbild gemäß Nr. 2, bei denen eine Läsionsgröße größer vier Papillenflächen und ein Visus größer oder gleich 0,4 vorliegen.

Diese Änderung wurde am 21. Februar beschlossen und trat nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 25. Mai 2006 in Kraft.

Entsprechend der Indikationsausweitung wurde in Folge die bestehende QS-Vereinbarung überarbeitet und die Anforderungen an die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation angepasst, diese ist seit dem 1. Oktober 2006 in Kraft.

3.7 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. 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 vertragsärztliche 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 therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

Der Gemeinsame Ausschuss Qualitätssicherung hat die Neufassung einer QS-Vereinbarung "MRT-Angiographie" beschlossen. Die Beratungen laufen und werden 2007 abgeschlossen werden. Im Fokus der Qualitätssicherungsmaßnahmen steht die Überprüfung der Dokumentation, insbesondere hinsichtlich der Indikationsstellung.

3.8 Phototherapeutische Keratektomie

Das Verfahren der Phototherapeutischen Keratektomie (PTK) gleicht technisch dem der Photorefraktiven Keratektomie – laserinduzierte Veränderung der Brechkraft der Hornhaut - und ist seit 1989 im Bereich der augenärztlichen Medizin verfügbar. Bei der Phototherapeutischen Keratektomie handelt es sich jedoch nicht um einen refraktiv-chirurgischen, sondern um einen medizinisch indizierten therapeutischen Eingriff bei verschiedenen Augenerkrankungen. Oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) werden durch die thermischen Laserimpulse eines Excimer-Lasers abgetragen. Im Unterschied zu photorefraktiven Verfahren wird hierbei ein refraktionsneutrales planparalleles Vorgehen angestrebt. Dabei kommen unterschiedliche Typen von Lasergeräten zum Einsatz, die Pulse mit einem Durchmesser von 0,1 - 0,5 µm und einer Frequenz von bis zu 300 Hz erzeugen. Der Eingriff erfolgt in Lokalanästhesie und dauert nur wenige Minuten.

Mit Beschluss vom 18. Juli 2006 (In-Kraft-Treten 14. Oktober 2006) hat der Gemeinsame Bundesausschuss die PTK als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung bei den Indikationen

- rezidivierende Hornhauterosio
- oberflächliche Hornhautnarben
- Hornhautdystrophie
- Hornhautdegeneration
- oberflächliche Hornhautirregularitäten (außer Pterygium)

anerkannt. Allerdings ist die Indikationsstellung für eine PTK durch eine Reihe von expliziten Vorgaben beschränkt. Beispielsweise müssen vor der Durchführung einer PTK Therapiealternativen ausgeschöpft worden sein.

Eine Qualitätssicherungsvereinbarung, die diesem Sachverhalt Rechnung trägt, wird derzeit bearbeitet. Ein Abschluss dieser Arbeiten ist im Sommer 2007 zu erwarten.

3.9 Positronenemissionstomographie

Aufgrund eines Beschlusses des damals zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen im Jahr 2002 wurde die Positronenemissionstomographie (PET) aus dem vertragsärztlichen Bereich ausgeschlossen. Nachdem weitere Forschungsergebnisse vorlagen, hat der G-BA Ende 2005 aufgrund einer aktuellen Evidenzbewertung einen positiven Beschluss für die PET im Krankenhaussektor gefasst. Dies betrifft die Indikationsbereiche

- PET bei Bestimmung des Tumorstadiums von primären nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen (NSCLC) einschließlich der Detektion von Lungenfermetastasen
- PET bei Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären NSCLC und
- PET bei Charakterisierung von Lungenrundherden.

Es ist nun Anfang 2007 damit zu rechnen, dass der G-BA die PET für dieselben Indikationsbereiche auch für den vertragsärztlichen Bereich anerkennt. Hierzu werden auch Empfehlungen zur Qualitätssicherung dieser Leistung formuliert.

Da die PET sowohl im stationären als auch im ambulanten vertragsärztlichen Sektor erbracht werden kann, soll im Interesse einer gleichwertig hohen Qualität der Patientenversorgung erstmals eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung eingeführt werden.

3.10 Ultraschall

Einer Überarbeitung bedarf auch die Ultraschall-Vereinbarung, die in ihrem Grundgerüst noch aus dem Jahr 1993 stammt. Bedingt durch die technische Weiterentwicklung bedürfen insbesondere die apparativen Anforderungen einer Neuregelung. Bedingt durch Einführung des neuen EBM sind einige Inkompatibilitäten zwischen Gebührenordnung und Qualitätssicherungsvereinbarung entstanden. Trotz der Komplexität der Anforderungen wird eine Konsentierung der Ultraschall-Vereinbarung für das laufende Jahr angestrebt.

3.11 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 oder 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 2007 erwartet.

4 Ausblick und Ziele

Auch für das Geschäftsjahr 2007 sind eine Reihe von Änderungen zu erwarten. Hierzu gehören zum Beispiel die Umsetzung der Qualitätssicherung für die Vereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten sowie die Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie.

5 Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung beruht auf sehr differenzierten Richtlinien und Vereinbarungen. Darüber hinaus sind die Normen ständigem Wandel unterworfen und regelmäßig kommen neue Bereiche hinzu. Für Personen außerhalb der Qualitätssicherungsabteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist dieses Detailwissen nur schwer zu erwerben und aktuell zu halten.

Aus diesem Grunde werden im Folgenden die in der KV Mecklenburg - Vorpommern geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung detailliert wiedergegeben. Besondere Berücksichtigung finden in dieser Darstellung die Tätigkeit der Geschäftsstelle Qualitätssicherung und die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages durch Angabe der gültigen Genehmigungen.

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

5.1 Ambulante Operationen

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, beim ambulanten Operieren und bei sonstigen stationersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V neu verabschiedet.

Ergänzend zu den Leistungen des Kapitels 31.2 des EBM (aufgeführt in der Anlage 1 zum Grundvertrag nach § 115 b SGB V = Abschnitt 1) sind nunmehr auch Leistungen aus den arztgruppenspezifischen Kapiteln des EBM (Abschnitte 2 und 3) den Regelungen zum ambulanten Operieren unterworfen.

Die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V gliedern sich nach Ausmaß und Gefährungsgrad auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes in:

- Operationen,
- kleine invasive Eingriffe,
- invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen und
- Endoskopien.

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.

In Folge der Neugliederung der Eingriffe in vier Kategorien ergeben sich auch unterschiedliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung. Die baulichen, apparativ-technischen, hygienischen und personellen Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen, ggf. wird eine Praxisbegehung vereinbart.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren (§ 8 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 01.04.1993, zuletzt geändert 01.10.2006), (seit 1.10.1994, zuletzt geändert 1.10.2006)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	keine Genehmigung nur Erklärung	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0	
- davon Anzahl Genehmigungen	0	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit Beanstandung	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit geringen Beanstandung	0	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Praxisbegehungen	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Bemerkungen		

5.2 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Diese Richtlinie regelt sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapheresen) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall. Die 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 Apherese nur in Ausnahmefällen bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen.

LDL-Apherese können nur durchgeführt werden bei Patienten

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

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

Immunapheresen können nur bei aktiver rheumatoider Arthritis bei Patienten

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

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

Richtlinie des Gemeinsamen Bundes- ausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärzt- lichen Versorgung, Anlage I, 1.: Ambulanten Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren (§ 135 Abs. 1 SGB V i.V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren), gültig seit 1.1.1991, zuletzt geändert 9.7.2003)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	nein
	Rezertifizierung	nein
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	nein
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung *)	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	LDL- Apherese = 24 Immunapherese = 19	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	1	
- davon Anzahl Genehmigungen	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	
LDL-Apherese		
Anzahl Patienten im Jahr 2006	49	
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	4	
- davon positives Votum der KV	4	
- davon negatives Votum der KV	0	
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	35	
- davon positives Votum der KV	35	
- davon negatives Votum der KV	0	
Apherese bei rheumatoider Arthritis		
Anzahl Patienten die im Jahr 2006 mindestens einen Zyklus begonnen haben	6	
Anzahl beschiedene Anträge	4	
- davon positives Votum der KV	4	
- davon negatives Votum der KV	0	
Bemerkungen		
*) Dokumentationsprüfungen im Rahmen der Patientenanträge sowie persönliche Kontakte mit der beantragenden Praxis und Kommissionsmitgliedern		

5.3 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 (Arthroskopie-Vereinbarung) (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.10.1994)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	39	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	2	
- davon Anzahl Genehmigungen	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit Beanstandung		
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	16	
- davon ohne Beanstandungen	7	
- davon mit leichten Beanstandungen	1	
- davon mit wesentlichen Beanstandungen	8	
Bemerkungen		

5.4 Blutreinigungsverfahren / Dialyse

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. Ergänzt werden diese Vereinbarungen ab dem 24. Juni 2006 um die Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse, mit der alle Ärzte, verpflichtet werden, sich an einrichtungsübergreifenden (d.h. externen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und-verbesserung zu beteiligen (siehe auch Kapitel 3.3).

