



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



Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung

Qualitätsbericht 2008

Inhaltsverzeichnis

1 Qualitätsförderung- aktuell.....	7
1.1 Ultraschall-Vereinbarung	7
1.2 Labor.....	8
1.3 Prävention/Hautkrebs-Screening	9
1.4 Fortbildungsverpflichtung.....	10
1.5 Praxisinternes Qualitätsmanagement.....	11
1.6 Ziele und besondere Projekte der KV	12
2 Genehmigungsbereiche von A – Z	15
2.1 Akupunktur	15
2.2 Ambulante Operationen.....	17
2.3 Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	18
2.4 Arthroskopie	19
2.5 Blutreinigungsverfahren / Dialyse	21
2.6 Erweitertes Neugeborenen-Screening	23
2.7 Hautkrebsscreening.....	23
2.8 Herzschrittmacher-Kontrolle.....	24
2.9 Interventionelle Radiologie.....	25
2.10 Invasive Kardiologie.....	27
2.11 Koloskopie	29
2.12 Laboratoriumsuntersuchungen.....	32
2.13 Langzeit-EKG-Untersuchungen	33
2.14 Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)	35
2.15 Magnetresonanztomographie.....	38
2.16 Mammographie (kurativ).....	40
2.17 Mammographie-Screening.....	42
2.18 Medizinische Rehabilitation	44
2.19 Onkologie	46
2.20 Otoakustische Emissionen	47
2.21 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund.....	48
2.22 Psychotherapie	49
2.23 Schlafbezogene Atmungsstörungen.....	51
2.24 Schmerztherapie.....	54
2.25 Sozialpsychiatrie.....	56
2.26 Soziotherapie	57
2.27 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	58
2.28 Strahlendiagnostik/-therapie	59

2.28.1	Diagnostische Radiologie.....	60
2.28.2	Computertomographie.....	62
2.28.3	Osteodensitometrie.....	64
2.28.4	Strahlentherapie	64
2.28.5	Nuklearmedizin.....	65
2.29	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger.....	67
2.30	Ultraschalldiagnostik.....	69
2.31	Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte.....	72
2.32	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri.....	74
3	Versorgungskonzept Disease-Management- Programme/Rückmeldesystem.....	76
4	Sonstiges	80
4.1	Arztstruktur (Stand 31.12.2008).....	80
4.2	Weiterbildungen (Stand: 31.12.2008).....	81
4.3	Kommissionen.....	85
4.4	Ansprechpartner des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung.....	86

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Sicherstellung und Dokumentation der Qualität medizinischer Leistungen hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren zahlreiche Instrumente der Qualitätssicherung in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt. Diese betreffen auch den ambulanten Sektor (DMP, einrichtungsinternes Qualitäts-Management, etc.), also unser gemeinsames Tun. Nun legen wir Ihnen hiermit bereits den 5. Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern vor, dies heißt auch, dass wir in der Vergangenheit viel getan haben. Wir sollten uns mit dem bereits Erreichten aber nicht zufrieden geben. Ist ein Versicherter krank, erwartet er vor allem eins: Er will qualitativ hochwertig versorgt werden, um schnell wieder gesund zu sein. Dazu tragen wir als niedergelassene Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern viel bei.

Sicher haben wir in Mecklenburg-Vorpommern dabei mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen: Als Flächenland mit abnehmender Bevölkerung, die dazu auch noch durch eine dreifache Veralterung (die Menschen werden allgemein immer älter, in ganz Deutschland werden weniger Kinder geboren, besonders MV verliert durch den Wegzug vorrangig junger Menschen immer mehr Bevölkerung) geprägt ist, stehen wir vor besonderen Aufgaben, die auch mit Kreativität und hohen Qualitätsanforderungen gelöst werden müssen.

Unser Qualitätsbericht für das Jahr 2008 soll einen Überblick über die umfangreichen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern geben. Auch für dieses Berichtsjahr 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. So umfassend, wie im ambulanten Bereich wird in keiner anderen Berufsgruppe Qualitätssicherung betrieben. Keine andere Berufsgruppe muss ihre Qualifikation so häufig unter Beweis stellen, wie die ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Von den ambulanten Leistungserbringern im Gesundheitssystem verlangt der Gesetzgeber mehr als von den Krankenhäusern. Niedergelassene Ärzte dürfen in ihrer Kassenpraxis gesetzlich krankenversicherte Patienten nur dann ambulant behandeln, wenn sie ihre Facharztprüfung absolviert haben. Darüber hinaus müssen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten für die meisten diagnostischen und therapeutischen Leistungen über zusätzliche Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, die über die rein fachliche Ausbildung zum Arzt oder Psychotherapeuten hinausgehen. Über die Hälfte aller Leistungen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung ist qualitätsgesichert. Dies bedeutet, bevor der Arzt bzw. Psychotherapeut diese Leistungen anbieten und durchführen darf, muss er genau definierte Anforderungen erfüllen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung vorab und wiederkehrend überprüft werden. Die Qualitätssicherung und -kontrolle der Vertragsärzte setzt also schon ein, bevor Sie auch nur eine einzige Behandlung oder Untersuchung eines einzigen Kassenpatienten abrechnen dürfen. Und auch nach Erteilung einer Genehmigung durch die KV erfolgt bei vielen Leistungen eine kontinuierliche Qualitätssicherung. Sie ist eine der Hauptaufgaben der KVMV.

