



Qualitätsbericht 2007

der
**Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**

Sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

Mit dem Qualitätsbericht für das Jahr 2007 erhalten Sie bereits zum vierten Mal eine komplexe und umfassende Übersicht über ein Jahr innerärztliche Qualitätssicherungsarbeit, der einerseits die organisatorischen, unterstützenden und dokumentierenden Leistungen der Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung unserer Kassenärztlichen Vereinigung übersichtlich darstellt, andererseits – und das vor allen Dingen – die tagtäglichen Bemühungen der niedergelassenen Ärzteschaft um eine hohe Qualität in der Patientenversorgung eindrucksvoll zusammenfasst.

Auch für das Berichtsjahr 2007 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. Die Darstellung unserer innerärztlichen Qualitätssicherung ist mehr als die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht. Wir verstehen sie als Chance zur Darstellung der Leistungskraft der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und empfehlen sie zur Lektüre überall da, wo Entscheidungen zur Gesundheitspolitik getroffen werden.

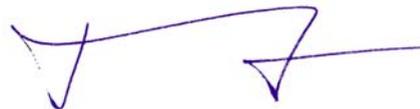
Wir sind uns allerdings auch darüber bewusst, dass die Aussagekraft solcher Tätigkeitsberichte beschränkt ist. Eine umfassende Bewertung ärztlicher Leistung kann nur in strukturübergreifenden und langjährigen Evaluierungen der Ergebnisqualität erfolgen. Hier sind die personellen und finanziellen Möglichkeiten 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 Rheuma-, Diabetes- 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 Komplexlösung 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 bei der Erarbeitung den Vertragsgrundlagen mitwirkt und die Einbeziehung der handelnden Partner von Anfang an organisiert.

Nicht alle diese Maßnahmen können in einem Qualitätssicherungsbericht wie diesem erschöpfend dargestellt werden. Das gilt auch für das Berichtsjahr 2007. Zusammengefasst soll dem Leser ein Überblick über die vielfältigen Maßnahmen der innerärztlichen Qualitätssicherung gegeben werden. Vorstand und Verwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung – speziell die Abteilung Qualitätssicherung - stehen gern zur Verfügung, über weitere Details und aktuelle Projekte zu informieren. Wir stellen uns mit diesem Bericht selbstbewusst den Herausforderungen eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems und schaffen belastbare Grundlagen für eine stete und hohe Versorgungsqualität.



Dr. med. Wolfgang Eckert
1. Vorsitzender
der KV MV



Dr. med. Dietrich Thierfelder
2. Vorsitzender
der KV MV

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	7
1.1	Einleitung.....	7
1.2	Aktuelle Entwicklung in der Qualitätssicherung	7
1.2.1	Hautkrebsscreening.....	7
1.2.2	Magnetresonanz-Angiographie.....	8
1.2.3	Mammographie	9
1.2.4	Photodynamische Therapie.....	9
1.2.5	Phototherapeutische Keratektomie	10
1.2.6	Positronen-Emissions-Tomographie	10
1.2.7	Ultraschall	11
1.2.8	Vakuumbiopsie der Mamma	11
1.2.9	Zytologie.....	12
1.3	Ausblicke auf Landesebene	13
2	Qualitätssicherung von A bis Z	17
2.1	Akupunktur.....	22
2.2	Ambulante Operationen.....	24
2.3	Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren.....	26
2.4	Arthroskopie	28
2.5	Blutreinigungsverfahren/Dialyse.....	30
2.6	Erweitertes Neugeborenen-Screening.....	33
2.7	Herzschrittmacher-Kontrolle	34
2.8	Interventionelle Radiologie	35
2.9	Invasive Kardiologie.....	37
2.10	Koloskopie.....	42
2.11	Laboratoriumsuntersuchungen	49
2.12	Langzeit-EKG-Untersuchung.....	51
2.13	Magnetresonanz-Tomographie	53
2.14	Magnetresonanz-Angiographie.....	55
2.15	Mammographie.....	57
2.15.1	Ergebnisse der Prüfungen zur kurativen Mammographie.....	59
2.15.2	Mammographie-Screening.....	62
2.16	Medizinische Rehabilitation	64
2.17	Onkologie	65

2.18	Otoakustische Emissionen	67
2.19	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund.....	68
2.20	Phototherapeutische Keratektomie	69
2.21	Psychotherapie.....	71
2.22	Schlafbezogene Atmungsstörungen.....	74
2.23	Schmerztherapie	76
2.24	Sozialpsychiatrie.....	77
2.25	Soziotherapie	79
2.26	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen.....	80
2.27	Strahlendiagnostik/-therapie	81
2.28	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	83
2.29	Ultraschaldiagnostik	84
2.30	Ultraschaldiagnostik der Säuglingshüfte	87
2.31	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri.....	90
2.32	Genehmigungen auf Grundlage des EBM	91
3	Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung.....	92
3.1	Qualitätsmanagement	92
3.2	Qualitätszirkel.....	93
3.3	Fortbildung	94
4	Versorgungskonzept Disease-Management- Programme/Rückmeldesystem	95
5	Sonstiges	99
5.1	Arztstruktur (Stand: 31. Dezember 2007).....	99
5.2	Weiterbildungen (Stand: 31. Dezember 2007)	101
5.3	Ansprechpartner in der Geschäftsstelle Qualitätssicherung	105

1 Zusammenfassung

1.1 Einleitung

Dieser Qualitätsbericht für das Jahr 2007 gibt einen konzentrierten Überblick über Maßnahmen und Ergebnisse der innerärztlichen Qualitätssicherung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommerns. Er bezieht sich dabei ausschließlich auf niedergelassene und ermächtigte Ärzte sowie auf die durch die §§ 135 und 136 SGB V im Zusammenhang stehende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V („Qualitätsprüfungsrichtlinie vertragsärztliche Versorgung“). Außerdem werden landesspezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Basis von Vorstandsbeschlüssen und Regelungen von Sondervereinbarungen einbezogen.

Der Qualitätsbericht 2007 geht darüber hinaus zum ersten Mal auf Qualitätssicherung im Rahmen neuer Versorgungsverträge wie z. B. das Mammographie-Screening ein - ein Ansatz der in den nächsten Jahren vertieft Berücksichtigung finden wird.

1.2 Aktuelle Entwicklung in der Qualitätssicherung

1.2.1 Hautkrebsscreening

Eine standardisierte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wird künftig von allen gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren im Zwei-Jahres-Rhythmus angeboten werden. Dieser Beschluss wurde am 15. November 2007 vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefasst und soll zum 1. Juli 2008 In Kraft treten.

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs kann nach entsprechender Fortbildung von Dermatologen (Hautärzten) und hausärztlich tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internisten und Praktischen Ärzten vorgenommen werden. Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls durch eine erforderliche Gewebeentnahme. Hierzu werden derzeit entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarungen erarbeitet

1.2.2 Magnetresonanz-Angiographie

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 Magnetresonanz-Angiographie 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 ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. Da die Magnetresonanz-Angiographie jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können. Die Abrechnung von Leistungen der Angiographie mittels Magnetresonanz-Tomographie (MR-Angiographien) steht unter dem Vorbehalt einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Die Voraussetzungen zur Erlangung der Genehmigung sind in der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie)“ geregelt. Neben Regelungen zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen enthält diese Vereinbarung insbesondere Vorgaben zur Indikationsstellung der Untersuchungen.

In Anbetracht der Neuartigkeit des Verfahrens der MR-Angiographie stützt sich diese Qualitätssicherungsvereinbarung insbesondere auf das Prinzip der kontinuierlichen Fortbildung. Im Falle einer nicht erfolgreichen ersten Stichprobenprüfung besteht die Möglichkeit, sich einer Wiederholungsprüfung zu unterziehen. Bei erneutem Nichtbestehen folgt ein kollegiales Fachgespräch in Form eines Kolloquiums. Die Qualitätssicherungsvereinbarung MR-Angiographie trat zeitgleich mit einer entsprechenden Änderung des EBM zum 1. Oktober 2007 in Kraft. Ärzte, die MR-Angiographien bereits regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben, erhalten gemäß einer Übergangsregelung eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung, sofern diese innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung beantragt wird.

Die begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen werden im Kapitel 2.14 dargestellt.

1.2.3 Mammographie

Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren bisher Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Aufgrund der für die Mammographie besonders getroffenen Regelungen wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine eigene Vereinbarung geschaffen. Diese Vereinbarung sieht neben detaillierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor.

Ergebnisse der kontrollierten Selbstüberprüfung liegen jetzt vor und sind in Kapitel 2.15 näher ausgeführt.

1.2.4 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.

2006 hatte sich der Gemeinsame Bundesausschuss erneut mit dieser Methode befasst und auf Grund wissenschaftlicher Ergebnisse einer Ausweitung der Indikation zugestimmt. Sie war nunmehr für drei Indikationsgebiete zugelassen. Im Juni 2007 nahm die Europäische Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) die Zulassung für die Indikation der rein okkulten subfovealen chorioidalen Neovaskularisation ohne klassischen Anteil bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD) zurück. Damit war erneut eine Anpassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig geworden.

Danach ist die Photodynamische Therapie nunmehr zugelassen für:

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.

Diese Änderung wurde am 16. August 2007 beschlossen und trat nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 8. November 2007 in Kraft. Die

Qualitätssicherungsvereinbarung wurde entsprechend überarbeitet und wird Anfang des Jahres 2008 in Kraft treten.

Die begleitenden Qualitätssicherungsmaßnahmen werden im Kapitel 2.19 dargestellt.

1.2.5 Phototherapeutische Keratektomie

Das Verfahren der phototherapeutischen Keratektomie (PTK) gleicht technisch dem der photorefraktiven Keratektomie – einer laserinduzierten 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 zirka 100 Mikrometer Tiefe) werden durch die thermischen Impulse eines Excimer-Lasers abgetragen. Im Unterschied zu photorefraktiven Verfahren wird hierbei ein refraktionsneutrales planparalleles Vorgehen angestrebt.

Eine Qualitätssicherungsvereinbarung, die diesem Sachverhalt Rechnung trägt, ist zum 1. Oktober 2007 in Kraft getreten. Die Vereinbarung konkretisiert die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und zur Dokumentation.

Die hierzu durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden im Kapitel 2.20 näher dargestellt.

1.2.6 Positronen-Emissions-Tomographie

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

Es ist damit zu rechnen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Positronen-Emissions-Tomographie für dieselben Indikationsbereiche auch für den vertragsärztlichen Bereich anerkennt. Hierzu werden dann auch Empfehlungen zur Qualitätssicherung dieser Leistung formuliert. Da die Positronen-Emissions-

Tomographie 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.

1.2.7 Ultraschall

Auch die Ultraschall-Vereinbarung, die in ihrem Grundgerüst noch aus dem Jahr 1993 stammt, wird derzeit überarbeitet. Bedingt durch die technische Weiterentwicklung bedürfen insbesondere die apparativen Anforderungen einer Neuregelung. Zudem sind durch die Änderungen des EBM im Jahre 2005 einige Inkompatibilitäten zwischen Gebührenordnung und Qualitätssicherungsvereinbarung entstanden. Auf Grund der Komplexität dieser Vereinbarung, die etwa die Hälfte aller Ärzte betrifft und aktuell 31 verschiedene Genehmigungsbereiche umfasst, hat die Überarbeitung einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen als ursprünglich zu erwarten war. So ist gemäß dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Einführung der Ultraschallvereinbarung zum 01.07.2009 zu rechnen. Bereits im Vorfeld wurde durch die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern eine interne Analyse durchgeführt. Hierzu erfolgte im Frühjahr 2007 eine Betrachtung der Ultraschalldiagnostikgeräte nach den Kriterien des Gerätebaujahres und den Graustufen. Diese erfolgte Abfrage zu Geräteangaben, die mit jeder Anmeldung eines in Betrieb genommenen Gerätes erweitert wird, stellt für die Umsetzung der zu erwartenden neuen Ultraschall-Vereinbarung eine wichtige Grundlage dar.

1.2.8 Vakuumbiopsie der Mamma

Die Heilungschance einer Brustkrebs-Erkrankung hängt entscheidend von ihrer Früherkennung ab. Deshalb kann die Entnahme einer Gewebeprobe bei einer unklaren oder verdächtigen Veränderung der Brust notwendig sein. Insbesondere sind bei Mammographie-Aufnahmen häufig kleinste Verkalkungen des Brustgewebes, sogenannter Mikrokalk, erkennbar. Die Ursachen von Mikrokalk sind oft harmlose, das heißt gutartige Veränderungen. Mikrokalk kann aber auch ein erster Hinweis auf das Vorliegen eines Brustkrebses oder seiner Vorstufen und somit entscheidendes Kriterium bei der Früherkennung von Brustkrebs sein. Da Mikrokalk ausschließlich auf Röntgenaufnahmen gesehen werden kann, ist die eindeutige Bewertung von Mikrokalk eine der wesentlichen Aufgaben eines mammographierenden Arztes. Mammographisch nicht eindeutig zu bewertender Mikrokalk kann nur durch die Entnahme einer Gewebeprobe sicher beurteilt werden.