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 i.V. mit Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, gültig seit 1.10.1997, zuletzt geändert 9.5.2003)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2006	35	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	35	
Anzahl beschiedene Anträge	1	
- davon Anzahl Genehmigungen	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	
Patienten		
Anzahl Patienten im Jahr 2006	1403	

Bemerkungen

Die Anzahl der Patienten ist für die niedergelassenen Praxen anhand des Arzt-Patientenschlüssels rechnerisch ermittelt worden.

Die Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialysebehandlungen wird ab dem 1. Quartal 2007 umgesetzt. Statistische Erhebungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden somit frühestens im Qualitätssicherungsbericht für das Jahr 2007 erscheinen.

5.5 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 und legte die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als Zulassungsbehörde für diese Programme fest.

Seit seiner In-Kraft-Tretung hat das Gesetz eine Reihe von Änderungen erfahren, deren wichtigste für die Umsetzung der Programme hier aufgeführt sind:

4. RSAV	27.06.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease-Management-Programmen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und für Patientinnen mit Brustkrebs
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
7. RSAV	28.04.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)
9. RSAV	18.02.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 Neufassung der Anforderungen an die Dokumentation für Diabetes mellitus Typ 2 und KHK
11. RSAV	22.12.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)
12. RSAV	15.08.2005	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
13. RSAV	23.01.2006	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs

RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

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 Ersatzkasse
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.04.2005
akkreditiert:	Keine Akkr., da keine Teiln. RSA
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	LKK MOD
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.06.2005
akkreditiert:	23.09.2005
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	VdAK/AEV
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2006	932
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	932
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	42
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Praxen (IV. Quartal 2006)	770
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2006	70676
Bemerkungen	
bei mehreren Verträgen im Geltungsbereich der KV bitte Block Vertragsdaten wiederholen	

Brustkrebs

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.01.2005
akkreditiert:	29.03.2005
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	KVMV, KK, Krankenhausgesellschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2006	169
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Praxen (IV. Quartal 2006)	117
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2006	2325
Bemerkungen	
bei mehreren Verträgen im Geltungsbereich der KV bitte Block Vertragsdaten wiederholen	

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.04.2004
akkreditiert:	20.10.2004
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	AOK, Knappschaft, IKK, BKK, VdAK/AEV, LKK MOD
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2006	930
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	925
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	28
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2006)	885
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2006	26800

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten	
gültig seit:	10.02.2005
akkreditiert:	20.09.2005
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit:	10.02.2005
akkreditiert:	13.10.2005
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	IKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2005
akkreditiert:	10.08.2005
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	VdAK/AEV
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.10.2005
akkreditiert:	15.11.2005
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	AOK/Seekasse
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2006	46
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	43
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	3

- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Praxen (IV. Quartal 2006)	40
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	41
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	41
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	27
- andere	bitte benennen und ggf. näher ausführen
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2006	1812
Bemerkungen	
bei mehreren Verträgen im Geltungsbereich der KV bitte Block Vertragsdaten wiederholen	

Asthma bronchiale

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2006
akkreditiert:	24.07.2006
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	AOK / Seekasse
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2006
akkreditiert:	24.07.2006
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2006
akkreditiert:	24.07.2006
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	IKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2006
akkreditiert:	24.07.2006
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	VdAK / AEV
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.08.2006
akkreditiert:	Keine Akkr. , da keine Teiln. RSA
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	LKK MOD
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.09.2006
akkreditiert:	21.03.2007
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	Knappschaft
Ärzte	

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2006	246
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	244
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	20
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2006)	110
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	18
- darunter Schulungen für Kinder und Jugendliche	4
- darunter Schulungen für Erwachsene	14
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2006	3145
Bemerkungen	

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2006
akkreditiert:	24.07.2006
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	AOK / Seekasse
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2006
akkreditiert:	24.07.2006
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	BKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2006
akkreditiert:	24.07.2006
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	IKK LV Nord
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2006
akkreditiert:	24.07.2006
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	VdAK / AEV
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.08.2006
akkreditiert:	Keine Akkr., da keine Teiln. RSA
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	LKK MOD
Vertragsdaten	
gültig seit:	01.09.2006
akkreditiert:	21.03.2007
Gültigkeitsbereich	Mecklenburg-Vorpommern
Vertragspartner	Knappschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2006	221

- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	221
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt	16
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2006)	106
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	12
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2006	2196
Bemerkungen	

5.6 Erweitertes Neugeborenen-Screening

Im Rahmen der Kinderrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist zum 1. April 2005 ein erweitertes Neugeborenen Screening zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden, eingeführt worden. Der Erfolg dieses Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und Schnelligkeit, mit der in Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Aus diesem Grunde sind in dieser Richtlinie detaillierte Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgegeben, deren Umsetzung die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten.

5.7 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. März 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 zum 1. April 2005 gibt es nur noch die Genehmigung für die komplette Herzschrittmacherkontrolle. Damit können Ärzte, die nur über die Genehmigung der ersten Stufe verfügten, die entsprechenden Leistungen nicht mehr abrechnen.

Die Qualitätssicherungsrichtlinie zur Herzschrittmacherkontrolle wurde daraufhin angepasst und ist zum 1. April 2006 in Kraft getreten.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.4.1992, zuletzt geändert 1.4.2006)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2006	38	
Anzahl beschiedene Anträge	38	
- davon Anzahl Genehmigungen	37	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestandene	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit geringen Beanstandung	0	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden	0	

- davon nicht bestandene	0
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestandene	0

5.8 Interventionelle Radiologie

Mit dieser Vereinbarung wird die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der interventionellen Radiologie gesichert. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem sowie die (nicht genehmigungspflichtige) Nachbetreuung der Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung.

In dieser seit dem 1. Juli 2006 geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrades der Erbringung von angiographischen Leistungen mit Anforderungen an die ärztliche Routine verbunden. Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von interventionellen Angiographien einen Nachweis über mindestens 100 Katheterangiographien, wovon mindestens 50 interventionell sein müssen, zu erbringen.

Ärzte, die die betreffenden Leistungen bereits regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben, erhalten gemäß einer Übergangsregelung eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung, sofern diese innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Vereinbarung beantragt wird.

5.9 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 in der vertragsärztlichen Versorgung.

In dieser seit dem 1. Oktober 1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.10.1999)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Ärzte in Einzelpraxen:

Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)						
Genehmigungen						
	01.01.2006		31.12.2006			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2		3			
Anzahl beschiedener Anträge in 2006	neu		erneut (§7 Abs.2 Nr.3)			
	1					
- davon Anzahl Genehmigungen	1					
- davon Anzahl Ablehnungen						
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)			0			
- davon bestanden			0			
- davon nicht bestanden			0			
Anzahl Praxisbegehungen			0			
- davon ohne Beanstandungen			0			
- davon mit Beanstandungen			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			0			
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 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 die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben*)	2	0	0	/	/	/

Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)						
Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2006			31.12.2006		
	3			3		
Anzahl beschiedener Anträge in 2006	neu			erneut (§7 Abs.1 Nr.3)		
	0			0		
- davon Anzahl Genehmigungen						
- davon Anzahl Ablehnungen						
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0					
- davon bestanden	0					
- davon nicht bestanden	0					
Anzahl Praxisbegehungen	0					
- davon ohne Beanstandungen	0					
- davon mit Beanstandungen	0					
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl				sonstige Gründe	
	gesamt	ges. + therap.	therap.			
	0	0	0	0		
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0					
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0					
Frequenzregelung						
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	2	0	0	0	0	1
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	2	0	0	/	/	/
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66
	2	0	0	0	1	0
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	2	0	0	/	/	/
Bemerkungen						

Ärzte in Gemeinschaftspraxen:

Im KV Bereich Mecklenburg-Vorpommern gibt es derzeit keine Genehmigungen für Ärzte in Gemeinschaftspraxen.

5.10 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 apparatetechnische Mindestanforderungen zu erfüllen.

Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanz-Mammographie (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) (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.4.1993, zuletzt geändert 1.10.2001) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie für die Kernspintomographie) (§ 136 i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V, seit 1.4.2001)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Allgemeine Kernspintomographie	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31.12.2006	30
Anzahl beschiedene Anträge	5
- davon Anzahl Genehmigungen	5
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Kernspintomographie der Mamma	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.2006	1
Anzahl beschiedene Anträge	
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Frequenzregelung (Anzahl jährl. Nachweise nach §4a Abs. 2)	
- mind. 50 Untersuchungen	1
- weniger als 50 Untersuchungen	0
- - Kolloquium innerhalb 3 Monaten	0
- - - davon bestanden	0
- - - davon nicht bestanden	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	
Allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)	
Anzahl geprüfter Ärzte	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit geringen Beanstandungen	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Bemerkungen	

5.11 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 zehn 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 Koloskopie durchgeführt werden.

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung geändert. Unter anderem gibt es nunmehr eine Stichprobenprüfung mit Bewertung der Mängel im Einzelnen. Die Prüfung erstreckt sich zum einen auf die geforderte Erreichung der Mindestfrequenz der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien sowie daran anschließend bei Erfüllung der Mindestzahlen auf eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung bezogen auf die kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien/Polypektomien. Polypektomien können sowohl bei totalen als auch bei partiell durchgeführten Koloskopien anerkannt werden. Neu ist zudem, dass auch Kinderärzte den Nachweis über die durchgeführten Koloskopien führen müssen (über die Totalität bzw. Mängelfreiheit der Koloskopien).

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung) (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.10.2002, zuletzt geändert 1.10.2006)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Ärzte in Einzelpraxen:

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	01.01.2006	31.12.2006				
	4	4				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2006	31.12.2006				
	33	32				
Anzahl beschiedene Anträge in 2006 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)				
	0	0				
- davon Anzahl Genehmigungen	0	0				
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0				
Anzahl beschiedene Anträge in 2006 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)				
	0	0				
- davon Anzahl Genehmigungen	0	0				
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0				
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	0					
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0					
- davon bestanden	0					
- davon nicht bestanden	0					
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 und § 7	0					
- davon wg. § 7 - Überprüfung Hygienequalität	0					
- davon ausschließlich wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien	wg. Mängel gem. § 6 Abs. 3 c-e	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
	0	0				
- davon ausschließlich wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wg. Mängel gem. § 6 Abs. 4 b-c	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
	0	0				
- davon sowohl wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wg. Mängel gem. § 6 Abs. 3 c-e wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei § 6 Abs. 4 b-c	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
	0	0				
Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	1 (Ermächtigung beendet)					
Frequenzregelungen totale Koloskopien						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421)	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
	1*	0	0	1	4	31
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	0*	0	0	/	/	/
Stichprobenprüfungen totale Koloskopien						
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 a-e	Stichprobenprüfungen gemäß der Vereinbarung erfolgen					
- davon bestanden	ab 2007;					
- davon nicht bestanden						
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f	seit 2003 wurden Stichprobenprüfungen auf Basis eigener					
- davon bestanden	Kriterien durchgeführt					
- davon nicht bestanden						
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 3 g						

- davon bestanden	/					
- davon nicht bestanden wg. Mängel nach c-e	/					
- davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl	/					
Frequenzregelungen Polypektomien						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,)	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	0	1*	0	0	1	35
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	0	0*	0	/	/	/
Stichprobenprüfungen Polypektomien						
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 4 a-c	Stichprobenprüfungen gemäß der Vereinbarung erfolgen					
- davon bestanden	ab 2007;					
- davon nicht bestanden	seit 2003 wurden Stichprobenprüfungen auf Basis eigener					
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 4 d	Kriterien durchgeführt					
- davon bestanden	/					
- davon nicht bestanden wg. Mängel nach b-c	/					
- davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl	/					
Bemerkungen						
* wegen Erkrankung eines Arztes temporäre Abrechnung der totalen Koloskopien und Polypektomien						

Ärzte in Gemeinschaftspraxen:

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	01.01.2006	31.12.2006
	1	0
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2006	31.12.2006
	9	10
Anzahl beschiedene Anträge in 2006 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)
	0	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl beschiedene Anträge in 2006 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)
	1	0
- davon Anzahl Genehmigungen	1	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 und § 7	1	
- davon wg. § 7 - Überprüfung Hygienequalität	0	
- davon ausschließlich wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien	wg. Mängel gem. § 6 Abs. 3 c-e	wg. Nichterreichen Mindestzahl
	0	0
- davon ausschließlich wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei	wg. Mängel gem. § 6 Abs. 4 b-c	wg. Nichterreichen Mindestzahl

Polypektomien	0	0				
- davon sowohl wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wg. Mängel gem § 6 Abs. 3 c-e § 6 Abs. 4 b-c	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
	0	1				
Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	0					
Frequenzregelungen totale Koloskopien						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421)	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
	1*	0	0	1	0	9
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	0*	0	0	/	/	/
Stichprobenprüfungen totale Koloskopien						
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 a-e	Stichprobenprüfungen gemäß					
- davon bestanden	der Vereinbarung erfolgen					
- davon nicht bestanden	ab 2007;					
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f	seit 2003 wurden Stichproben-					
- davon bestanden	prüfungen auf Basis eigener					
- davon nicht bestanden	Kriterien durchgeführt					
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 3 g						
- davon bestanden	/					
- davon nicht bestanden wg. Mängel nach c-e	/					
- davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl	/					
Frequenzregelungen Polypektomien						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,)	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	1*	0	0	0	0	10
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	0*	0	0	/	/	/
Stichprobenprüfungen Polypektomien						
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 4 a-c	Stichprobenprüfungen gemäß					
- davon bestanden	der Vereinbarung erfolgen					
- davon nicht bestanden	ab 2007;					
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 4 d	seit 2003 wurden Stichproben-					
- davon bestanden	prüfungen auf Basis eigener					
- davon nicht bestanden wg. Mängel nach b-c	Kriterien durchgeführt					
- davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl	/					
Bemerkungen						
* wegen Nichterreichen der Frequenzen erfolgte der Widerruf der Genehmigung						

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Einrichtungen	45		
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)
	89	7	0

5.12 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.

Die Richtlinien über künstliche Befruchtung setzen die vom Gesetzgeber in § 27a SGB V festgelegten Vorgaben um. Die letzte Richtlinienänderung erfolgte durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses 15. November 2005, dieser Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und trat am 15. Februar 2006 in Kraft (Konkretisierung des Anspruchs auf Maßnahmen, Anzahl der Zyklen).

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung (§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit § 135 Abs.1 SGB V), gültig seit 1.10.1990, zuletzt geändert 15.2.2006)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	nein
	Frequenzregelung	nein
	Rezertifizierung	nein
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	nein
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	nein
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2006	8	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2006	7	
Bemerkungen		

5.13 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels 32.3 bzw. Kapitel 1.7 des EBM. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Antrag, 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 (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V, Richtlinien der BÄK), gültig seit 9.5.1994)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31.12.2006	176	
Anzahl beschiedene Anträge	47	
- davon Anzahl Genehmigungen	3	
- davon Anzahl Ablehnungen	2	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	24	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit Beanstandungen	0	
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	1	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit geringen Beanstandung	0	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1	
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	1	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	1	
Bemerkungen		

5.14 Langzeit-EKG-Untersuchung

Die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-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 (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) gültig seit 1.4.1992)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31.12.2006	88	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2006	169	
Anzahl beschiedene Anträge	15	
- davon Anzahl Genehmigungen	15	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	20	
- davon ohne Beanstandung	14	
- davon mit geringen Beanstandung	4	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	2	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Bemerkungen		

5.15 Mammographie (kurativ)

Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren bisher Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie. Auf Grund der hier besonders getroffenen Regelungen wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine gesonderte Vereinbarung getroffen. Als Neuerung wurde der Zeitpunkt der ersten Selbstüberprüfung auf 24 Monate und nicht wie bisher auf zwölf Monate festgesetzt. Hinzu kommt, dass die Zuständigkeit für die Erstellung der Fallsammlungen und die Evaluation der Prüfungen von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übergegangen ist.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) gültig seit 1.4.1993, zuletzt geändert 1.1.2007)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	✓
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	34	
Anzahl beschiedener Anträge	1	
- davon Anzahl Genehmigungen	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt C (Fallsammlung)		
Anzahl Prüfungen	1. Prüfung	Wiederholungs- prüfungen
	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0
Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt D (§ 7 Abs.2 Buchst.b)		
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teil- genommen haben	erstmalige Selbstüber- prüfungen	weitere Selbst- überprüfungen
	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	

Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt E		
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	9	0
- davon erfüllt	5	0
- 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)*	4	0
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt E teilgenommen haben	0	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	0	
Bemerkungen		

5.16 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Etwa zehn Prozent der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Internationale Studien haben gezeigt: Ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50 bis 69jährigen Frauen, das so genannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken. Voraussetzung ist die hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.

Aus diesem Grunde hat der Deutsche Bundestag im Juni 2002 einstimmig gefordert, ein flächendeckendes Mammographie-Screening einzuführen. Im Januar 2004 sind die entsprechenden umfangreichen Richtlinien (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und BMV-Ä/EKV) zur Einführung des Screenings in die vertragsärztliche Versorgung in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen zwischen 50 bis 69 Jahre Anspruch auf eine Mammographie-Screening-Untersuchung, sobald das Screening in ihrer Region angeboten wird. Alle Frauen dieser Altersgruppe werden dann regelmäßig im Abstand von zwei Jahren eingeladen.