Hierzu stehen im Wesentlichen drei Verfahren zur Verfügung, die je nach individuellem Befund angewandt werden:

- die offene chirurgische Biopsie,
- die Stanzbiopsie

- die Vakuumbiopsie

Da die Durchführung der Vakuumbiopsie besondere Erfahrungen des Arztes erfordert, wird derzeit eine Qualitätssicherungsvereinbarung erarbeitet, die im Laufe des Jahres 2009 in Kraft treten soll.

1.2.9 Zytologie

Die „Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale (Zytologie-Vereinbarung)“ von 1992 regelte die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen. Zur Vereinheitlichung bereits bestehender regionaler Qualitätssicherungs-Aktivitäten sowie zur Anpassung an internationale Standards wurde die bestehende Zytologie-Vereinbarung überarbeitet und in wesentlichen Punkten weiterentwickelt. Die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)“ gilt seit dem 1. Oktober 2007. Die Neuregelungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- Einheitliche Eingangsqualifikation
- Fachliche Qualifikation der Präparatebefunder
- Durchführung von zytologischen Präparatebefundungen
- Stichprobenprüfung der Präparatequalität und ärztlichen Dokumentation

- Statistische Erfassung der Untersuchungsergebnisse.

1.3 Ausblicke auf Landesebene

Die Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hat für die Lösung von Strukturproblemen, die durch demografische Veränderungen und damit verbundene Herausforderungen vor allem an geriatrische Versorgungsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern Projekte gegründet, welche auch den absehbaren Ärztemangel und die damit verbundenen Sicherstellungsprobleme zum Hintergrund haben. Der Schwerpunkt unserer Vorstellungen liegt hierbei auf einer komplexen Sicht der Probleme mit dem Ziel, die einzelnen Lösungsansätze als modulare, regional erprobte und möglichst auch evaluierte Bausteine zu entwickeln und sie zum Gegenstand von Verträgen zu machen. Wir sehen in diesen Bausteinen, an deren Konzeption, Entwicklung und vor allem Anpassung an die reale Versorgungslandschaft an der wir seit Jahren arbeiten, Chancen für die Lösung einiger der o.g. Probleme.

- Projekt „Gemeindeschwester AGnES“

Die klare Definition der AGnES-Schwester im Rahmen der hausärztlichen Versorgung im Erprobungsmodell Mecklenburg-Vorpommern und ihre Praxisimplementierung im Rahmen der Regelversorgung haben einen wesentlichen Beitrag für die gesetzliche Beauftragung des Bewertungsausschusses vom 14.03.2008 zur Erarbeitung einer Vergütungsregelung für ärztlich angeordnete Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten bis zum 01.01.2009 geleistet. Der Hausarzt beauftragt die AGnES aus seiner Praxis heraus mit Aufgaben der arztunterstützenden Behandlung, Beratung, Prophylaxe, koordinierenden Tätigkeiten vor und nach Krankenhausaufenthalten sowie begrenzten diagnostischen Leistungen. Eine versorgungsstrukturell wünschenswerte Entlastung des Hausarztes in künftigen „AGnES-Regionen“ wird damit angestrebt. Auf Basis der „Rahmenvereinbarung zwischen Sozialministerium und KVMV vom Februar 2007“ sind derzeit drei Gemeindeschwestern, in drei unterschiedlichen Regionen paritätisch finanziert, bis zum 31.12.2008 im Einsatz. Die Auftragserteilung erfolgt durch den anstellenden Hausarzt sowie über jeweils weitere drei bis sieben Ärzte der Region.

Das Projekt wird abgestimmt zweigleisig evaluiert durch die Universität Greifswald und das Institut of General Medicine, Berlin. Die Übertragung der täglich erfassten Versorgungsdaten erfolgt telemedizinisch.

- Projekt „Palliativmedizinische Versorgung“

Seitens zweier Ärzteverbände aus Rostock und Neubrandenburg liegen der KVMV Konzepte für eine koordinierte palliativmedizinische Versorgung unter Einbindung der örtlichen Palliativstationen sowie stationären Hospize bzw. ambulanten Hospizdienste vor. Die Konzepte richten sich aus an einem entsprechenden Referenzvertrag aus Nordrhein sowie an den Regelungen des neuen Paragraphen 132d SGB V und der vom G-BA per 20.12.2007 beschlossenen „Richtlinie zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“.

Die geforderten Strukturvoraussetzungen hinsichtlich der Versorgungsebene II „Qualifizierte Palliativ-Ärzte (QPA)“ (Besitz der Zusatzweiterbildung Palliativ-Medizin der Landesärztekammer) werden in beiden Regionen vorgehalten. Hinsichtlich der haus- und fachärztlichen koordinierenden Ebene I besteht der Zugang über eine auch in MV angebotene 40stündige Kursweiterbildung Palliativ-Medizin (Curriculum BÄK und DGP). Entsprechende Gespräche mit Ärzten vor Ort und Hausärzteverband sind aufgenommen worden.

Das kooperative und integrative Versorgungskonzept ist im Ergebnis von Vorgesprächen intersektoral zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern vor Ort abgestimmt. Im Mittelpunkt stehen u.a. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, die Koordination unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen sowie die Betreuung und Beratung der Patienten und Angehörigen einerseits sowie die Teilnahme an regelmäßigen multi-disziplinären Fallkonferenzen, die Einstellung und Beratung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle, Medikamentenapplikation, Ernährung und Flüssigkeitsgabe und Wundbehandlung andererseits.

Derzeit erfolgen intensive und konstruktive Vertragsgespräche zwischen der KVMV, der AOK und einer Ärztegruppe zur Umsetzung eines Pilotprojektes in Rostock mit dem beiderseitig angestrebten Ziel, zum II. Quartal 2009 mit der Umsetzung zu beginnen.

- Projekt „Ambulante geriatrische Komplexbehandlung“ (AGK)

Der KVMV liegt seit 2006 ein Konzept vor, das die wohnortnahe Behandlung und Betreuung geriatrischer Patienten durch das strukturierte Zusammenwirken eines interdisziplinären Teams unter Leitung eines geriatrisch spezialisierten Arztes betrifft. Die Regelungen des neu gefassten § 40 SGB V zur medizinischen Rehabilitation („wohnortnahe Einrichtungen“) werden im vorgelegten Konzept nicht in Gänze abgebildet, so dass für die bisherigen Vertragsgespräche ein Referenzvertrag aus Sachsen-Anhalt zu Grunde gelegt wurde. Das interdisziplinäre

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Team hat sich bereits in 2007 konstituiert, entsprechende Räumlichkeiten sind jederzeit zu mieten, ein Kostenprojekt sowie ein Vertragsentwurf wurden mit Unterstützung der KVMV erstellt. Das Projekt AGK muss sich selbstverständlich mit konkurrierenden, aus dem stationären Bereich heraus vorgehaltenen Angeboten hinsichtlich Inhalten, Qualität und Wirtschaftlichkeit messen lassen. Einen wesentlichen Aspekt stellt auch die Kompatibilität des Projektes AGnES dar. Diese kann bei ihren arztentlastenden Hausbesuchen einen Teil der Akquise von Patienten übernehmen und die Projekte dadurch vernetzen helfen.

Der Beginn der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung ist für das 4. Quartal 2008 im Rahmen einer sondervertraglichen Regelung als „Ambulante geriatrische Komplexbehandlung durch interdisziplinäre leistungserbringerübergreifende Versorgung des betreffenden Patientenkreis gemäß § 140 b SGB V“, zunächst mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern, vorgesehen.

- Vereinbarung „Pflegeheim Plus“

Verhandlungen bezüglich einer Rahmenvereinbarung zwischen der AOK Mecklenburg-Vorpommern und der KV MV über eine optimierte ambulante medizinische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen mittels sogenannter Hausärzte-Teams laufen seit dem 4. Quartal 2007. Die Gespräche zu untervertraglichen Vereinbarungen vor Ort mit interessierten Ärztenetzen und –verbänden haben ebenfalls begonnen. Ziel ist die verbesserte Strukturierung, Koordination und Qualität bei der Behandlung der Pflegeheimpatienten, die optimale Medikation sowie die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen. Dies soll u.a. erreicht werden durch die konzertierte Versorgung mittels fest vereinbarter Regelvisiten im Heim, Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team und Gewährleistung einer speziellen Rufbereitschaft.

- Änderung der Weiterbildungsordnung zur Zusatzweiterbildung „Geriatric“

Initiiert durch die Geriatric-Kommission der KVMV wurde in IV/2007 ein entsprechender Antrag an die Kammerversammlung MV gestellt. Hintergrund ist die akute Herausforderung durch die demographische Entwicklung, speziell in Mecklenburg-Vorpommern, die hinsichtlich der komplexen Versorgung geriatrischer Patienten, hinsichtlich ihrer ambulanten Rehabilitation und der spezifischen Koordination ärztlicher Leistungen ein zeitnahes Reagieren mit den derzeit im System tätigen Ärzten erfordert. Deren Qualifikation aus der täglichen Praxis heraus muss mit einem realistischen, wirtschaftlich und zeitlich vertretbaren

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Aufwand möglich sein. Neue Schwerpunktsetzungen in der Facharzt-Ausbildung, die ebenfalls durch die KV an die Ärztekammer herangetragen wurden, werden erst nach Jahren greifen können. Bei entsprechender Novellierung der Weiterbildungsordnung könnten entsprechend qualifizierte Ärzte an obengenannten und weiteren spezifisch geriatrisch ausgerichteten Versorgungskonzepten verstärkt und landesübergreifend partizipieren.

- Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung der Nord-KV`en

Ein weiteres Vorhaben der Kassenärztlichen Vereinigung MV im Verbund mit der KV Schleswig-Holstein und der KV Hamburg, ist die Gründung einer „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung der Nord-KVen“ zu Beginn des Jahres 2008. Unter dem Dach einer Arbeitsgemeinschaft werden Kompetenzzentren für verschiedene Leistungsbereiche eingerichtet, wobei jede der drei KV`en für bestimmte Indikationen zuständig sein wird. So werden bei der KV SH die Bereiche Kernspintomographie und Akupunktur angesiedelt sein. Die KVH wird die Schmerztherapie, Dialyse und Photodynamische Therapie übernehmen. Die KV MV wird für den Bereich der Koloskopie zuständig sein. Somit werden zukünftig Dokumentationen, die für die Durchführung von Stichprobenprüfungen zuständig sind, von dem zuständigen Kompetenzzentrum angefordert. Die Überprüfung erfolgt dann durch die Mitglieder einer neu eingerichteten überregionalen Qualitätssicherungskommission. Die Prüfungsergebnisse gehen anschließend an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, die wiederum die beteiligten Ärzte informiert. Des Weiteren ist geplant, dass die KV`en auch im Bereich der Fortbildung enger zusammenarbeiten. Dadurch könnte das Fortbildungsangebot deutlich erweitert werden.

Die entsprechende Vereinbarung zwischen den drei KV`en wurde im 4. Quartal 2007 verhandelt und im Januar 2008 unterzeichnet.

2 Qualitätssicherung von A bis Z

Der medizinische Fortschritt und die stetige Zunahme an diagnostischen und therapeutischen Verfahren führen 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. Die Sicherung, Förderung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten gehört zu den Kernaufgaben der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die KBV definiert, zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen und Qualitätsstandards. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Leistungen, die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erbringen, auf der Basis dieser Regelungen und gegebenenfalls weiterer regionaler Maßnahmen fortlaufend auf ihre Qualität. In den Qualitätssicherungskommissionen begutachten Experten gemeinsam mit den Fachleuten der Kassenärztlichen Vereinigungen 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.

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 umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in den geltenden Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren

zu dürfen. Falls erforderlich, kann durch Praxisbegehungen kontrolliert werden, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den Anforderungen genügt und Hygienestandards eingehalten werden.

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 unter anderem die Medikamentenverordnung, die Anamneseerhebung, die ärztliche Dokumentation sowie die Beachtung von empfohlenen Behandlungspfaden und Vorgaben zur Indikationsstellung. Ein Urteil über das Wie der Behandlung ist oft schwieriger als die Bewertung der Struktur, wo Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und Gewährleistungserklärungen zur apparativen Ausstattung ein klares Urteil erlauben.

Ergebnisqualität

Am schwierigsten ist die Beurteilung der Ergebnisqualität, also der Güte der Behandlung. Sie umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie an der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Heilung von Erkrankungen, der Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Die Prozessqualität und gewisse Aspekte der Ergebnisqualität sind jeweils im Einzelfall zu überprüfen. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind. Zur umfassenden Bewertung der Ergebnisqualität helfen Auswertungs- und Evaluationsverfahren anhand von Daten der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

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

Eingangsprüfungen

Eingangsprüfungen, das heißt Prüfungen die zusätzlich zu einer Facharztqualifikation vor Genehmigung zur Leistungserbringung für die gesetzlichen Krankenversicherungen abgelegt werden müssen, sind seit 1992 für die Zervix-Zytologie etabliert und seit 2002 für Leistungen der Mammographie. Diese Prüfungen werden in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgehalten und sind nicht durch das Beibringen anderer Befähigungsnachweise ersetzbar.