Das Mammographie-Screening setzt neue Standards in Sachen Qualitätssicherung in der medizinischen Regelversorgung in Deutschland. Im Gegensatz zu zahlreichen Maßnahmen der Qualitätssicherung, die auf Strukturqualität abzielen, betrifft die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings alle Ebenen des Programms: die Einstiegsqualifikation ebenso wie die Prozess- und Ergebnisqualität. Somit handelt es sich bei der Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings nicht um eine statische Form, die das einmal gewählte Niveau zu erhalten sucht. Vielmehr strebt das Qualitätsmanagement im Mammographie-Screening eine kontinuierliche Verbesserung des gesamten Programms an.

Zu den wichtigsten Aspekten der Qualitätssicherung gehören unter anderem:

- eine tägliche Überprüfung aller eingesetzten Geräte
- spezielle Kurse und intensive Trainingsprogramme für alle radiologischen Fachkräfte und alle Screening-Ärzte
- vorgeschriebene Fallzahlen. Beispielsweise müssen befundende Ärzte Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen pro Jahr beurteilen
- obligatorische Doppelbefundung, d. h. jede Mammographie-Aufnahme wird von zwei speziell geschulten Ärzten unabhängig voneinander beurteilt. Weichen die Befunde voneinander ab, werden die Aufnahmen von einer/m dritten Ärztin/Arzt begutachtet.
- Konsensuskonferenzen, in denen Auffälligkeiten von mehreren Ärzten gemeinsam besprochen werden wie auch das weitere Vorgehen
- multidisziplinäre Konferenzen und Teambesprechungen, deren Ergebnisse dokumentiert werden. Denn die Qualität des Screenings hängt nicht nur von der Qualifikation jeder/s einzelnen Ärztin/Arztes und jeder einzelnen Fachkraft und der Qualität der Geräte ab. Entscheidend ist auch eine gut organisierte Zusammenarbeit der Screening-Ärzte untereinander
- externe medizinische und technische Qualitätskontrollen durch Referenzzentren
- eine laufende Programmdokumentation und –evaluation.

Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen - insbesondere was die Qualifikationen betrifft. Denn die Arbeitsschwerpunkte von Ärzten, die im Screening-Programm arbeiten, unterscheiden sich von denjenigen Ärzten, die kurativ mammographieren. Im Gegensatz zur kurativen Mammographie ist im Screening mit Verdachtsfällen bei wenigen Prozent der untersuchten Frauen zu rechnen. Auch ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Das Wissen um die zu erwartende Prävalenz erfordert ein anderes Vorgehen in der Interpretation von Screening-Aufnahmen. Im Screening-Programm befundende Ärzte müssen sich daher laufend fortbilden und pro Jahr Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen beurteilen. Nur so kann eine Routine in der Beurteilung von Screening-Aufnahmen gewährleistet werden, denn im Rahmen des Programms bekommt der Arzt bei 5.000 Frauen „nur“ 20 Karzinome zu sehen.

Besondere Anforderungen werden an die so genannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessments). Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit im Programm eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie u. a. die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

Auch für die am Programm teilnehmenden Pathologen gelten besondere Qualifikationsanforderungen. Sie müssen neben regelmäßigen speziellen Fortbildungsveranstaltungen eine geeignete Laborausstattung sowie jährliche Mindestfrequenzen von beurteilten Präparaten nachweisen.

Damit die umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen auch von allen am Programm mitwirkenden Ärzten und Fachkräften geleistet werden können, werden sie von Referenzzentren unterstützt. Jede Screening-Einheit ist einem Referenzzentrum zugeordnet. Ihre Aufgabe ist es, die am Mammographie-Screening-Programm teilnehmenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte fortzubilden, zu betreuen und zu beraten. Zudem sind sie für die externe medizinische und technische Qualitätssicherung verantwortlich sowie für einen Teil der Programmevaluation. Jeder Leiter eines Referenzzentrums ist auch Programmverantwortlicher Arzt in einer dem Referenzzentrum angegliederten regionalen Screening-Einheit.

Unter dem Motto „Weil es um Sie geht!“ hatte die Screening-Einheit Greifswald im Mai 2006 als erste von vier Screening-Einheiten ihre Arbeit aufgenommen. Unter der Schirmherrschaft von Frau Ringstorf, der Ehefrau des Ministerpräsidenten, fand eine Auftaktveranstaltung dazu statt. Neben Gästen aus Politik, Wirtschaft und dem Gesundheitswesen nahmen auch zahlreiche Vertreterinnen von Frauen-Selbsthilfegruppen „Frauen nach Brustkrebs“ daran teil. In einer Gemeinschaftsaktion von Kassenärztlicher Vereinigung, der Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern, dem Berufsverband der Frauenärzte und dem Landesverband der Radiologen wurde der Flyer und ein Poster „Weil es um Sie geht!“ erarbeitet. Der Flyer wird in den Frauenarzt- und Hausarztpraxen verteilt. Er erläutert das Mammographie-Screening und informiert gleichzeitig über weitere Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen. Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf Landesebene wurde die Zentrale Stelle beim MDK der Krankenversicherungen Mecklenburg-Vorpommern eingerichtet.

Die Screening-Einheiten Schwerin und Neubrandenburg nahmen ihre Tätigkeit im November bzw. im Dezember 2006 auf. In Mecklenburg-Vorpommern wird von Beginn an digitale Mammographietechnik und elektronische Befund- und Bilddatenübertragung eingesetzt. Damit wird den spezifischen Bedingungen eines Flächenlandes entsprochen. Für die Bürgerinnen und Bürger hat die Kassenärztliche Vereinigung auf der Seite für Patienteninformationen auch ein Link zum Mammographie-Screening in Mecklenburg-Vorpommern zu teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen eingerichtet.

5.17 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 Bund (ehemals BfA bzw. LVA) ist.

Hält der behandelnde Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme für angezeigt und Erfolg versprechend, 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 8-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 2007 (ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden).

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 135 Abs. 2 SGB V gültig seit 1.4.2004, zuletzt geändert 1.3.2005)0,	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	nein
	Frequenzregelung	nein
	Rezertifizierung	nein
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	nein
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	nein
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	318	
Anzahl beschiedene Anträge	61	
- davon Anzahl Genehmigungen	61	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Bemerkungen		

5.18 Onkologie-Vereinbarung

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

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens 2-jährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung an einem Tumorzentrum oder einem onkologischem Schwerpunkt nachweisen.

Er muss insbesondere den Nachweis erbringen, in der Anwendung von zytostatischen Substanzen, Zytokinen und Hormonpräparaten besonders erfahren zu sein. Für die Durchführung einer intravasalen zytostatischen Therapie sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen: 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 (§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 7 BMV EKV), geltend für Versicherte des VdAK/AEV, gültig seit 1.7.1995, zuletzt geändert 1.1.2002)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	0
	Frequenzregelung	0
	Rezertifizierung	0
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	0
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	47	
Anzahl beschiedene Anträge	47	
- davon Anzahl Genehmigungen	47	
- davon Anzahl Ablehnungen	47	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben) § 9 Abs. 3		
Anzahl geprüfter Ärzte	45	
- davon ohne Beanstandung	41	
- davon mit geringen Beanstandung	4	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	
Anzahl Kolloquien (Stichproben)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Praxisbegehungen (Stichproben)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	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		

5.19 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.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1, 5.: Bestimmung der otoakustischen Emissionen (§ 135 Abs. 1 SGB V), gültig seit 24.11.1995	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	nein
	Frequenzregelung	nein
	Rezertifizierung	nein
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	nein
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	nein
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	45	
Anzahl beschiedene Anträge	3	
- davon Anzahl Genehmigungen	3	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	7	
Bemerkungen		

5.20 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

In der seit dem 1. August 2001 bestehenden Vereinbarung beschränkte sich die Methode auf die altersabhängige feuchte Makuladegeneration mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation. Auf Grund der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Indikationserweiterung wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung mit Wirkung vom 1. Oktober 2006 neu gefasst. Sie regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung der Photodynamische Therapie.

Antragsberechtigt sind Ärzte, die über die Gebietsbezeichnung "Augenheilkunde" hinaus eine zusätzliche Qualifikation nachweisen. (So ist u. a. zu belegen, dass innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren vor Antragstellung mindestens 200 Fluoreszenzangiographien selbstständig unter Anleitung ausgewertet und mindestens 50 photodynamische Therapien ebenfalls unter qualifizierter Anleitung durchgeführt wurden.) Nach Erteilung der Genehmigung ist die Ausführung und Abrechnung der photodynamischen Therapie an die jährliche Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden, die in erster Linie auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung gerichtet ist.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) gültig seit 1.8.2001, zuletzt geändert 1.10.2006)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2006 und Stand 31.12.2006	01.01.2006	31.12.2006
	5	9
Anzahl beschiedene Anträge in 2006	neu	erneut gem. § 6 Abs. 6
	5	0
- davon Anzahl Anzahl Genehmigungen	5	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-§ 8 Abs. 2)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1 (Beendigung der Ermächtigung, wegen Niederlassung)	

Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen			
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr	1.Überprüfung (§ 7 Abs.5)	2.Überprüfung (§7 Abs. 5 S.1)	3.Überprüfung (§7 Abs.5 S.2)
	4	0	0
Bemerkungen			

5.21 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) (§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV) gültig seit 1.1.1999, zuletzt geändert 7.2.2005)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Verwaltungsaufwand	
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	96
- davon Anzahl Genehmigungen	3
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen (Verfahren, nicht Therapeuten*)	43 Therapeuten (Aufschlüsseln nicht mehr möglich)

Richtlinienverfahren			
<i>(sollten in Ihrer KV andere Genehmigungsklassen üblich sein, geben Sie diese bitte an)</i>			
Genehmigungen, Stand 31.12.2006			
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31.12.2006	206		
- davon Ärzte	91		
im Einzelnen			
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
- Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	112	2	1
- davon Ärzte	78	1	1
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	94	10	9
- davon Ärzte	18	2	2
- Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	20	1	/
- davon Ärzte	9	1	/
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	38		
- davon Ärzte	25		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	7		
- davon Ärzte	1		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	27		
- davon Ärzte	10		
Befreiung von der Gutachterpflicht			
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	105		
- davon Ärzte	38		

Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren	
Genehmigungen, Stand 31.12.2006	
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	1736
Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	191
- davon Ärzte	134
Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobsonschen Relaxation	69
- davon Ärzte	30
Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	95
- davon Ärzte	58
Bemerkungen	

- 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

5.22 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.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (§ 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1.4.2005)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	nein
	Rezertifizierung	nein
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	nein
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2006	36	
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	35	
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	2	
Anzahl beschiedene Anträge nur Polygraphie	4	
- davon Anzahl Genehmigungen	3	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	2	
- davon Anzahl Genehmigungen	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit geringen Beanstandungen	0	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Praxisbegehungen (Stichproben)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Bemerkungen		

5.23 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (z. B. operativen Eingriffen) oder vorangegangenen Traumen oder ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen.

Die Schmerztherapievereinbarung 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 Verselbstständigung 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 Tagen pro Woche mindestens vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten. 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) (§ 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1.4.2005)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	0
	Frequenzregelung	0
	Rezertifizierung	0
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	0
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	20	
Anzahl beschiedene Anträge	21	
- davon Anzahl Genehmigungen	20	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren - § 4 Abs. 3 Nr. 4)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgeneh- migungen gem. § 9 Abs.2	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrech- nungsgenehmigung	1	
Versorgung		
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Dokumentationsprüfung		
Anzahl Prüfungen nach § 7 Abs. 2	20	
- davon ohne Beanstandungen	20	
- davon mit Beanstandungen	0	
Bemerkungen		

Dokumentationsprüfung: Alle Fälle sind zu dokumentieren und auf Verlangen der KV vorzulegen, d.h. eine Prüfung ist nicht zwingend. Ergebniskategorien sind nicht vorgesehen

5.24 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) (§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV), geltend für Versicherte des VdAK / AEV, gültig seit 1.7.1994)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	6	
Anzahl beschiedene Anträge in 2006	/	
- davon Anzahl Genehmigungen	/	
- davon Anzahl Ablehnungen	/	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	/	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	/	
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)		
Anzahl geprüfter Ärzte	/	
- davon ohne Beanstandung	/	
- davon mit geringen Beanstandungen	/	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	/	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	/	
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	/	
- davon bestanden	/	
- davon nicht bestanden	/	
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	/	
- davon bestanden	/	

- davon nicht bestanden	/
Bemerkungen	

5.25 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 Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) (§ 37 a SGB V i.V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V, gültig seit 1.1.2002)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2006	31	
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL in 2006	/	
- davon Anzahl Genehmigungen	/	
- davon Anzahl Ablehnungen	/	
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	/	

Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	/
Bemerkungen	

5.26 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.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage I, 4.: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (§ 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit 24.11.1995)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	15	
Anzahl beschiedene Anträge	1	
- davon Anzahl Genehmigungen	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	

5.27 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)

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

- Allgemeine Röntgendiagnostik
- 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.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) (§ 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1.4.1993, zuletzt geändert 1.1.2007)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie	Diagnostische Radiologie	Computer-tomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
	Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Anlage I-Klasse VIII	Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Anlage II	Anlage III nach Klassen I-V
Genehmigungen					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	438	58	45	4	17
Anzahl beschiedene Anträge	16	4	1	1	1
- davon Anzahl Genehmigungen	16	4	1	1	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1	0	0
- davon bestanden	0	0	1	0	0
- davon nicht bestanden	0	0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0	0	0	0
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)					
Anzahl geprüfter Ärzte	20	2	0	0	0
- davon ohne Beanstandung	0	0	0	0	0
- davon mit geringen Beanstandungen	14	2	0	0	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	5	0	0	0	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	0	0	0	0
- davon bestanden	0	0	0	0	0
- davon nicht bestanden	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	0	0	0	0	0
- davon bestanden	0	0	0	0	0
- davon nicht bestanden	0	0	0	0	0
Bemerkungen					

5.28 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. Des Weiteren können Ärzte, die die Zusatzqualifikation nicht erworben haben, für höchstens drei Patienten gleichzeitig ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn sie zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt, der die Anforderungen erfüllt (Konsiliarier) abgestimmt haben und der Patient dem Konsiliarier mindestens einmal im Quartal vorgestellt wird.
- 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 und zu beantragen.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundes- ausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärzt- lichen Versorgung, Anlage I, 2.: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger (§ 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit 1.10.1991, zuletzt geändert 1.1.2003)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	nein
	Frequenzregelung	nein
	Rezertifizierung	nein
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	nein
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	nein
Genehmigungen/Versorgung		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006*	10	
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal 2006)	14	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	7	
- davon Anzahl Genehmigungen	7	
- davon Anzahl Ablehnungen		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	11	
Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)		
Anzahl geprüfter Ärzte	6	
- davon ohne Beanstandung	4	
- davon mit geringen Beanstandungen	2	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	
Anzahl geprüfter Fälle	28	
- davon ohne Beanstandung	24	
- davon mit geringen Beanstandungen	4	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	
5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)		
Anzahl geprüfter Fälle	29	
- davon ohne Beanstandungen	29	
- davon mit Beanstandungen	0	
Patienten		
Anzahl Patienten im Jahr 2006	274	
An-/Abmeldungen		
Anzahl Patientenan-/Abmeldungen im Jahr 2006	109	
Bemerkungen		
*ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen		

5.29 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. Februar 1993 in der Fassung vom 1. April 2005 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 einigen Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch die fachliche Qualifikation für die sonographische Untersuchung von 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) (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.4.1993, zuletzt geändert 31.1.2003)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2006 *)	1 043	
Anzahl beschiedene Anträge **)	214	
- davon Anzahl Genehmigungen	104	
- davon Anzahl Ablehnungen	80	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	18	
- davon bestanden	14	
- davon nicht bestanden	4	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen **)	2	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung **)	39	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	45	
- davon ohne Beanstandung	6	
- davon mit geringen Beanstandungen	19	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	20	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	2006 In der KV M-V nur drei Kriterien für die Einschätzung	
Kolloquien (Stichproben)	18	

- davon bestanden	14
- davon nicht bestanden	4
Praxisbegehung (Stichproben)	-
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Bemerkungen	
*) Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen	
**) (Teil-)Genehmigungen nicht Anzahl Ärzte	

Genehmigungsbereiche

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2006
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	26
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	16
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	17
3 Nasennebenhöhlen	71
4 Gesichtsteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	32
5 Schilddrüse	336 und 55 bei Kindern
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	66
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	5
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	65
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	6
6.3 Belastungs-Echokardiographie	24
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	58
8 Brustdrüse	69
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	442
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	79
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	94
10.2 Weibl. Genitalorgane	208
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	200
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	39
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	75
13 Säuglingshüften	90
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	78 und 3 bei Kindern
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	46 und 3 bei Kindern
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	8
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	8
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	36 und 3 bei Kindern
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	52 und 3 bei Kindern

14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	44
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	34
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	6
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	12
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	16
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	35
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	3
(ggf. Anzahl Genehmigungen insgesamt wenn andere Angaben nicht möglich sind, Stand 31.12.2006)	

5.30 Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte (Anlage IV der Ultraschallvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.4.2005)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2006	87	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	90	
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 11 Abs.3 S.5)
- davon Anzahl Genehmigungen	3	
- davon Anzahl Ablehnungen	/	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	
- davon bestanden	1	
- davon nicht bestanden	/	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	1	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3	

Dokumentationsprüfungen								
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i.V.m. § 3) Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		2	2	1	0	0	1	15
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		18	0	1	1	0	0	1
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs.2) Anzahl Beurteilungen	Stufe II	schriftl. Doku.	bildl. Doku.		schriftl. + bildl. Doku.			
		*	*		*			
	Stufe III	schriftl. Doku.	bildl. Doku.		schriftl. + bildl. Doku.			
		*	*		*			
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9	Wiederholungsprüfung 6 Monate		Wiederholungsprüfung 3 Monate		Widerruf		
	3	16				2		
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2) Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		*	*	*	*	*	*	*
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		*	*	*	*	*	*	*
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2) Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9	erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate		Widerruf				
	*	*		*				
Beurteilung erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.3 S.4) Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		*	*	*	*	*	*	*
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		*	*	*	*	*	*	*
Ergebnis erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.3 S.4) Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9		Widerruf					
	*		*					
Bemerkungen								
* Daten sind für das Jahr 2006 nicht zu ermitteln, da dieser Schwerpunkt lt. Stichprobenprüfung nicht gefordert ist. Erhebung erfolgt für das Jahr 2007.								