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Wie bei einer Verkehrskontrolle wird jährlich eine bestimmte Prozentzahl der Ärzte – entsprechend den jeweiligen Regelungen – für eine Überprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen zufällig ausgewählt. In einigen Leistungsbereichen, zum Beispiel der Koloskopie, der Mammographie, der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund, findet sogar eine Vollerhebung statt. Das heißt, von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, wählen die Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden.

Frequenzregelungen

Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für Leistungen für die invasive Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen und für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

Rezertifizierung

Bei Ärzten, die Mammographien durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sie sich einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. 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 an den Verträgen

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

teilnehmen. Eine solche Verpflichtung ist zum Beispiel Bestandteil der Schmerztherapievereinbarung und der Onkologievereinbarung.

Feedback-Systeme

Durch die Bereitstellung von Feedback-Berichten kann ein Arzt seine eigene Behandlungsqualität mit derjenigen von anderen Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet und an den Arzt zurückgespiegelt. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedback-Systeme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, aber auch der Disease-Management-Programme.

Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

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

Qualitätssicherungskommissionen

Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten dazu für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen ein. 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 wird zudem gewährleistet, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden von den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen 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 gegebenenfalls durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzubereiten.

Bundesweit geltende Regelungen

Im nachfolgenden werden für die Qualitätssicherungsbereiche die jeweiligen bundesweit geltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung dargestellt und eine Übersicht zu den erteilten Genehmigungen in der Kassenärztlichen Vereinigungen MV gegeben. Die aktuellen Versionen aller geltenden Richtlinien sind im Wortlaut unter anderem auf der Homepage der KBV einzusehen: www.kbv.de/rechtsquellen/85.html.

2.1 Akupunktur

Die Akupunktur ist für chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule oder in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose sofern diese seit mindestens sechs Monaten bestehen, als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Teilnahmeberechtigte Fachärzte, die die fachlichen Voraussetzungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllen, erhalten eine Genehmigung. Diese ist an die Auflage gebunden, jährlich mindestens vier Qualitätszirkel/Fallkonferenzen zur Thematik sowie stichprobenhaft angeforderte, mängelfreie Dokumentationen, nachzuweisen.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.1.2007	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	223	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	242	
- davon Anzahl Genehmigungen	242	
- davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-	
- davon bestanden	-	
- davon nicht bestanden	-	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	19	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	
Anzahl Praxisbegehungen	-	
- davon ohne Beanstandung	-	
- davon mit Beanstandung	-	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 6)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit Beanstandungen	0	
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 6 Abs. 6)	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit Beanstandungen	0	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Kolloquien (nach § 6 Abs. 6)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0

2.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen oder Eingriffe sind grundsätzlich nach Facharztstandard zu erbringen. In einigen Fällen (zur Durchführung bestimmter Operationen) bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen ist. Die Eingriffe gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad nach den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes in – Operationen – kleine invasive Eingriffe – invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen – Endoskopien. Durch diese Einteilung in vier Kategorien ergeben sich nach der Qualitätssicherungsvereinbarung unterschiedliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung. Daher ist zusätzlich durch eine schriftliche Erklärung detailliert zu bestätigen, dass die baulichen, apparativ-technischen, personellen und hygienischen Voraussetzungen am Ort der Leistungserbringung gegeben sind.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen Rechtsgrundlage: § 15 des dreiseitigen Vertrages nach § 115b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV Gültigkeit: 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 31.12.2007	434	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	8	
- davon Anzahl Genehmigungen	8	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	7	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit Beanstandung		
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit geringen Beanstandung		
- davon mit erheblichen Beanstandungen		
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen		
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Praxisbegehungen	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Bemerkungen: *einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115 b		

2.3 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Mit dieser Richtlinie werden sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapheresen) als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall geregelt. Die einzusetzende Fachkommission prüft in jedem Fall, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung gegeben ist. Für die in der Richtlinie genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, so dass Apherese nur in Ausnahmefällen bei therapieresistenten Verläufen eingesetzt werden sollen.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung) i.V.m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren) Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 9.7.2003	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung *)	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	48	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	4	
- davon Anzahl Genehmigungen	4	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	
LDL-Apherese		
Anzahl Patienten im Jahr 2007	58	
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	10	
- davon positives Votum der KV	4	
- davon negatives Votum der KV	2	
- davon offene Entscheidungen	3	
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	48	
- davon positives Votum der KV	48	
- davon negatives Votum der KV	0	
Apherese bei rheumatoider Arthritis		
Anzahl Patienten die im Jahr 2007 mindestens einen Zyklus begonnen haben	0	
Anzahl beschiedene Anträge	0	
- davon positives Votum der KV	0	
- davon negatives Votum der KV	0	
Bemerkungen		
*) Dokumentationsprüfungen im Rahmen der Patientenanträge jährlich		

2.4 Arthroskopie

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.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: 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 31.12.2007	44	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	6	
- davon Anzahl Genehmigungen	6	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit Beanstandung		
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	9	
- davon ohne Beanstandung	2	
- davon mit geringen Beanstandungen	1	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	3	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	3	
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Praxisbegehungen	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		

2.5 Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Die Zahl der Dialysepatienten ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Derzeit werden circa 60.000 Patienten flächendeckend in mehr als 1.200 ambulanten und stationären Einrichtungen behandelt. Der Anstieg der Patientenzahlen in den vergangenen Jahren ist neben der demographischen Entwicklung unter anderem auch mit dem Anstieg so genannter Wohlstandserkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck zu erklären. In der bestehenden Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren werden die Anforderungen an die fachlichen, organisatorischen und apparativen Anforderungen beschrieben. Vorgaben zu einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Durchführung von Stichprobenprüfungen durch Qualitätssicherungskommissionen sind 2006 vom G-BA erlassen worden. Danach besteht eine verpflichtende Erfassung definierter Qualitätsindikatoren für die valide Grenzwerte vorliegen und die eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität zulassen. Damit der Datenschutz umfassend gewährleistet ist, wurde die Einhaltung einer durchgängigen Anonymisierung aller persönlichen Patientendaten verbindlich geregelt. Darüber hinaus erhalten alle Einrichtungen regelmäßige Rückmeldeberichte, die ihnen den erreichten Qualitätsstand im Vergleich zu den anderen Einrichtungen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen mitteilen. Basis dieser Berichte sind die vier Kernparameter

> Dialysefrequenz	> Dialysedauer
> Hämoglobinwert	> Kt/V („Dialyseleistung“).

Sie dienen sowohl als Grundlage für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung als auch zur Beurteilung für die Stichprobenprüfungen. Die vier Kernparameter werden zentral bundeseinheitlich durch einen Datenanalysten 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 Prozent 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 der Dokumentation aller vier Kernparameter kann die Abrechnung der Dialyse erfolgen. Neben dem zentralen Benchmarking-Bericht auf der Basis der vier genannten Kernmerkmale sieht die Richtlinie die weitere verpflichtende Teilnahme

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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. 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. Um die Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern, wird zu Beginn des Jahres 2008 eine „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung der Nord-KVen“ gebildet. Die drei Nord-KV'en - KV Hamburg, KV Mecklenburg-Vorpommern und KV Schleswig-Holstein –werden unter dem Dach einer Arbeitsgemeinschaft verschiedene Kompetenzcenter für einzelne Leistungsbereiche einrichten. Im Rahmen dieser gemeinschaftlichen Tätigkeit ist auch die Qualitätssicherung der Dialyse, mit entsprechendem Kompetenzzentrum bei der KV Hamburg angesiedelt, geplant.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V i. V.m. Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003 Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse) Rechtsgrundlage: §§ 136 und 136 a SGB V Gültigkeit: seit 24.6.2006	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
	Genehmigungen	
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2007	18	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	34	
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	0	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Patienten	
Anzahl Patienten im Jahr 2007 Rechnerisch ermittelt für die Quartale 1-3/2007 Anhand der Abrechnungsergebnisse	1520
Aus dem Inhalt des Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommission gem. § 7 Abs.3 Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2007	
Anzahl der Ärzte, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen (§ 2 Abs. 1)	0
Anzahl der Kommissionssitzungen (§ 7 Abs. 4)	0
Anzahl und Ergebnisse der durchgeführten Stichprobenprüfungen (§ 8 Abs. 1):	0
Anzahl geprüfter Einrichtungen	0
- davon ohne Mängel	0
- davon mit Mängel	0
- - Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln (§ 10 Abs. 1 S. 1)	0
- - Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche (§ 10 Abs. 1 S. 2)	0
- - Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0
- - Anzahl der widerrufenen Genehmigungen (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0

2.6 Erweitertes Neugeborenen-Screening

Im Rahmen der Kinderrichtlinie des G-BA 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. Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfolgt die Umsetzung des erweiterten Neugeborenen-Screening im Rahmen einer Ermächtigung an der Universität Greifswald.

2.7 Herzschrittmacher-Kontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie über die benötigte fachliche Qualifikation verfügen und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllt.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: 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 31.12.2007	42	
Anzahl beschiedene Anträge	7	
- davon Anzahl Genehmigungen	6	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestandene		
Anzahl der Widerrufe Von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung Der Abrechnungsgenehmigung	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
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 bestandene		
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)		
- davon bestanden		
- davon nicht bestandene		

2.8 Interventionelle Radiologie

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

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.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie) Rechtsgundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterangiographien (gem. § 3 Abs. 1)		
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2007	31.12.2007
	11	11
Anzahl beschiedener Anträge in 2007	neu	erneut (§ 7 Abs.6)
	0	8
- davon Anzahl Genehmigungen	0	8
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquium	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestandene	0	
Praxisbegehungen	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestandene	0	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl		sonstiger Gründe			
	0		0			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0					
Frequenzregelung						
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen Katheterangiographien die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden	<80	80-89	90-99	100-109	110-119	>119
				8		
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben				/	/	/
Genehmigungen zu diagnostischen Katheterangiographien und kathetergestützten therapeutischen Eingriffen (gem. § 3 Abs. 2)						
Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2007			31.12.2007		
	11			11		
Anzahl beschiedener Anträge in 2007	neu			erneut (§ 7 Abs.7)		
	0			8		
- davon Anzahl Genehmigungen	0			8		
- davon Anzahl Ablehnungen	0			0		
Kolloquium	0					
- davon bestanden	0					
- davon nicht bestandene	0					
Praxisbegehungen	0					
- davon bestanden	0					
- davon nicht bestandene	0					
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl		sonstige Gründe			
	< 100 diagn. + therap.	< 50 therap.				
	0	0	0			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0					
Frequenzregelung						
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen Katheterangiographien oder kathetergestützten therapeutischen Eingriffen die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden	<80	80-89	90-99	100-109	110-119	>119
				8		
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben				/	/	/
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützten therapeutischen Eingriffen die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden	<30	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
						8
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben				/	/	/

2.9 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. Sie 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) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.1999	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Ärzte in Einzelpraxen:

Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)						
Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2007		31.12.2007			
	3		3			
Anzahl beschiedener Anträge in 2007	neu		erneut (§7 Abs.2 Nr.3)			
	0		0			
- davon Anzahl Genehmigungen						
- davon Anzahl Ablehnungen						
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden						
Anzahl Praxisbegehungen	0					
- davon ohne Beanstandungen						
- davon mit Beanstandungen						
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl			sonstiger Gründe		
	0			0		
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)						
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	2	0	0	1	0	0
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben*)	2			/	/	/
Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)						
Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2007		31.12.2007			
	1		1			
Anzahl beschiedener Anträge in 2007	neu		erneut (§7 Abs.1 Nr.3)			
	0		0			
- davon Anzahl Genehmigungen						
- davon Anzahl Ablehnungen						
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden						
Anzahl Praxisbegehungen	0					
- davon ohne Beanstandungen						
- davon mit Beanstandungen						
	Nichterreichen Mindestzahl					

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichten Mindestzahl					
	gesamt	ges. + therap.	therap.	sonstige Gründe		
- davon Ärzte mit eigenem Katheternessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)						
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen						
Frequenzregelung						
	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
						1
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)				/	/	/
	<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66
					1	
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)				/	/	/

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Ärzte in Gemeinschaftspraxen:

Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)						
Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2007		31.12.2007			
	0		0			
Anzahl beschiedener Anträge in 2007	neu		erneut (§7 Abs.2 Nr.3)			
	0		0			
- davon Anzahl Genehmigungen						
- davon Anzahl Ablehnungen						
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden						
Anzahl Praxisbegehungen	0					
- davon ohne Beanstandungen						
- davon mit Beanstandungen						
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl		sonstiger Gründe			
	0		0			
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)						
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
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben*)			/	/	/	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)						
Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2007			31.12.2007		
	2			2		
Anzahl beschiedener Anträge in 2007	neu			erneut (§7 Abs.1 Nr.3)		
	0			0		
- davon Anzahl Genehmigungen	0			0		
- davon Anzahl Ablehnungen	0			0		
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden						
Anzahl Praxisbegehungen	0					
- davon ohne Beanstandungen						
- davon mit Beanstandungen						
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)						
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen						
Frequenzregelung						
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	2					
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	2			/	/	/
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66
	2					
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	2			/	/	/

2.10 Koloskopie

Der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde im Jahre 2002 um die Koloskopie erweitert. Diese können Personen ab dem 55. Lebensjahr im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. 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. Ihr zentraler Punkt 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 an dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskope durchgeführt werden.