5.31 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 vier Stunden Zeit zur Verfügung.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.7.1992, zuletzt geändert 1.10.1994	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	13	
Anzahl beschiedene Anträge	0	
- davon Anzahl Genehmigungen	0	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	0	
- davon bestandene Prüfungen	0	
- davon nicht bestandene Prüfungen	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Bemerkungen		

5.32 Genehmigungen auf Grundlage des EBM

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

- Chirotherapie
- Diabetischer Fuß
- Funktionsstörung der Hand
- Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung
- Krebsfrüherkennung bei der Frau
- Empfängnisregelung
- Neurophysiologische Übungsbehandlung
- Physikalische Therapie
- Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin
 - Endokrinologie und Diabetologie
 - Hämatologie
 - Pneumologie
 - Rheumatologie
 - Neuropädiatrie
 - Nephrologie
 - Kardiologie

6 Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildung

6.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

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

Die genaue Ausgestaltung dieser gesetzlichen Forderung hat der G-BA 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 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 des praxisinternen 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 Unterstützungsmaterialien, zusammengefasst in einem Manual, bereit, um Verbesserungen in Angriff zu nehmen (Umsetzungsphase). Sind alle Ziele erreicht, kann sich die Praxis dies durch einen externen Visitor bestätigen lassen (Zertifizierung).

Die KVMV unterstützt das von der KBV entwickelte QM-System „*Qualität und Entwicklung in Praxen*“. Die Erfahrungen aus den bereits angelaufenen „QEP-Seminaren“ zeigen, dass Qualitätsmanagement sehr positive praktische Ansätze beinhaltet, die sich z.B. in einer deutlich verbesserten Praxisorganisation zeigen und damit mehr Zeit für die Patienten lässt. Die Akzeptanz für QEP ist u.a. darin begründet, dass die Unterlagen sehr verständlich aufgebaut sind und eine umfangreiche externe Beratung in der Regel nicht erforderlich ist. Die KVMV hat eine Qualitätsmanagement-Kommission gegründet, um die Ärzte bei der Einführung und Umsetzung fachkundig zu beraten.

Im Bereich “Patientenversorgung“ liegen die Schwerpunkte bei der Patientenorientierung, Patientensicherheit, Berücksichtigung von Standards und Leitlinien sowie der Strukturierung von Behandlungsabläufen.

Im Bereich “Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“ stehen die Regelung von Verantwortlichkeiten, Mitarbeiterorientierung, Praxismanagement und die Gestaltung von Kommunikationsprozessen im Vordergrund.

Im vergangenem Jahr fanden insgesamt vier QEP-Seminare in unserem Bundesland statt.

QEP* – Qualität und Entwicklung in Praxen



PHASEN

BAUSTEINE DES QEP-KONZEPTE

Qualitätsziel-Katalog → Kernziele	
<p>Befähigung</p> <p>↓</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>PRINT</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ONLINE</p> <p>Webseite PDF-Dokumente zum Herunterladen</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Einführungsseminar durch lizenzierte Trainer der KVen</p> </div>
<p>Umsetzung</p> <p>↓</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Manual: Umsetzungsvorschläge, Musterdokumente</p> <p>PRINT</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ONLINE</p> <p>Webseite PDF-Dokumente zum Herunterladen</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Infoline und Begleitung durch KVen</p> </div>
Qualitätsziele	
<p>Qualitätsbewertung</p> <p>Selbstbewertung Fremdbewertung</p> <p>→ Zertifikat → Excellence-Bewertung</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>PRINT</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>ONLINE</p> <p>Webseite PDF-Dokumente zum Herunterladen</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>→ Akkreditierte Visitoren → Akkreditierte Zertifizierungsstellen</p> </div>

* Ein Service der KVen

6.2 Qualitätszirkel

Kaum eine Qualitätsförderungsmaßnahme der ärztlichen Selbstverwaltung war so erfolgreich wie die der Qualitätszirkel. Zwischenzeitlich sind es bundesweit über 5.000 Ärztgruppen, die sich regelmäßig auf freiwilliger Basis zum strukturierten Erfahrungs- und Wissensaustausch 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.

Einführung des Elektronischen Informationsverteilers (EIV) für Ärztinnen und Ärzte

Mit der Einführung des Elektronischen Informationsverteilers (EIV) in Mecklenburg-Vorpommern wird die elektronische Erfassung von Fortbildungspunkten auch in unserem Kammerbereich ermöglicht. Damit die Fortbildungspunkte auch den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten an Qualitätszirkeln bundesweit gutgeschrieben werden können, wird eine EDV-gerechte Teilnehmerliste mit aktuellen Daten jedes einzelnen Termins eingeführt.

Die Teilnehmer kleben ihren Barcode zu Beginn jedes Qualitätszirkels auf die Teilnehmerliste. Die bisherige Anwesenheitsliste entfällt. Das Original des Protokolls und das Original der Teilnehmerliste werden spätestens 14 Tage nach Ablauf der Veranstaltung an die Kassenärztliche Vereinigung gesendet. In monatlichen Abständen erfolgt die Zusendung der Teilnehmerlisten an die Ärztekammer, die im nachhinein eine Veranstaltungsnummer (VNR) vergeben und allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten die Fortbildungspunkte elektronisch für den EIV gutschreiben.

Somit ist eine Ausstellung von Teilnahmebescheinigungen für die Registrierung der Fortbildungspunkte nicht mehr nötig, aber wenn gewünscht, möglich.
 Eine elektronische Erfassung von Fortbildungspunkten für Psychotherapeuten ist über die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern leider nicht möglich. Hier gilt weiterhin die Teilnahmebescheinigung als Beleg der Fortbildung.

Ärzte/Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung	
Hausärzte	1259
Fachärzte	1092
- davon ärztliche Psychotherapeuten	28
psychologische Psychotherapeuten	112
Gesamtzahl der im Jahr 2006 aktiven QZ (mind. 4. Sitzungen in 2006, max. 20 TN)	ca. 120
- davon hausärztliche QZ	ca. 30
- davon fachärztliche QZ	ca. 35
- davon psychotherapeutische QZ	ca. 35
- davon indikationsbezogene QZ	ca. 20
Gesamtzahl der QZ-Teilnehmer	ca. 1100
- davon: Anzahl Teilnehmer an mehreren QZ	ca. 200
Gesamtzahl der bis 31.12.2006 ausgebildeten <u>und</u> von der KV anerkannten QZ-Moderatoren (seit 1993)	209
- davon im Jahr 2006 neu ausgebildeten Moderatoren	26
Fortbildungsveranstaltungen für Moderatoren 2006	1 (Seminar)
Qualitätssicherung der QZ-Arbeit	intern (QZ)

6.3 Fortbildung

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten unterliegen durch das Berufsrecht der Verpflichtung zu einer berufslebenslangen, regelmäßigen Fortbildung. Die konkreten Anforderungen regeln die Berufsordnungen der regionalen Kammern. Sie begründen damit eine wesentliche Säule der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurde mit Wirkung ab dem 1. Juli 2004 die Pflicht zur fachlichen Fortbildung und die Dokumentationspflicht der Fortbildungsaktivitäten für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten erstmals auch im Sozialrecht verankert. Die Zuständigkeit dafür weist der Gesetzgeber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu.

Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bedeutet dies, dass ein Nachweis der Fortbildung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geführt werden muss. Erstmals wird dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist zum 30. Juni 2009 der Fall sein. Zur Regelung des Verfahrens hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer eine Fortbildungsregelung verabschiedet, die alle Modalitäten des Fortbildungsnachweises festschreibt. Grundlage des Nachweises ist das Fortbildungszertifikat der zuständigen Landeskammer. Für den Erhalt des Zertifikats müssen in einem Zeitraum von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte in verschiedenen Kategorien erworben werden. Hierzu gehören Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne und das Selbststudium ebenso, wie die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln oder die interaktive Online-Fortbildung. Näheres hierzu regelt die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die vom 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet worden ist. Werden 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen, stellt die Kammer ein Zertifikat aus.