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung geändert. Unter anderem gibt es nun 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 beziehungsweise Mängelfreiheit der Koloskopien).

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: 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	01.01.2007	31.12.2007
	4	4
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2007	31.12.2007
	32	32
Anzahl beschiedene Anträge in 2007 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)
	0	0
- davon Anzahl Genehmigungen		
- davon Anzahl Ablehnungen		
Anzahl beschiedene Anträge in 2007 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)
	3	0
- davon Anzahl Genehmigungen	2	0
- davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
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

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

- 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	0				
Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	2 (1x Ermächtigung beendet, 1x Verzicht auf ZL)					
Frequenzregelungen totale Koloskopien						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421)	< 125	125- 174	175- 199	200- 224	225- 274	> 274
	0	1*	0	2	3	30
- 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	8					
- davon bestanden	8					
- davon nicht bestanden	0					
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f	0					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden						
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 3 g	0					
- 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	1	34
- 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	8					
- davon bestanden	6					
- davon nicht bestanden	2					
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 4 d	0					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden wg. Mängel nach b-c						
- davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl						
Bemerkungen						
* am 30.09.2007 Verzicht auf Zulassung						

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Ärzte in Gemeinschaftspraxen:

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	01.01.2007	31.12.2007				
	0	0				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2007	31.12.2007				
	10	10				
Anzahl beschiedene Anträge in 2007 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)				
	0	0				
- davon Anzahl Genehmigungen						
- davon Anzahl Ablehnungen						
Anzahl beschiedene Anträge in 2007 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)				
	0	0				
- davon Anzahl Genehmigungen						
- davon Anzahl Ablehnungen						
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	0					
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden						
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)	0					
Frequenzregelungen totale Koloskopien						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421)	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
	0	0	0	0	0	10
- 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	1					
- davon bestanden	1					
- davon nicht bestanden	0					
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f	0					
- davon bestanden	0					

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

- davon nicht bestanden						
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 3 g	0					
- 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	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						
	1					
- davon bestanden	1					
- davon nicht bestanden	0					
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 4 d	0					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden wg. Mängel nach b-c						
- davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl						

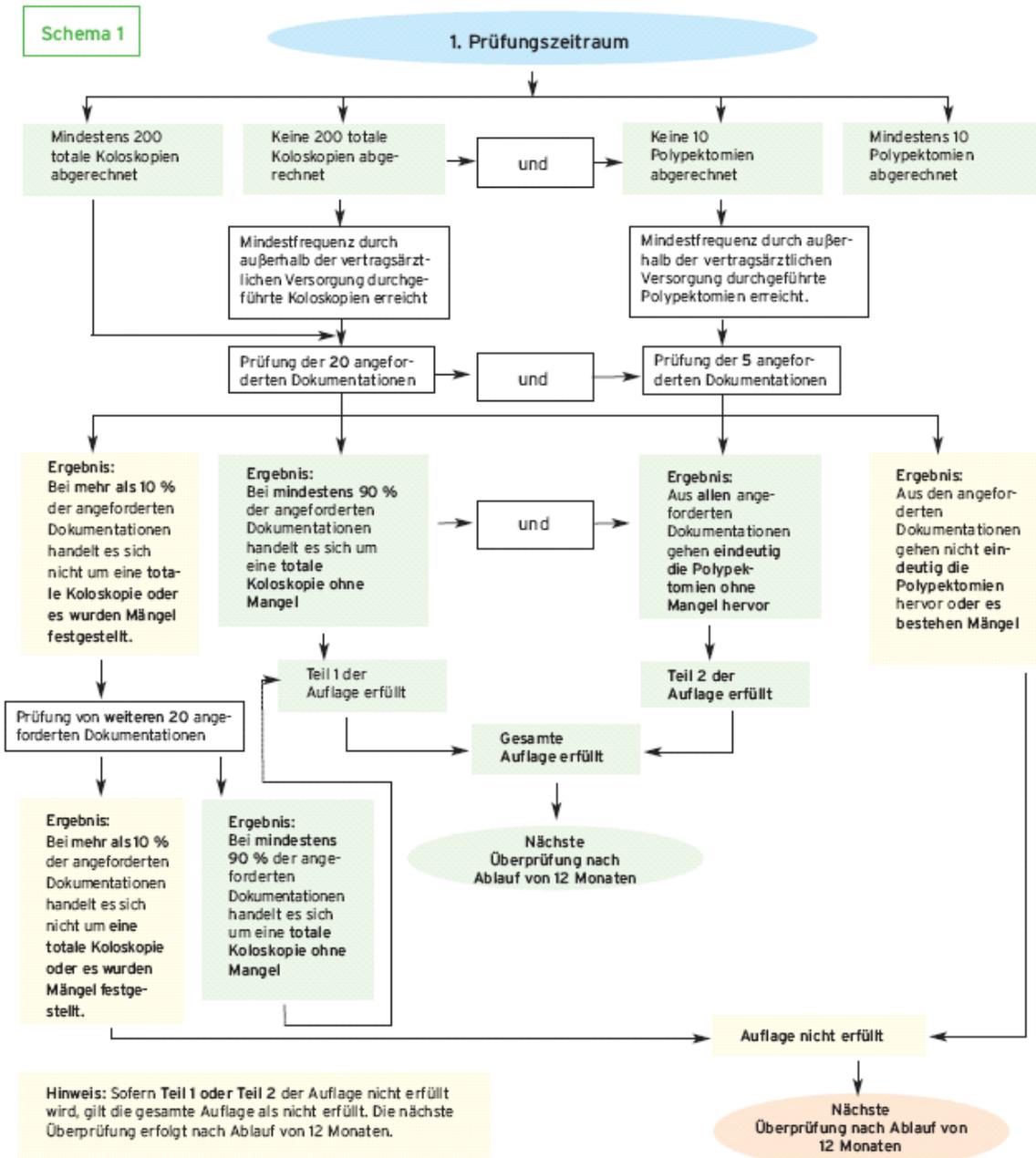
Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Einrichtungen	42		
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)
	85	2	0

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Nachfolgend ist beispielhaft für die Qualitätssicherung innerhalb der Koloskopie der Ablauf der Maßnahmen in Schaubildern dargestellt.

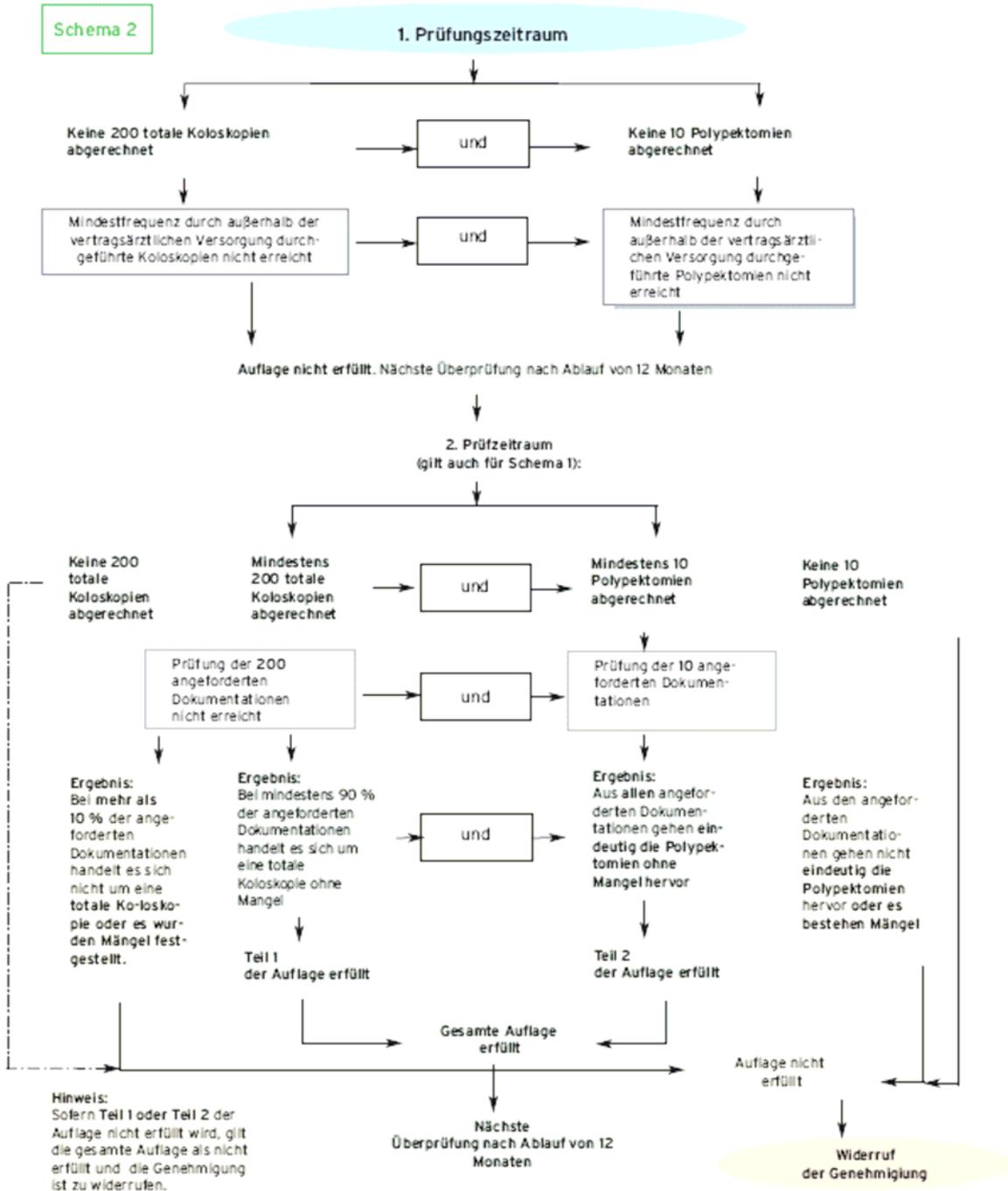
Ablaufdiagramm
Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 6 für den Nachweis der totalen Koloskopien und Polypektomien der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Koloskopie
 (gilt für alle Fachärzte außer Kinderärzte und Kinderchirurgen)



Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Ablaufdiagramm

Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 6 für den Nachweis der totalen Koloskopien und Polypektomien der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Koloskopie (gilt für alle Fachärzte außer Kinderärzte und Kinderchirurgen)



2.11 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Kapitel 32.3 beziehungsweise 1.7 des EBM. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Antrag obligatorisch. Ausgenommen von dieser Regelung sind die im Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie explizit genannten Ärzte. Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, § 75 Abs. 7 SGB V, Richtlinien der BÄK Gültigkeit: 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 31.12.2007	188	
Anzahl beschiedene Anträge	6	
- davon Anzahl Genehmigungen	5	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	
- davon bestanden	1	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit Beanstandungen		
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit geringen Beanstandungen		
- davon mit erheblichen Beanstandungen		
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen		
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		

2.12 Langzeit-EKG-Untersuchung

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

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: 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 31.12.2007	92	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2007	172	
Anzahl beschiedene Anträge	15	
- davon Anzahl Genehmigungen	15	
- davon Anzahl Ablehnungen		
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	13	
- davon ohne Beanstandung	4	
- davon mit geringen Beanstandung	5	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	3	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1	
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		

2.13 Magnetresonanz-Tomographie

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) Rechtsgrundlage; § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie für die Kernspintomographie) Rechtsgrundlage § 136 i.V.m. § 92 Abs.1 SGB V Gültigkeit: 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 31.12.2007	41	
Anzahl beschiedene Anträge	7	
- davon Anzahl Genehmigungen	7	
- 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	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Kernspintomographie der Mamma	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.2007	1
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- 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	
- weniger als 50 Untersuchungen	
- - Kolloquium innerhalb 3 Monaten	
- - - davon bestanden	
- - - davon nicht bestanden	
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	1
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit geringen Beanstandung	1
- 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

2.14 Magnetresonanz-Angiographie

Bei der Magnetresonanz-Angiographie (MRA) handelt es sich um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Sie 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 ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. Da die Magnetresonanz-Angiographie jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

Die Abrechnung von Leistungen der Angiographie mittels Magnetresonanz-Tomographie steht unter dem Vorbehalt einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Geregelt sind diese in der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Magnetresonanz-Angiographie. Neben Angaben zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen enthält diese Vereinbarung insbesondere Vorgaben zur Indikationsstellung der Untersuchungen.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.2007 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie für die Kernspintomographie) Rechtsgrundlage: § 136 i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2001	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2007	32	
Anzahl beschiedene Anträge	0	
- davon Anzahl Genehmigungen	0	
- 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	
Praxisbegehungen	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 7)		
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 2)	ab 2008	
- davon ohne Beanstandung	ab 2008	
- davon mit Beanstandungen	ab 2008	
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (nach § 7 Abs. 9)	ab 2008	
- davon ohne Beanstandung	ab 2008	
- davon mit Beanstandungen	ab 2008	
Kolloquien (nach § 7 Abs. 9)	ab 2008	
- davon bestanden	ab 2008	
- davon nicht bestanden	ab 2008	

2.15 Mammographie

Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren bisher Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Aufgrund der für die Mammographie besonders getroffenen Regelungen wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine eigene Vereinbarung geschaffen. Wie bereits in den vorangegangenen Qualitätsberichten ausführlich beschrieben, sieht diese Vereinbarung neben detaillierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor. Dies sind im Wesentlichen

- > die Beurteilung einer Fallsammlung vor Erteilung einer Genehmigung
- > die kontrollierte Selbstüberprüfung in zweijährigem Abstand und
- > die Überprüfung der Dokumentation.