Um mögliche Engpässe gegen Ende des am 30. Juni 2009 auslaufenden ersten Nachweiszeitraumes zu vermeiden ist es für die Ärzte/Psychotherapeuten empfehlenswert, Fortbildungsangebote, die durch die Kammer anerkannt sein müssen, kontinuierlich wahrzunehmen und die dafür erhaltenen Bescheinigungen bei der zuständigen Kammer einzureichen. Nahezu alle Kammern führen für ihre Mitglieder Fortbildungskonten, auf denen die erworbenen Punkte gutgeschrieben werden. Das ermöglicht dem Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten eine ständige Übersicht über seine Fortbildungsaktivitäten. Mögliche Fragen zu Inhalt und Umfang der Fortbildungsmaßnahmen können dort direkt geklärt werden.

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. Über die wichtigsten Fragen zur Fortbildungsverpflichtung geben die Websites der KV und der KBV (<http://www.kbv.de/9930.html>) Auskunft.

7 Service

In diesem Abschnitt finden Sie u. a. Erläuterungen weiterer Angebote und Maßnahmen der KV zur Sicherstellung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung, eine Darstellung der formalen Grundlagen der Qualitätssicherung (Zuständigkeiten, Normen, Verordnungen und Gesetze) sowie Informationen über die Arztstruktur in Mecklenburg-Vorpommern.

7.1 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 2006
Ambulantes Operieren*	3 ärztliche Mitglieder 3 Kassenvertreter 3 Vertreter KG	0
Akupunktur	-	-
Apheresen (nach § 5 der RL)	6 Mitglieder	0
Arthroskopie	3 ärztliche Mitglieder	3
Blutreinigungsverfahren	5 Mitglieder	0
Kardiologie (Langzeit-EKG, Herzschrittmacher, invasive Kardiologie)	4 ärztliche Mitglieder	2
Kernspintomographie	siehe Radiologie	Finden im Rahmen der Radiologie-Kommission statt
Koloskopie	3 ärztliche Mitglieder	4
Labor	5 ärztliche Mitglieder	3
Mammographie	3 ärztliche Mitarbeiter	2
Onkologie	5 ärztliche Mitarbeiter	3
Photodynamische Therapie	1 ärztliches Mitglied M-V	1
Qualitätsmanagement	4 ärztliche Mitarbeiter	1
Schmerztherapie	6 ärztliche Mitarbeiter	0

Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin	8 ärztliche Mitglieder 1 Ingenieur	6
Substitution	3 ärztliche Mitarbeiter 3 Kassenvertreter	4
Ultraschall	6 ärztliche Mitglieder	6
Zytologie	3 ärztliche Mitglieder	0
Psychotherapie	3 ärztliche Psychotherapeuten 1 Psychologischer Psychotherapeut	4
<i>zu ergänzen und zu modifizieren</i>		

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

7.2 Weitere Angebote und Maßnahmen der KV zur Sicherstellung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung

7.2.1 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bietet ihren Mitgliedern und deren Mitarbeitern eine Vielzahl an Fortbildungen zu unterschiedlichsten Themen an. Die Fortbildungen reichen z. B. von Orientierungsseminaren für neue Vertragsärzte über Angebote zum Praxismarketing. So fanden beispielsweise im Jahr 2006 zwei Praxisgründerseminare statt.

Des Weiteren organisiert die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bereits über mehrere Jahre Seminare/Informationsveranstaltungen zum Thema "Sonographie für Anwender". Im vergangenen Jahr fanden 2 Veranstaltungen statt, die mit je 38 interessierten Ärztinnen und Ärzten besetzt waren.

Es wurden praxisbezogene Themen der Ultraschalldiagnostik, insbesondere interessante Befunde, demonstriert und ausführlich diskutiert.

7.2.2 Informationsservice für Patienten, Ärzte und andere Dritte

Das Online-Arztinformationssystem

Die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen der Regionen (meist Bundesländer) in Deutschland sind die einzigen Einrichtungen, die gültige Angaben über die Qualifikation aller in Deutschland tätigen Ärzte haben. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es zwei unterschiedliche Systeme für die Arztsuche: eines von der KVMV mit niedergelassenen Vertragsärzten und psychologischen Psychotherapeuten und eines von der Landesärztekammer mit allen Kammermitgliedern.

Seit dem 1. April 2001 bietet die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in ihrem Internetangebot mit dem Ärzte-Navigator einen Arztsuchdienst an. Dieser verschafft die Möglichkeit schnell und unkompliziert Informationen über alle niedergelassenen Vertragsärzte, psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychologen, die über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern verfügen, abzurufen, sofern diese einer Veröffentlichung ihrer Daten zugestimmt haben.

Die Suche kann nach folgenden Kriterien erfolgen: Fachgebiet, und/oder Zusatzbezeichnung, PLZ, Ort, Kreis, oder Nachname. In der Detailansicht eines Suchergebnisses werden Praxisanschrift, Telefon- und Faxnummer der Praxis, Gebietsbezeichnung, Praxisöffnungszeiten, Fremdsprachenkenntnisse und E-Mail Adresse (falls vorhanden) angezeigt.

Die Daten im Ärzte-Navigator unterstehen einer laufenden Aktualisierung. Die Datengrundlage bildet das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.

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

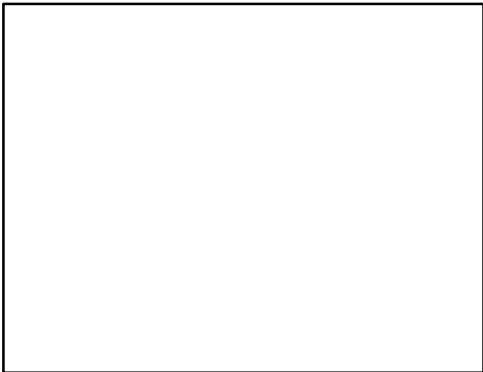
Diese Dienstleistung wird von uns dabei keineswegs als Steuerungselement verstanden, sondern dient ausschließlich der besseren Auskunftsfähigkeit bei entsprechenden Anfragen. Im konkreten Fall werden deshalb den Anfragenden alle in der Umgebung bestehenden freien Valenzen genannt, ohne Wichtung dieser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

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

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Abt. Qualitätssicherung
 PF: 160145

19091 Schwerin



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

Informationsblatt Psychotherapie

Tel.-Nr.: _____

wann telefonisch erreichbar: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Therapiezeiten: _____

**Therapie-
 schwer-
 punkte**

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

**Indikations-
 schwer-
 punkte bzw.
 Therapiean-
 gebote**

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

**Praxisbe-
 sonderhei-
 ten**

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

**kurzfristige
 Patienten-
 aufnahme**

- Freie Kapazität für Krisenintervention
- Freie Kapazität für Kurz-/Überbrückungskontakte
- 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: _____

7.2.4 Notdienst / Bereitschaftsdienst

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.

Der Notdienst wurde in der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2006 **208961** mal in Anspruch genommen.

7.3 Formale Grundlagen der Qualitätssicherung

7.3.1 Zuständigkeiten und Organisation

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

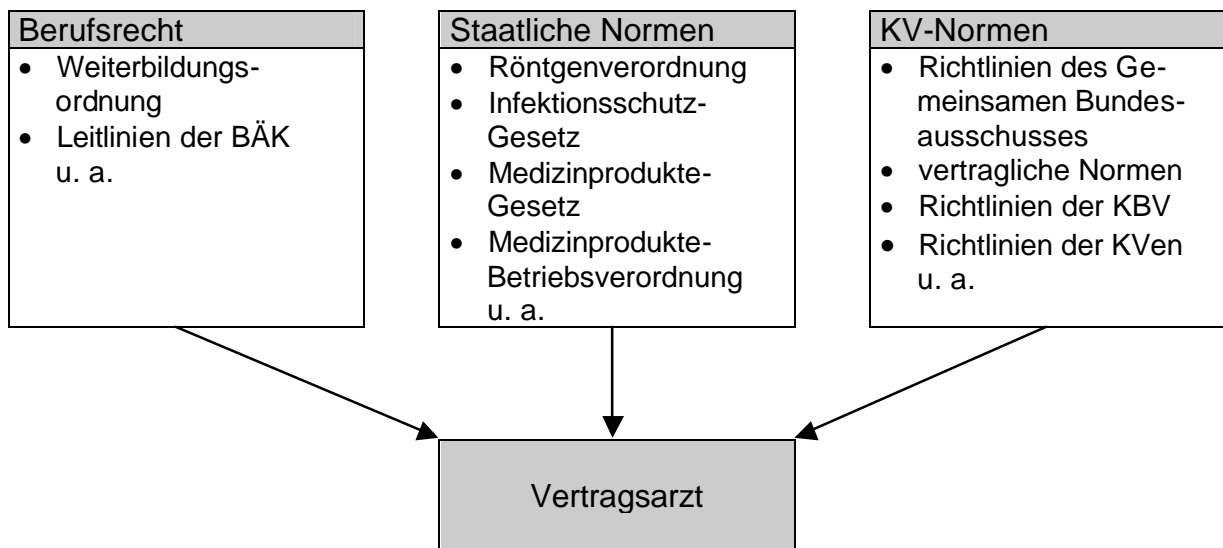


Abbildung : Schema der Normsetzungsbereiche

Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

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

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

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

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

7.3.2 Der Gemeinsame Bundesausschuss

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

Betroffen sind hier insbesondere die Landesausschüsse sowie die Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse. Insgesamt sollen diese Regelungen die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig stärker in die Entscheidungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Versorgung betreffen, eingebunden sein. Sie müssen von den Betroffenen zu Beteiligten werden.