Als Neuerung wurde in der Richtlinie der Zeitpunkt der ersten Selbstüberprüfung auf 24 Monate und nicht wie bisher auf zwölf Monate nach Erteilung der Genehmigung festgesetzt. Hinzu kommt, dass die Zuständigkeit für die Erstellung der Fallsammlungen und die Evaluation der Prüfungen von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zunächst an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übergegangen ist.

Ergebnisse der kontrollierten Selbstüberprüfung liegen jetzt vor und sind in Kapitel 2.15.1 näher ausgeführt. Für das Mammographie-Screening als Maßnahme der Krebsfrüherkennung gelten neben dieser Vereinbarung weitere Qualitätssicherungsvereinbarungen (siehe auch Kapitel 2.15.2).

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.1.2007	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	✓
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	32	
Anzahl beschiedener Anträge	0	
- davon Anzahl Genehmigungen	0	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Beurteilung von Mammographicaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt C (Fallsammlung)		
Anzahl Prüfungen	1. Prüfung	Wiederholungs- prüfungen
	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt D (§ 7 Abs.2 Buchst.b)		
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	erstmalige Selbstüber- prüfungen	weitere Selbstüber- prüfungen
- davon erfolgreiche Teilnahme		
- davon nicht erfolgreiche Teilnahme		
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 5 Abs. 6e / § 5 Abs. 7b)		
Widerruf der Genehmigung (§ 5 Abs. 7c)		
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 5 Abs. 5)		
Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt E		
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungs- prüfungen
		4
- davon erfüllt		3
- davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*		1
- davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*		0
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt E teilgenommen haben	12	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	4	

2.15.1 Ergebnisse der Prüfungen zur kurativen Mammographie

Zur Diagnostik aller Brustkrankungen – insbesondere von Karzinomen – stehen in der vertragsärztlichen Versorgung eine Reihe von Verfahren zur Verfügung. Bei der Mammographie beispielsweise wird die Brustdrüse von Patientinnen (und Patienten) mittels eines transmittierten Röntgenstrahls in einem Projektionsverfahren abgebildet. Um die kontrastarmen Läsionen und kleinen Strukturen (Mikrokalk) erkennen zu können, werden höchste Anforderungen an die Erfahrung des befundenden Arztes und die Qualität der Erstellung der Mammographie gestellt. Eine Maximierung des Nutzens der Mammographie unter gleichzeitiger Minimierung der Belastungen der Patienten ist deshalb durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen zu fördern. Hierzu wurden im Jahre 2002 von der KBV und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Mammographie im Rahmen der kurativen Versorgung vereinbart, die innovative Elemente wie eine regelmäßige Fallsammlungsprüfung und eine stichprobenartige Überprüfung der diagnostischen Bildqualität enthalten. Die durchgeführten Maßnahmen werden kontinuierlich und bundesweit ausgewertet und kritisch hinterfragt.

Bei der Fallsammlungsprüfung wird die Fähigkeit zur Befundung von Mammographien in einer Testsituation gezielt ohne Hinzunahme weiterer diagnostischer Möglichkeiten geschult und bewertet. Diese Maßnahme, über die hier detailliert berichtet wird, betrifft einen wichtigen Teilaspekt. Deshalb ist zu betonen, dass die hier vorgestellten Ergebnisse nicht die Qualität der Versorgung im Rahmen der Brustdiagnostik mittels der Mammographie widerspiegeln.

Die Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie für die kurative Mammographie aus dem Jahr 2002 wurde von den Partnern der Bundesmantelverträge neu geregelt und zum 1. Januar 2007 in eine eigene Vereinbarung überführt. Diese Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie nach § 135 Abs. 2 SGB V (Mammographie-Vereinbarung) beinhaltet neben den üblichen Komponenten der Qualitätssicherungsvereinbarungen, wie dem Nachweis der fachlichen Befähigung und der Geräteparameter, drei zentrale und innovative Elemente:

- > eine Fallsammlungsprüfung als Eingangsprüfung (Abschnitt C der Vereinbarung)
- > regelmäßige Fallsammlungsprüfungen im Rahmen von kontrollierten Selbstüberprüfungen (Abschnitt D)
- > regelmäßige stichprobenartige Überprüfungen der ärztlichen Dokumentation (Abschnitt E).

Begleitet werden diese Qualitätssicherungsmaßnahmen durch eine kontinuierliche Evaluation.

Umsetzung der Mammographie-Vereinbarung

Die Mammographie-Vereinbarung wird seit über vier Jahren umgesetzt. Dabei ist die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung der Ansprechpartner der Ärzte. Dort finden alle Prüfungen statt. Auch teilen sie dem Arzt die Ergebnisse und Bescheide mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum werden durch die KBV unterstützt, die zum Beispiel die notwendigen Prüfsammlungen zur Verfügung stellt, die Prüfergebnisse bundesweit zusammenführt und auswertet sowie die Maßnahmen insgesamt evaluiert.

Im Folgenden werden die Erfahrungen aus den Fallsammlungsprüfungen im Rahmen der kontrollierten Selbstüberprüfung beschrieben. Eingangsprüfungen finden heute, mehr als vier Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung, nur selten statt.

Fallsammlungspool

Wichtige Voraussetzung für die Prüfungen sind die Fallpools, aus denen die Prüfsammlungen für die Eingangsprüfung und die kontrollierte Selbstüberprüfung zusammengestellt werden. Da die Prüfungen nach Abschnitt C und Abschnitt D unterschiedliche Schwierigkeitsgrade haben, wurden gemäß der Vereinbarung zwei Fallpools aufgebaut. Alle in die Pools aufgenommenen Mammographien werden durch Sachverständige im Konsens nach fünf Kategorien beurteilt (in Anlehnung an das Breast Imaging Reporting And Data System – BIRADS des American College of Radiology). Ein Fall umfasst dabei vier Röntgenaufnahmen einer Frau, jede Seite ist in zwei Standardebenen dargestellt. In den Pool für die kontrollierte Selbstüberprüfung sind gezielt schwierigere Fälle aufgenommen worden, mit denen der Arzt eher selten konfrontiert wird. Im Gegensatz dazu orientiert sich der Fallpool für die Prüfsammlungen der Eingangsprüfung am klinischen Alltag. Alle Mammographien dieser Pools wurden mit analog arbeitenden Röntgengeräten erstellt und sind nach den dezidierten technischen Qualitätssicherungsvorgaben der Vereinbarung eingescannt worden. Somit stehen sie als digitalisierte Sammlungen zur Verfügung. Die bisher durchgeführten Prüfungen fanden zu etwa 75 Prozent am Schaukasten beziehungsweise Alternator mittels Durchsichtsbildern statt, zu einem Viertel direkt an Workstations mit entsprechenden Spezialbildschirmen.

Durchführung der Prüfungen

Sowohl in der Eingangsprüfung als auch in der kontrollierten Selbstüberprüfung sind jeweils 50 Fälle (Aufnahmen von 50 Frauen) zu beurteilen, jeweils getrennt für die rechte und die linke Brustseite (100 Beurteilungen). Jede Seite ist dabei in zwei Standardebenen (cranio-caudal und medio-lateral-oblique) dargestellt. Eine

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Besonderheit der kontrollierten Selbstüberprüfung gegenüber der Eingangsprüfung besteht dabei in der Möglichkeit für die Ärzte, sich nach Abgabe ihrer Beurteilung alle 200 Mammographieaufnahmen noch einmal zusammen mit den Beurteilungen der Sachverständigen anzusehen. Bestehenskriterien für die Beurteilungen der Fallsammlungen sind die Sensitivität und Spezifität der Einschätzungen des Arztes und insbesondere die Vermeidung falsch-negativer Befunde. Die Eingangsprüfung verlangt hierbei eine Sensitivität und eine Spezifität von jeweils mindestens 90 Prozent, dabei dürfen bei den 100 Beurteilungen insgesamt höchstens sieben Fehler vorkommen, davon maximal zwei falsch-negative Beurteilungen. Bei der Beurteilung wird nur nach „positiv“ und „negativ“ unterschieden. Bei Nichtbestehen kann die Prüfung frühestens nach drei Monaten wiederholt werden. Die Anzahl der Wiederholungen ist durch die Vereinbarung nicht begrenzt.

Die kontrollierte Selbstüberprüfung unterscheidet sich von der Eingangsprüfung durch den Schwierigkeitsgrad der Fälle und die Bestehenskriterien. Hier steht der Fortbildungscharakter im Vordergrund. Dementsprechend wird dem „absoluten“ Bestehenskriterium (mindestens 90 Prozent Sensitivität und Spezifität) ein „relatives“ Kriterium nachgeordnet. Wurde das absolute Kriterium erfüllt, gilt die Selbstüberprüfung als bestanden. Ist dies nicht der Fall, wird die Trefferzahl im Vergleich zu den Ergebnissen aller bundesweit teilnehmenden Ärzte bewertet. Die Selbstüberprüfung ist dann zu wiederholen, wenn das Ergebnis mehr Fehlbeurteilungen aufweist, als dies bei 95 Prozent der Selbstüberprüfungen der Fall ist.

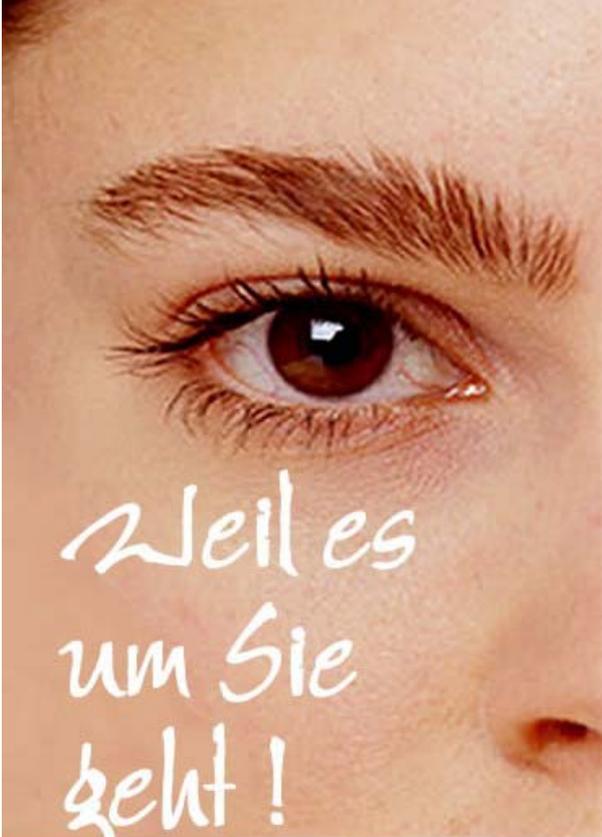
Als Vergleichsgruppe gelten alle Ärzte, die innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben. Diese Ergebnisse werden bundesweit zusammengeführt, wobei der Zeitraum von zwölf Monaten so gewählt wird, dass es sich bei der Vergleichsgruppe ausschließlich um Ärzte handelt, die dieselben 50 Fälle als Prüfsammlung beurteilt haben. Die Beurteilung erfolgt in einem Schema von fünf Kategorien. Dabei wird die Treffsicherheit der Beurteilung anhand der gewählten Kategorie im Vergleich zu der von den Sachverständigen vorgenommenen Kategorisierung gemessen. Die so ermittelten Abweichungspunkte werden getrennt nach zu hohen (Spezifitätsmängel) und zu niedrigen (Sensitivitätsmängel) Kategorisierungen erfasst. Bezogen auf die Gesamtheit der Ergebnisse von zwölf Monaten wird ermittelt, mit welcher festgestellten Abweichungspunktzahl (getrennt nach Sensitivität und Spezifität) ein Prüfungsergebnis zu den jeweils schlechtesten 2,5 Prozent gehört. Damit ist es denkbar, dass weniger als fünf Prozent der Teilnehmer die Anforderungen nicht erfüllen, denn auch ein Arzt, dessen individuelles Prüfungsergebnis das relative Kriterium nicht erfüllt, könnte sowohl bei der Sensitivität als auch bei der Spezifität

über 90 Prozent erreicht haben. Die Selbstüberprüfung kann bei Nichtbestehen einmal wiederholt werden. Sollte dies erfolglos sein, ist die Teilnahme an einem Kolloquium vorgesehen, gegebenenfalls eine Fortbildung mit anschließendem erneutem Kolloquium, entsprechend dem Fortbildungscharakter einer kontrollierten Selbstüberprüfung.

2.15.2 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit 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 69-jährigen Frauen, das sogenannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken. Voraussetzungen dafür sind eine hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.

Der Deutsche Bundestag hat im Juni 2002 einstimmig beschlossen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung ein flächendeckendes und qualitätsgesichertes Mammographie-Screening nach den Europäischen Leitlinien in Deutschland einführen soll. Im Januar 2004 sind die entsprechenden detaillierten Regelungen (Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die neue Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge) zur Einführung des Screenings in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten.



Weil es
um Sie
geht!

**Mammographie-Screening
in Mecklenburg-Vorpommern
für Frauen von 50 bis 69 Jahren.**

Ein Stück mehr Sicherheit,
ein Stück mehr Lebensqualität!

Demnach haben alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren 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 der Qualitätssicherung in der medizinischen Regelversorgung in Deutschland. Im Gegensatz zu bisherigen Maßnahmen der Qualitätssicherung, die oft auf Strukturqualität abzielen, umfasst die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings alle Ebenen dieses Versorgungsbereiches: von der schriftlichen Einladung der Frau, über die Screening-Untersuchung und die Durchführung der Abklärungsdiagnostik bis zur Diagnosestellung und Überleitung in die Therapie. Die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings ist keine statische Regelung, die ein einmal erreichtes Niveau zu erhalten sucht. Angestrebt ist vielmehr eine kontinuierliche Verbesserung des gesamten Programms im Sinne einer Qualitätsspirale, die durch ein permanentes praxisinternes und -externes Monitoring relevanter Qualitätsindikatoren gespeist wird.

Nach dem im Jahre 2006 bereits die ersten zwei Screening-Einheiten Greifswald und Schwerin ihre Tätigkeit aufgenommen hatten, konnten im Jahre 2007 auch die Screening-Einheiten Neubrandenburg und Rostock mit dem Mammographie-screening beginnen. Seit August 2007 wird nun flächendeckend das Mammographie-screening in Mecklenburg-Vorpommern angeboten. 18 Mammographie-Einheiten stehen dafür zu Verfügung. In Mecklenburg-Vorpommern wird digital mammographiert. Dies erspart den Radiologen in diesem Flächenland weite Wege um beispielsweise Zweitbefundungen durchzuführen. Von den bisher 51.975 eingeladenen Frauen nahmen im Jahre 2007 in der Screening-Einheit Greifswald 16.100 Frauen ihre Einladung zum Mammographie-screening wahr. Dabei konnten 220 Brustkrebsfälle im Frühstadium entdeckt werden. Innerhalb der Screening-Einheit Schwerin kamen 12.885 anspruchsberechtigte Frauen zum Mammographie-screening. Auch hier konnten 100 Karzinome bereits im Frühstadium entdeckt werden.

Näheres ist auf den Internetseiten der gemeinsam von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen getragenen Kooperationsgemeinschaft Mammographie unter www.koop-mammo.de zu finden.

2.16 Medizinische Rehabilitation

Nach den Rehabilitations-Richtlinien erfolgt die Einleitung von ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Krankenkassen sind, nach einem strukturierten Verfahren.

Die Richtlinien regeln die erforderlichen Qualifikationen, damit Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen können. Bis zum 31. März 2007 galten Übergangsregelungen, wonach wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden durften. Seit dem 1. April 2007 können nur noch diejenigen Ärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2004 zuletzt geändert: 1.3.2005	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	565	
Anzahl beschiedene Anträge	247	
- davon Anzahl Genehmigungen	247	
- 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	

2.17 Onkologie

Bei dieser bundeseinheitlich getroffenen Zusatzvereinbarung mit den Ersatzkassen handelt es sich um eine besondere Maßnahme 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 zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung an einem Tumorzentrum oder einem onkologischen 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“ beziehungsweise die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen mehrerer hundert durchgeführter Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Die Behandlung krebskranker 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.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 7 BMV-EKV, geltend für Versicherte des VdAK/AEV Gültigkeit: seit 1.7.1995 zuletzt geändert: 1.1.2002	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	49	
Anzahl beschiedene Anträge	2	
- davon Anzahl Genehmigungen	2	
- davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-	
- davon bestanden	-	
- davon nicht bestanden	-	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben § 9 Abs. 3)		
Anzahl geprüfter Ärzte	---	
- davon ohne Beanstandung	---	
- davon mit geringen Beanstandungen	---	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	---	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	---	
Anzahl Kolloquien (Stichproben)	---	
- davon bestanden	---	
- davon nicht bestanden	---	
Praxisbegehungen (Stichproben)	---	
- davon bestanden	---	
- davon nicht bestanden	---	
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 Die Überprüfung der Fortbildungsnachweise der Ärztinnen und Ärzte sowie des qualifizierten Praxispersonals erfolgt jährlich.		

2.18 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 die Kassenärztliche Vereinigung erteilen, wenn zudem eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorliegt, welche die in der Richtlinie beschriebenen Bedingungen umfasst.

Bestimmung der otoakustischen Emissionen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: 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 31.12.2007	52	
Anzahl beschiedene Anträge	7	
- davon Anzahl Genehmigungen	7	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	

2.19 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Seit dem Jahr 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen am zentralen Augenhintergrund Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Qualitätssicherungsvereinbarung wurde mehrfach überarbeitet und dem jeweils gültigen Zulassungsstand des eingesetzten Medikamentes angepasst.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: 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 01.01.2007 und Stand 31.12.2007	01.01.2007	31.12.2007	
	9	9	
Anzahl beschiedene Anträge in 2007	neu	erneut gem. § 6 Abs. 6	
	0	0	
- davon Anzahl Genehmigungen			
- davon Anzahl Ablehnungen			
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-§ 8 Abs. 2)	0		
- davon bestanden			
- davon nicht bestanden			
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)			
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr	1.Überprüfung (§ 6 Abs. 5)	2.Überprüfung (§6 Abs. 5 S.1)	3.Überprüfung (§6 Abs. 5 S.2)
	8*	0	0
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach zwei Jahren	1.Überprüfung (§ 6 Abs. 5)	2.Überprüfung (§6 Abs. 5 S.1)	3.Überprüfung (§6 Abs. 5 S.2)
	0	0	0

2.20 Phototherapeutische Keratektomie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur phototherapeutischen Keratektomie (PTK) besteht seit dem 1. Oktober 2007 – sie konkretisiert die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung dieses Verfahrens. Augenärzte sind zur Durchführung und Abrechnung der PTK berechtigt, wenn sie den Nachweis zehn selbständig durchgeführter phototherapeutischer Keratektomien mit Excimer-Laser erbringen. Alternativ wird als Qualifikationsnachweis auch die Durchführung von zehn selbständig durchgeführten anderen Eingriffen mittels Excimer-Laser bei zusätzlicher Teilnahme an einer entsprechenden Fortbildung anerkannt.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung beinhaltet außerdem explizite Vorgaben zur Indikation, zur Dokumentation und zur Durchführung der phototherapeutischen Keratektomie. Die ärztlichen Dokumentationen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig überprüft.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.2007	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	0*	
Anzahl beschiedene Anträge in 2007	0	
- davon Anzahl Genehmigungen		
- davon Anzahl Ablehnungen		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 7)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit Beanstandungen		
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 7 Abs. 5)	0	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit Beanstandungen		
Kolloquien (nach § 7 Abs. 5)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Bemerkungen:		
* keine Anträge aus ambulantem Sektor		

2.21 Psychotherapie

Psychotherapie ist in der vertragsärztlichen Versorgung als tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie seit 1970 und als Verhaltenstherapie seit 1985 gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie in den Vereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt. Die erste Fassung der Psychotherapie-Richtlinien datiert schon aus dem Jahr 1967.

Die Psychotherapie-Richtlinien und -Vereinbarungen umfassen den gesamten Bereich der psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der psychosomatischen Grundversorgung, deren Ausgestaltung hinsichtlich Leistungsinhalten in den Psychotherapie-Richtlinien und Qualifikationsvoraussetzungen in den Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt ist. Sowohl Art und Umfang der Psychotherapie als auch die Qualifikation der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten sind in den Richtlinien und Vereinbarungen geregelt.

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung voraus.

Richtlinienverfahren

- > analytische Psychotherapie
- > tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- > Verhaltenstherapie

psychosomatische Grundversorgung

- > verbale Interventionen
- > übende Techniken: Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation
- > suggestive Techniken: Hypnose

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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	133
- davon Anzahl Genehmigungen	125
- davon Anzahl Ablehnungen	8

Richtlinienverfahren			
Genehmigungen, Stand 31.12.2007			
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31.12.2007	206		
- davon Ärzte	82		
im Einzelnen			
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
- Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	105	13	2
- davon Ärzte	70	6	1
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	97	26	4
- davon Ärzte	18	6	2
- Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	19	4	/
- davon Ärzte	9	1	/
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	40		
- davon Ärzte	27		
- Therapeuten* mit Genehmigung	7		

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	
- davon Ärzte	1
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	31
- davon Ärzte	11
Befreiung von der Gutachterpflicht	
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	141
- davon Ärzte	38

Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren	
Genehmigungen, Stand 31.12.2007	
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	1715
Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	192
- davon Ärzte	133
Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	72
- davon Ärzte	32
Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	92
- davon Ärzte	53
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	

2.22 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Mit dieser Vereinbarung wurde eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, welche die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung sichern soll, getroffen. 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 I Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) definiert.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2005	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2007	40	
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	38	
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	2	
Anzahl beschiedene Anträge nur Polygraphie	5	
- davon Anzahl Genehmigungen	5	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	1	
- davon Anzahl Genehmigungen	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	nein	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)		
Anzahl geprüfter Ärzte	nein	
- davon ohne Beanstandung		
- davon mit geringen Beanstandungen		
- davon mit erheblichen Beanstandungen		
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen		
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	nein	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Praxisbegehungen (Stichproben)	nein	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		

2.23 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel operativen Eingriffen), nach vorangegangenen Traumen und 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.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: 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 31.12.2007	20	
Anzahl beschiedene Anträge	-	
- davon Anzahl Genehmigungen	-	
- davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren - § 4 Abs. 3 Nr. 4)	-	
- davon bestanden	-	
- davon nicht bestanden	-	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	-	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	
Versorgung		
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	-	
- davon bestanden	-	
- davon nicht bestanden	-	
Dokumentationsprüfung		

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Anzahl Prüfungen nach § 7 Abs. 2	20
- davon ohne Beanstandungen	20
- davon mit Beanstandungen	-

2.24 Sozialpsychiatrie

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 sogenannten Praxisteam (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet. Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43a SGB V geregelt in Anlage 11 BMV-EKV, geltend für Versicherte des VdAK/AEV Gültigkeit: 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 31.12.2007	5	
Anzahl beschiedene Anträge		
- davon Anzahl Genehmigungen		
- davon Anzahl Ablehnungen		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

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	

2.25 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen.

In den Soziotherapie-Richtlinien sind die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist (Ziele, Inhalt, Umfang, Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie), die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind, die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer beschrieben.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) Rechtsgrundlage: § 37a SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V Gültigkeit: 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 31.12.2007	27	
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL		
- davon Anzahl Genehmigungen		
- davon Anzahl Ablehnungen		
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	4	

2.26 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung 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.

Stoßwellentherapie bei Harnsteinen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: 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 31.12.2007	16	
Anzahl beschiedene Anträge	0	
- davon Anzahl Genehmigungen	0	
- 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	

2.27 Strahlendiagnostik/-therapie

Die auf Bundesebene gemäß § 135 Abs. 2 SGB V geschlossene Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie, 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 und der Strahlenschutzverordnung, die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen alle Antragsteller die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachweisen. Aus dieser Vereinbarung ausgegliedert wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 der Bereich der Mammographie, der in eine eigene Vereinbarung überführt wurde.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1993, zul. geändert: 1.1.2007 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie) Rechtsgrundlage: § 136 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.1992, zul. geändert: 13.3.1997	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie	Diagnostische Radiologie	Computertomographie	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 31.12.2007	395	65	43	7	22
Anzahl beschiedene Anträge	18	2	3	0	1
- davon Anzahl Genehmigungen	17	2	0	0	1
- davon Anzahl Ablehnungen	1	0	3	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0
- davon bestanden	0	0	0	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	3	0	0	2	0
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)					
Anzahl geprüfter Ärzte	15	1	0	0	0
- davon ohne Beanstandung	0	0	0	0	0
- davon mit geringen Beanstandungen	10	1	0	0	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	4	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

2.28 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Die Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sind seit 1991 mehrfach geändert worden. Elemente der Qualitätssicherung sind mit der letzten Änderung wesentlicher Bestandteil der Richtlinie.