7.3.3 Normen der Qualitätssicherung

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

Wichtige Qualitätssicherungsparagrafen im SGB V:

§ 70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

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

§ 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Nach dieser Vorschrift sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit für ambulante Operationen festzulegen. In einem dreiseitigen Vertrag sind die Bedingungen für gemeinsame Qualitätsüberprüfungen beim ambulanten Operieren sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung definiert. Insbesondere sieht § 115b vor, dass die Beteiligten vereinbaren:

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

§ 135: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

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

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

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes,
- besondere Praxisausstattung und

- weitere Anforderungen an die Strukturqualität

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

§ 135a: Verpflichtung zur Qualitätssicherung

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

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

Regelung	Erstellt von:
<ul style="list-style-type: none"> • Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit von aufwändigen Leistungen • Definition von grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement 	
§ 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

7.4 Arztstruktur (Stand 31.12.2006)

	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte /Arzt	938	2	940
Anästhesisten	37	6	43
Augenärzte	109	10	119
Chirurgen	101	24	125
davon Gefäßchirurgen	2	9	11
davon Kinderchirurgen	13	2	15
davon Plastische Chirurgen	2	0	2
davon Thoraxchirurgen	0	2	2
davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	0	1	1
davon Unfallchirurgen	15	5	20
davon Visceralchirurgen	0	2	2
Dermatologen	66	4	70
Gynäkologen	187	18	205
HNO-Ärzte	84	9	93
davon Phoniater und Pädaudiologen	4	2	6
Internisten	336	52	388
davon Angiologen	2	2	4
davon Endokrinologen	5	5	10
davon Gastroenterologen	16	5	21
davon Hämatologen	0	0	0
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	11	6	17
davon Kardiologen	24	8	32
davon Nephrologen	39	1	40
davon Pneumologen	18	2	20
davon Rheumatologen	7	3	10
Kinderärzte	129	44	173
davon Kinderkardiologen	3	2	5
davon Neonatologen	2	6	8
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	12	0	12
Kinder- und Jugendpsychiater	8	0	8
Laborärzte	12	8	20
Lungenärzte	5	1	6
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	12	5	17
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	76	18	94
Neurochirurgen	8	5	13
Nuklearmediziner	13	2	15
Orthopäden	84	5	89
davon Rheumatologen	5	0	5
Pathologen	12	7	19
Psychotherapeuten - ärztlich	25	1	26
Psychotherapeuten - psychologisch	104	0	104
Radiologen / Diagnostische Radiologie	42	32	74
Urologen	54	4	58
Übrige Arztgruppen	9	13	21
Summe	2463	269	2732

7.5 Weiterbildungen (Stand 31.12.2006)

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

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertragsärzte	Er-mäch-tigungen	Sum-me
Anästhesiologie	Gebiet	64	6	70
Anatomie*)	Gebiet	0	0	0
Arbeitsmedizin	Gebiet	8	0	8
Augenheilkunde	Gebiet	109	10	119
Biochemie*)	Gebiet	0	1	1
Chirurgie	Gebiet	129	25	154
Allgemeine Chirurgie	Facharztkompetenz	129	25	154
Gefäßchirurgie	Facharztkompetenz	2	9	11
Herzchirurgie*)	Facharztkompetenz	0	1	1
Kinderchirurgie	Facharztkompetenz	16	2	18
Orthopädie und Unfallchirurgie	Facharztkompetenz	0	1	1
Plastische und ästhetische Chirurgie	Facharztkompetenz	0	0	0
Thoraxchirurgie	Facharztkompetenz	0	2	2
Visceralchirurgie	Facharztkompetenz	0	2	2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gebiet	189	18	207
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Schwerpunktkompetenz	3	0	3
Gynäkologische Onkologie	Schwerpunktkompetenz	0	1	1
Spezielle operative Gynäkologie	Schwerpunktkompetenz	2	0	2
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Gebiet	86	8	94
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Facharztkompetenz	86	8	94
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Facharztkompetenz	0	0	0
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Gebiet	67	4	71
Humangenetik	Gebiet	1	1	2
Hygiene und Umweltmedizin	Gebiet	10	1	11
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	Gebiet	1	0	1
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Facharztkompetenz	1	0	1
Innere Medizin und Angiologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Innere Medizin und Gastroenterologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	1	0	1
Innere Medizin und Kardiologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Innere Medizin und Nephrologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Innere Medizin und Pneumologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Innere Medizin und Rheumatologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	1	0	1
Kinder- und Jugendmedizin	Gebiet	174	45	219

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Er- mäch- tigun- gen	Sum- me
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Schwerpunktkompetenz	0	1	1
Kinder-Kardiologie	Schwerpunktkompetenz	3	2	5
Neonatologie	Schwerpunktkompetenz	2	6	8
Neuropädiatrie	Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Gebiet	6	1	7
Laboratoriumsmedizin	Gebiet	10	2	12
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Gebiet	5	2	7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Gebiet	12	5	17
Neurochirurgie	Gebiet	8	5	13
Neurologie	Gebiet	10	9	19
Öffentliches Gesundheitswesen*)	Gebiet	1	0	1
Pathologie	Gebiet	12	7	19
Neuropathologie	Facharztkompetenz	0	0	0
Pathologie	Facharztkompetenz	12	7	19
Pharmakologie	Gebiet	0	1	1
Klinische Pharmakologie	Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Pharmakologie und Toxikologie	Schwerpunktkompetenz	0	1	1
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Gebiet	9	0	9
Physiologie	Gebiet	1	0	1
Psychiatrie und Psychotherapie	Gebiet	0	1	1
Forensische Psychiatrie	Schwerpunktkompetenz	0	0	0
Radiologie/Diagnostische Radiologie	Gebiet	53	33	86
Kinderradiologie	Schwerpunktkompetenz	3	2	5
Neuroradiologie	Schwerpunktkompetenz	1	5	6
Rechtsmedizin*)	Gebiet	0	0	0
Strahlentherapie	Gebiet	0	1	1
Transfusionsmedizin	Gebiet	3	4	7
Urologie	Gebiet	57	5	62

*) nicht für die Vertragsärztliche Versorgung zutreffend

Zusatzweiterbildungen				
Ärztliches Qualitätsmanagement		0	1	1
Akupunktur		14	0	14
Allergologie		116	11	127
Andrologie		0	0	0
Betriebsmedizin		35	0	35
Dermatohistologie		0	0	0
Diabetologie		32	2	34
Flugmedizin		0	0	0
Geriatric		0	0	0
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie		0	0	0
Hämostaseologie		0	1	1
Handchirurgie		3	0	3
Homöopathie		23	0	23
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	0	0

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Er- mäch- tigun- gen	Sum- me
Magnetresonanztomographie-fachgebunden		0	0	0
Manuelle Medizin/Chirotherapie		1	0	1
Medikamentöse Tumortherapie		0	1	1
Medizinische Informatik		0	0	0
Naturheilverfahren		64	0	64
Notfallmedizin		0	0	0
Orthopädische Rheumatologie		0	0	0
Palliativmedizin		3	0	3
Phlebologie		6	1	7
Physikalische Therapie und Balneologie		2	0	2
Plastische Operationen		9	8	17
Proktologie		0	0	0
Psychoanalyse		7	0	7
Psychotherapie-fachgebunden		49	2	51
Schlafmedizin		1	1	2
Sozialmedizin		1	0	1
Spezielle Orthopädische Chirurgie		0	0	0
Spezielle Schmerztherapie		14	5	19
Spezielle Unfallmedizin		0	0	0
Sportmedizin		25	2	27
Suchtmedizinische Grundversorgung		1	1	2
Tropenmedizin		1	1	2
Umweltmedizin		20	2	22

7.6 Ansprechpartner in der Abteilung Qualitätssicherung

Dr. Reinhard 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 - Kurative Mammographie - Qualitätsmanagement
Marita Längrich (0385/7431-384)	- Onkologie - Schmerztherapie - Akupunktur
Kirsten Martensen Doreen Ludwig (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)	- spezielle Laboratoriumsuntersuchungen - 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