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 1.1.2003	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen/Versorgung		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007*	10	
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal 2007)	18	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	3	
- davon Anzahl Genehmigungen	3	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	14	
Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)		
Anzahl geprüfter Ärzte	9	
- davon ohne Beanstandung	5	
- davon mit geringen Beanstandungen	3	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	1	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	
Anzahl geprüfter Fälle	41	
- davon ohne Beanstandung	18	
- davon mit geringen Beanstandungen	21	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	1	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1	
5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)		
Anzahl geprüfter Fälle	15	
- davon ohne Beanstandungen	15	
- davon mit Beanstandungen	0	
Patienten		
Anzahl Patienten im Jahr 2007 angezeigt	322	
An-/Abmeldungen		
Anzahl Patienten an-/Abmeldungen im Jahr 2007	123	
Bemerkungen: ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen		

2.29 Ultraschalldiagnostik

Die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Diese Genehmigung ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zu erteilen. Neben der Erfüllung der fachlichen Qualifikation ist die Erteilung der Genehmigung auch an den Nachweis der apparativen Ausstattung des Ultraschalldiagnostikgerätes durch eine Gerätebestätigung des Herstellers gebunden. Bedingt durch die technische Weiterentwicklung bedürfen allerdings insbesondere die apparativen Anforderungen einer Neuregelung. Hinzu kommt, dass durch die Einführung des EBM 2000plus im Jahr 2005 einige Inkompatibilitäten zwischen Gebührenordnung und Qualitätssicherungsvereinbarung entstanden sind. Trotz der Komplexität des Themas wird eine Konsentierung der Ultraschall-Vereinbarung, die in ihrem Grundgerüst aus dem Jahre 1993 stammt, für die nächste Zeit angestrebt.

Die Genehmigung kann bisher für insgesamt 31 verschiedene Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei drei Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch bei der fachlichen Qualifikation zwischen Untersuchungen von Erwachsenen und von Kindern. Soll die fachliche Qualifikation für Kinder nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei Kindern durchgeführt wurden. Besondere Regelungen gelten für die Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte, wie im Folgenden separat dargestellt wird.

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2007 *)	1061	
Anzahl beschiedene Anträge **)	234	
- davon Anzahl Genehmigungen	118	
- davon Anzahl Ablehnungen	116	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	9	
- davon bestanden	7	
- davon nicht bestanden	2	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen **)	1	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung **)	10	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	39	
- davon ohne Beanstandung	1	
- davon mit geringen Beanstandungen	22	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	7	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	9	
Kolloquien (Stichproben)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Praxisbegehung (Stichproben)	0	
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Bemerkungen		
*) Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen		
**) (Teil-)Genehmigungen nicht Anzahl Ärzte		

Genehmigungsbereiche

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2007
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	24
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	15
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	15

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

3 Nasennebenhöhlen	70
4 Gesichteweichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	34
5 Schilddrüse	347 und 54 bei Kindern
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	64
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	4
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	63
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	5
6.3 Belastungs-Echokardiographie	22
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	60
8 Brustdrüse	70
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	452
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	79
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	94
10.2 Weibl. Genitalorgane	205
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	196
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	38
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	80
13 Säuglingshüften	siehe separates Kapitel
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW- Doppler)	76 und 1 bei Kindern
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	47 und 2 bei Kindern
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW- Doppler)	7
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	6
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	35
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	52 und 2 bei Kindern
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	44
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	32 und 4 bei Kindern
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	7
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	12
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	14
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	37
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	

2.30 Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte

Die Kindervorsorgeuntersuchung U3 bei Kindern in der vierten bis sechsten Lebenswoche beinhaltet unter anderem ein Hüftsonographie-Screening. Eventuelle Entwicklungsstörungen des Hüftgelenkes (Hüftdysplasie) sollen so frühzeitig erkannt und behandelt werden. Um eine optimale Durchführung dieses Untersuchungsverfahrens zu gewährleisten, wurden im Jahr 2005 die bisher geltenden Anforderungen aus der Ultraschall-Vereinbarung für das Hüftsonographie-Screening ergänzt. Fachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und radiologische Diagnostik müssen nachweisen, dass sie entsprechende Fortbildungen besucht und bereits 200 Säuglinge untersucht haben. Bei allen anderen Fachgruppen wird eine 18-monatige ständige klinische oder vergleichbare Tätigkeit im Fachgebiet Kinderheilkunde, Orthopädie, Kinderradiologie oder radiologische Diagnostik, vorausgesetzt. Als neuer Baustein der Qualitätssicherung des hüftsonographischen Screenings wurden Stichprobenprüfungen der Bild- und Schriftdokumentationen eingeführt, die von den zuständigen Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit nach einheitlichen Prüfkriterien beurteilt werden. Die Stichprobenprüfung umfasst die Qualität der durchgeführten sonographischen Untersuchungen der Säuglingshüfte und soll dazu beitragen, Qualitätsdefizite zu beheben und Mängel zu beseitigen. Diesem Anliegen diente eine Informationsveranstaltung zur Qualitätskontrolle der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte, die am 27.06.2007 im Verwaltungsgebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit folgenden Themen durchgeführt wurde

- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation der Hüftsonographie
- Anforderungen an die Qualität der Hüftsonographie
- Gerätetechnische Anforderungen an die Dokumentation sonographischer Untersuchungen der Säuglingshüfte

An der Informationsveranstaltung nahmen 47 Ärztinnen und Ärzte teil.

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte Rechtsgrundlage: Anlage IV der Ultraschallvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: 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 01.01.2007	88							
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	89							
Anzahl beschiedene Anträge	1	erneut (§ 11 Abs.3 S.5)						
- davon Anzahl Genehmigungen	1							
- davon Anzahl Ablehnungen	0							
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)								
- davon bestanden	0							
- davon nicht bestanden	0							
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)								
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung								
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)								
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i.V.m. § 3)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		11	2	3	1	1	0	19
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		32	3	1	0	0	0	1
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs.2)	Stufe II	schriftl. Doku.	bildl. Doku.			schriftl. + bildl. Doku.		
Anzahl Beurteilungen	Stufe III	schriftl. Doku.	bildl. Doku.			schriftl. + bildl. Doku.		
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9	Wiederholungsprüfung 6 Monate	Wiederholungsprüfung 3 Monate	Widerruf				
	16	19	2	0				
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

(Durchführung erfolgt aus zeitlichen Gründen in 2008) Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und...in Stufe III								
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2) Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9		erneute Wieder- holungsprüfung 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					

2.31 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Die „Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale (Zytologie-Vereinbarung)“ von 1992 regelte die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen. Zur Vereinheitlichung bereits bestehender regionaler Qualitätssicherungs-Aktivitäten sowie zur Anpassung an internationale Standards wurde die bestehende Zytologie-Vereinbarung überarbeitet und in wesentlichen Punkten weiterentwickelt. Die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)“ gilt seit dem 1. Oktober 2007. Die Neuregelungen umfasst erstmalig auch die Darstellung von Parametern der Ergebnisqualität. Siehe auch Kapitel 1.2.9.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix- Zytologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	14	
Anzahl beschiedene Anträge	2	
- davon Anzahl Genehmigungen	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	1	
- davon bestandene Prüfungen	1	
- davon nicht bestandene Prüfungen	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	

2.32 Genehmigungen auf Grundlage des EBM

Mit Inkrafttreten des EBM 2000plus 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 sind 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

3 Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung

3.1 Qualitätsmanagement

Mit Inkrafttreten der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)“ am 1. Januar 2006 wurden in § 3 und § 4 der Richtlinie klare Elemente und Instrumente für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement aufgelistet. Alle an der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden können dort detailliert nachlesen, welche Anforderungen der Gesetzgeber konkret an sie stellt und welche Übergangsfristen er einräumt. Bis Ende 2010 muss jeder an der vertragsärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Versorgung Teilnehmende ein richtlinienkonformes Qualitätsmanagement-System eingeführt haben. Dabei diene der Zeitraum bis Ende 2007 der Planung, die Jahre 2008 und 2009 sind für die konkret Umsetzung vorgesehen. An welchem Qualitätsmanagement-Verfahren oder System sie sich orientiert, kann jede Praxis selbst entscheiden, eine Zertifizierung ist nicht vorgeschrieben.

In der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wurde von Seiten des Vorstandes von Anfang an darauf orientiert, dass speziell ausgebildete Ärzte die Qualitätsmanagement-Schulung ausführen und dabei die Selbstverwaltung unterstützen. In der Folge konnten fünf Ärzte gewonnen werden, die sowohl mit dem QEP-Programm der KBV als auch mit anderen zertifizierten Qualitätsmanagement-Programmen geschult wurden und seit 2007 in enger Kooperation und mit logistischer Unterstützung der KV im Lande vorhalten. Parallel zu dieser Initiative finden in spezifischen fachärztlichen Bereichen auch entsprechende Veranstaltungen mit frei am Markt tätigen Anbietern in Kooperation mit den entsprechenden Berufsverbänden statt. Die in der durch die Kassenärztliche Vereinigung nach § 7 der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ einzusetzenden Arbeit der Qualitätsmanagement-Kommission wurde im 2. Quartal 2007 aufgenommen. Durch den Vorstand wurden vier Ärzte und ein Psychotherapeut berufen. Seit dem fordert die KV MV nach § 8 dieser Richtlinie jährlich 2,5% zufällig ausgewählte Ärzte/Psychotherapeuten zu einer schriftlichen Darlegung des erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der Praxis auf. Im Jahr 2007 haben 58 Ärzte/Psychotherapeuten einen Fragebogen zum Einführungsstand von Qualitätsmanagement erhalten. Die Quote der Rückmeldungen lag bei 81 %.

3.2 Qualitätszirkel

Qualitätszirkel (QZ) sind seit mehr als zehn Jahren fester Bestandteil ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung. Auf freiwilliger Basis und zu selbst gewählten Themen tauschen sich Ärzte und Psychotherapeuten über ihre Tätigkeit aus und entwickeln Strategien zur Weiterentwicklung der Qualität des eigenen Handelns. Geschulte Moderatoren leiten den interkollegialen Erfahrungsaustausch, sie sind Garanten einer kontinuierlichen und erfolgreichen Zirkelarbeit. Grundlage für die Qualitätszirkel-Arbeit sind die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien) aus dem Jahr 1994. Die KVén unterstützen die Qualitätszirkelarbeit auf der Basis regionaler Grundsätze und Richtlinien. Qualitätszirkel werden in der Regel dann von den KVén anerkannt und gefördert, wenn ein fester Kreis von fünf bis 20 Teilnehmern regelmäßig, das heißt mindestens viermal jährlich, unter der Leitung eines ausgebildeten Moderators zusammenkommt und die Qualitätszirkelarbeit dokumentiert wird. Unter Anwendung dieser Kriterien kann für das Jahr 2007 die folgende Bilanz der Qualitätszirkel-Arbeit gezogen werden:

- > mehr als 188 anerkannte und geförderte Qualitätszirkel
- > etwa 1000 Qualitätszirkel-Teilnehmer (ohne externe Teilnehmer, das sind etwa 50 % Prozent aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten)
- > durchschnittlich 5 - 20 Teilnehmer je Zirkel
- > 236 qualifizierte Qualitätszirkel-Moderatoren (allein 2007 wurden 25 Moderatoren in der KV MV neu ausgebildet)
- > 1 durchgeführte Fortbildungsveranstaltungen für Qualitätszirkel-Moderatoren pro Jahr, organisiert von der KVMV, darunter zu den Themen Patientenfallkonferenz, evidenzbasierte Medizin, „QEP® im QZ“ (QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®: von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen entwickeltes Qualitätsmanagementsystem für Vertragsärzte und -psychotherapeuten), Pharmakotherapie, Fehlermanagement/Patientensicherheit, Methodenkompetenz, ausgewählte Krankheitsbilder
- > keine aktive Qualitätszirkel-Tutoren, in 2007 wurden keine Tutoren neu durch die KBV ausgebildet

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannten Qualitätszirkel beschäftigen sich mit fachbezogenen Themen aus fach- und hausärztlichen Gebieten sowie nahezu der Hälfte aller Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, mit psychotherapeutischen Fragestellungen und – in der Regel fachübergreifend – mit zahlreichen weiteren krankheitsbezogenen Themen sowie mit Qualitätsmanagement und IT-Themen.

3.3 Fortbildung

Eine kontinuierliche, berufsbegleitende Fortbildung zur Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz und Aktualisierung des Wissens gehört zum Selbstverständnis jedes Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten. Die Verpflichtung zur Fortbildung ist in den Berufsordnungen festgeschrieben. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde diese bis dahin ausschließlich berufsrechtliche Anforderung auch in das Sozialrecht eingeführt. Seit 1. Juli 2004 besteht für jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten die Verpflichtung, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis über die absolvierte Fortbildung zu erbringen. Das geschieht durch ein Fortbildungszertifikat der Landesärzte- oder –psychotherapeutenkammer oder ein vergleichbares Zertifikat, das den Anforderungen der Musterregelungen der Bundesärztekammer beziehungsweise Bundespsychotherapeutenkammer entspricht. Das Nachweisverfahren hat die KBV unter Zustimmung der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer in einer Fortbildungsregelung festgeschrieben.

Die Fortbildungsverpflichtung gilt als erfüllt, wenn innerhalb des im Gesetz vorgeschriebenen Fünfjahreszeitraums (erstmalig 1. Juli 2004 - 30. Juni 2009) insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden. Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortbildung durch eine Kammer oder auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung als Fortbildungsmaßnahme anerkannt ist. Näheres hierzu regelt die (Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die vom 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet worden ist. Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonto, die bei den Landeskammern geführt werden. In einigen Kammerbereichen sind bereits Online-Abfragen zu den Punkteständen möglich.

Neben dieser allgemeinen Verpflichtung zu einer kontinuierlichen Fortbildung ist der Nachweis einer fachspezifischen Fortbildung häufig Bestandteil in Einzel- oder Sonderverträgen, die Kassenärztliche Vereinigungen mit Krankenkassen vereinbaren (so zum Beispiel zu Disease-Management-Programme, Verträge nach § 73 b SGB V und andere).

4 Versorgungskonzept Disease-Management-Programme/Rückmeldesystem

Ziel der Disease-Management-Programme (Strukturierte Behandlungsprogramme- DMP) ist die Koordination und Optimierung von Behandlungs- und Betreuungsprozessen chronisch Kranker über die Grenzen einzelner Versorgungssektoren hinaus auf der Grundlage medizinischer Evidenz. Folgeerkrankungen sollen vermieden und eine wirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden. Diese Versorgungskonzepte, die auf dem fünften Sozialgesetzbuch und der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung basieren, wurden 2002 erstmals eingeführt und müssen durch das Bundesversicherungsamt zugelassen werden. Bisher gibt es Disease-Management-Programme für folgende Krankheitsbilder:

- > Diabetes mellitus Typ 2
- > Diabetes mellitus Typ 1
- > Brustkrebs
- > Koronare Herzerkrankung (KHK)
- > Asthma bronchiale
- > Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

An die Inhalte der Programme sind besondere Anforderungen gestellt:

- > Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
- > Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- > Schulungen der Leistungserbringer und Versicherten
- > Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten

Die Dokumentationsverpflichtung, für jedes Programm differenziert nach Ersteinschreibung und Folgebehandlung, stellt für die Ärzte einen hohen organisatorischen Aufwand dar. Um den Aufwand für diese Dokumentationen, die für die Bewertung der Programme unerlässlich ist, hat die KBV im Jahr 2006 eine Initiative zum Bürokratieabbau gestartet. Der Dokumentationsumfang wurde deutlich reduziert und konsequent auf diejenigen Parameter begrenzt, die der Erfassung von Begleiterkrankungen, der Behandlungsplanung sowie der Qualitätssicherung und Auswertung der Programme dienen. Die Datensätze wurden indikationsübergreifend zusammengefasst und die

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Einschreibedokumentation erheblich vereinfacht. Zudem wird die Dokumentation ab Juli 2008 nur noch EDV-gestützt erfolgen.

Weiterhin stellt die KBV den gemeinsamen Einrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und regionalen Krankenkassenverbände ein modulares Rückmeldesystem zur Verfügung. Es erlaubt, sowohl arztbezogene Feedback-Berichte zu erzeugen als auch regionale Gesamtergebnisse und Ergebnisse ausgewählter Arztgruppen zum Beispiel der in Qualitätszirkeln Aktiven darzustellen. Diese Module werden ständig überarbeitet und den jeweiligen Änderungen angepasst.

Diabetes mellitus Typ 2

Vertrag der KV mit	AOK Seekrankenkasse BKK LV Nord, IKK LV Nord, BARMER EK, VdAK/AEV, LKK MOD
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007	997
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	997
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	46
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	948
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007	94.918

Brustkrebs

Vertrag der KV mit	AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV LKK-MOD, KVMV, Krankenhausgesellschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007	171
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	151
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007	3699

Koronare Herzerkrankung

Vertrag der KV mit	AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV LKK,
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007	960
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	30
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	885
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007	49623

Diabetes mellitus Typ 1

Vertrag der KV mit	AOK Seekrankenkasse BKK LN Nord, IKK LV Nord, VdAK/AEV LKK MOD
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007	50
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	47
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	3
- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	46
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007	2.527

Asthma bronchiale/Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Übersicht bezieht sich nur auf Asthma bronchiale

Vertrag der KV mit	AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV (LKK MOD,)
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007	529
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	527
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	23
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	366
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007	10.643

Übersicht bezieht sich nur auf COPD

Vertrag der KV mit	AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV (LKK MOD,)
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007	486
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	485
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	19
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	343
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007	8.673

5 Sonstiges

5.1 Arztstruktur (Stand: 31. Dezember 2007)

	Vertragsärzte	Ermächtigungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	920	2	922
Anästhesisten	36	7	43
Augenärzte	105	10	115
Chirurgen	90	24	114
Davon Gefäßchirurgen	2	10	12
Davon Kinderchirurgen	1	1	2
Davon Plastische Chirurgen			0
Davon Thoraxchirurgen		2	2
Davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen		1	1
Davon Unfallchirurgen	16	5	21
Davon Visceralchirurgen		4	4
Dermatologen	66	4	70
Gynäkologen	185	22	207
HNO-Ärzte	83	10	93
Davon Phoniater und Pädaudiologen	5	3	8
Internisten	341	51	392
Davon Angiologen	2	2	4
Davon Endokrinologen	2	5	7
Davon Gastroenterologen	13	6	19
Davon Hämatologen			0
Davon Hämatologen und Internistische Onkologen	7	6	13
Davon Kardiologen	23	8	31
Davon Nephrologen	34	1	35
Davon Pneumologen	14	3	17
Davon Rheumatologen	3	3	6
Kinderärzte	127	42	169
Davon Kinderkardiologen	2	2	4
Davon Neonatologen	1	5	6
Kinderchirurgen	14	2	16
Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten	14	1	15

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Kinder- und Jugendpsychiater	7	2	9
Laborärzte	11	8	19
Lungenärzte	3		3
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgen	10	5	15
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	79	17	96
Neurochirurgen	9	5	14
Nuklearmediziner	14	2	16
Orthopäden	87	4	91
Davon Rheumatologen	5	1	6
Pathologen	12	6	18
Psychotherapeuten - ärztlich	31	1	32
Psychotherapeuten - psychologisch	100	2	102
Radiologen / Diagnostische Radiologie	42	30	72
Urologen	54	5	59
Übrige Arztgruppen	9	7	16
Summe	2449	269	2718

5.2 Weiterbildungen (Stand: 31. Dezember 2007)

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

Bezeichnung		Art der Weiterbildung	Vertragsärzte	Ermächti- gungen
Anästhesiologie		Gebiet	64	7
Anatomie*)		Gebiet		
Arbeitsmedizin		Gebiet	8	
Augenheilkunde		Gebiet	105	10
Biochemie*)		Gebiet		2
Chirurgie		Gebiet	130	27
	Allgemeine Chirurgie	Facharztkompetenz	130	27
	Gefäßchirurgie	Facharztkompetenz	2	10
	Herzchirurgie*)	Facharztkompetenz		1
	Kinderchirurgie	Facharztkompetenz	16	3
	Orthopädie und Unfallchirurgie	Facharztkompetenz	3	1
	Plastische und ästhetische Chirurgie	Facharztkompetenz	2	
	Thoraxchirurgie	Facharztkompetenz		2
	Visceralchirurgie	Facharztkompetenz		4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		Gebiet	186	22
	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Schwerpunktkompetenz		
	Gynäkologische Onkologie	Schwerpunktkompetenz	1	1
	Spezielle operative Gynäkologie	Schwerpunktkompetenz		
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		Gebiet	85	9
	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Facharztkompetenz	85	9
	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Facharztkompetenz		
Haut- und Geschlechtskrankheiten		Gebiet	67	5

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Humangenetik	Gebiet	1	1
Hygiene und Umweltmedizin	Gebiet	9	1
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	Gebiet	4	
	Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	4	
		Facharztkompetenz	
	Innere Medizin und Angiologie	Facharztkompetenz	
		Schwerpunktcompetenz	
	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Facharztkompetenz	
		Schwerpunktcompetenz	
	Innere Medizin und Gastroenterologie	Facharztkompetenz	
		Schwerpunktcompetenz	
	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Facharztkompetenz	1
		Schwerpunktcompetenz	
	Innere Medizin und Kardiologie	Facharztkompetenz	
		Schwerpunktcompetenz	
	Innere Medizin und Nephrologie	Facharztkompetenz	
		Schwerpunktcompetenz	
	Innere Medizin und Pneumologie	Facharztkompetenz	
		Schwerpunktcompetenz	
	Innere Medizin und Rheumatologie	Facharztkompetenz	1
		Schwerpunktcompetenz	
Kinder- und Jugendmedizin	Gebiet	170	42
	Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Schwerpunktcompetenz	
	Kinder-Kardiologie	Schwerpunktcompetenz	2
	Neonatologie	Schwerpunktcompetenz	2
	Neuropädiatrie	Schwerpunktcompetenz	5
			2
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Gebiet	5	2
Laboratoriumsmedizin	Gebiet	9	3
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Gebiet	4	1
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Gebiet	10	5
Neurochirurgie	Gebiet	9	5
Neurologie	Gebiet	10	13
Öffentliches Gesundheitswesen*)	Gebiet	1	
Pathologie	Gebiet	12	6

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

	Neuropathologie	Facharztkompetenz		
	Pathologie	Facharztkompetenz	12	6
Pharmakologie		Gebiet		1
	Klinische Pharmakologie	Schwerpunktcompetenz		
	Pharmakologie und Toxikologie	Schwerpunktcompetenz		
Physikalische und Rehabilitative Medizin		Gebiet	7	1
Physiologie		Gebiet	1	
Psychiatrie und Psychotherapie		Gebiet	5	1
	Forensische Psychiatrie	Schwerpunktcompetenz		
Radiologie		Gebiet	53	31
	Kinderradiologie	Schwerpunktcompetenz	1	1
	Neuroradiologie	Schwerpunktcompetenz	1	5
Rechtsmedizin*)		Gebiet		
Strahlentherapie		Gebiet		1
Transfusionsmedizin		Gebiet	3	4
Urologie		Gebiet	57	5
*) nicht für die Vertragsärztliche Versorgung zutreffend				
Zusatzweiterbildungen				
Ärztliches Qualitätsmanagement				1
Akupunktur			44	
Allergologie			116	13
Andrologie			1	
Betriebsmedizin			31	
Dermatohistologie				
Diabetologie			35	2
Flugmedizin				
Geriatric				
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie				
Hämostaseologie				1
Handchirurgie			3	
Homöopathie				
Infektiologie				
Intensivmedizin				
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie				
Kinder-Gastroenterologie				

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Kinder-Nephrologie			
Kinder-Orthopädie			
Kinder-Pneumologie			
Kinder-Rheumatologie			
Labordiagnostik-fachgebunden			1
Magnetresonanztomographie-fachgebunden			
Manuelle Medizin/Chirotherapie		312	8
Medikamentöse Tumortherapie		2	1
Medizinische Informatik			
Naturheilverfahren		63	1
Notfallmedizin		5	1
Orthopädische Rheumatologie			
Palliativmedizin		11	1
Phlebologie		6	1
Physikalische Therapie/ Balneologie		35	1
Plastische Operationen		9	9
Proktologie		1	
Psychoanalyse		7	
Psychotherapie-fachgebunden		65	2
Schlafmedizin		2	1
Sozialmedizin		1	
Spezielle Orthopädische Chirurgie			
Spezielle Schmerztherapie		16	4
Spezielle Unfallmedizin			
Sportmedizin		27	2
Suchtmedizinische Grundversorgung		1	1
Tropenmedizin		1	1
Umweltmedizin		18	2

5.3 Ansprechpartner in der Geschäftsstelle 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 - Apheresen, ESWL
Ilona Holzmann (0385/7431-244)	- Qualitätszirkel
Martina Lanwehr (0385/7431-375)	- Radiologie - Nuklearmedizin - Kurative Mammographie - Qualitätsmanagement
Doreen Ludwig (0385/7431-384)	- Onkologie - Schmerztherapie - Akupunktur
Kirsten Martensen (0385/7431-243)	- Manuelle Therapie, Physikalisch- medizinische Leistungen, - Humangenetik, Künstliche Befruchtung, - kardiorespiratorische 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 Augenhintergrund - Phototherapeutische Keratektomie
Anke Voglau (0385/7431-377)	- Psychotherapie/Psychosomatik - Soziotherapie - Sozialpsychiatrie

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Telefon: (0385) 7431-0
Telefax: (0385) 7431-346
E-Mail: qual-sicherung@kvmv.de
Internet: www.kvmv.de

Auflage:

1. Auflage, Dezember 2008

Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Qualitätssicherung
Frau Martensen