Ein dauerhaft hohes Qualitätsniveau erfordert aber auch kontinuierliche Investitionen in der Praxis. Dazu zählen Investitionen in Aus- und Weiterbildung genauso wie Investitionen in die Praxisausstattung. Nur durch das große Engagement der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten konnte das hohe Niveau in der ambulanten Medizin gehalten und gesteigert werden. Umso wichtiger ist es, dass Sie darauf vertrauen können, dass Qualität auch honoriert wird. Hierfür hat sich der Vorstand der KVMV nachdrücklich eingesetzt.

Wenn Qualitätssicherung vereinfacht gesagt bedeutet: „Das Richtige zur richtigen Zeit richtig tun“, dann muss es verbindliche Standards für Diagnose und Therapieverfahren und –abläufe geben. Nur so kann gemessen werden, was das Richtige ist und ob das Richtige getan wurde. Diese Vorgabe von Standards für diagnostische und therapeutische Verfahren in der Medizin legen Richtlinien und Vereinbarungen fest, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder zunehmend vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet werden. Sie basieren zum großen Teil auf Vorgaben aus der medizinischen Wissenschaft und Forschung. In diesem Zusammenhang finden in den letzten Jahren insbesondere Leitlinien, die aus evidenzbasierten Studien abgeleitet werden, immer weitere Verbreitung und Anwendung in der Medizin. Es gibt aber auch bereits Diskussionen über die Erfassung und Auswertung sogenannter Qualitätsindikatoren in der ambulanten Praxis. Um die Qualität der ambulanten Versorgung messbar zu machen, hat die KBV das Projekt „AQUIK[®] – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ auf den Weg gebracht. Für die Nutzung der Indikatoren in der vertragsärztlichen Versorgung stehen aktuell folgende Anwendungsgebiete im Zentrum der Überlegungen:

- Abbildung von Versorgungsqualität (Qualitätsberichte, Qualitätszirkel)
- Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- Qualitätszuschläge im EBM
- Einbindung in ergänzende Verträge/Vertragsformen.

Abhängig vom Anwendungsgebiet kann der Einsatz verbindlich oder freiwillig gestaltet werden. Für alle Anwendungen sind noch EDV-Lösungen zu schaffen.

Die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich wird uns also auch kurz und längerfristig vor neue Herausforderungen stellen.

Wir hoffen, Sie lesen unseren Qualitätsbericht mit Interesse. Für Anregungen und Kommentare sind wir jeder Zeit offen. Bitte scheuen Sie sich nicht, sich mit Fragen an uns zu wenden. Ihre Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern steht Ihnen gern zur Verfügung.



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



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

1 Qualitätsförderung- aktuell

1.1 Ultraschall-Vereinbarung

Zum 1. April 2009 wird eine Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung die bisherigen Vorgaben ersetzen. Für jeden Anwendungsbereich, definiert durch zu untersuchendes Organ beziehungsweise Körperregion, technischem Verfahren (zum Beispiel B-Modus) und Altersgruppe der Patienten (zum Beispiel Kinder), werden spezielle Anforderungen an die fachliche Qualifikation und Erfahrung des Arztes sowie an die apparative Ausstattung formuliert. Erstmals vorgesehen sind insbesondere eine Abnahmeprüfung bei Inbetriebnahme eines Ultraschallgeräts sowie regelmäßige Konstanzprüfungen. Dazu fordert die KV von jedem sonographierenden Arzt in vierjährigem Abstand aktuelle Bilddokumentationen an, die der Qualitätssicherungskommission zur Begutachtung vorgelegt werden. Die Anforderungen an die technische Bildqualität gelten als erfüllt, wenn vorgegebene charakteristische Bildmerkmale des betreffenden Organs beziehungsweise der Körperregion erkennbar und differenzierbar sind. Die Erfüllung der apparativen Anforderungen ist bis spätestens vier Jahre nach Inkrafttreten der Vereinbarung nachzuweisen. Dabei wird den KV empfohlen, den Nachweis zunächst für die Ultraschallsysteme der ältesten Baujahre anzufordern. Ebenfalls neu sind Basisanforderungen an die ärztliche Dokumentation. Aus dieser müssen zukünftig neben technisch relevanten Parametern wie Sendefrequenz oder Messwerten die Patienten- und Untersucheridentität, die Fragestellung beziehungsweise Indikation der Untersuchung, Angaben zu einer gegebenenfalls eingeschränkten Beurteilbarkeit, bei pathologischen Befunden eine organspezifische Befundbeschreibung, die (Verdachts-) Diagnose, sowie abgeleitete diagnostische oder therapeutische Konsequenzen hervorgehen.



Die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation wird stichprobenartig durch die KV überprüft, sofern diese nicht bereits Stichprobenprüfungen zur Qualitätsbeurteilung in der Sonographie auf der Basis regionaler Bestimmungen nach § 136 Abs. 2 SGB V vorsieht. Im neuen Vereinbarungstext wird der Paragraphenteil ergänzt durch fünf Anlagen:

- Anlage I – Anforderungen an die fachliche Befähigung
- Anlage II – Ultraschallkurssystem
- Anlage III – apparative Mindestanforderungen
- Anlage IV – Erläuterungen medizinisch-technische Begriffe
- Anlage V – Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte.

Die Anlage V wurde aus der bisherigen Ultraschall-Vereinbarung inhaltlich unverändert übernommen und soll zu einem späteren Zeitpunkt aktualisiert werden, wenn die Ergebnisse der bisher durchgeführten Überprüfungen vorliegen und evaluiert wurden. Bei der Gliederung der Anlagen wurden bewusst Redundanzen in Kauf genommen, damit der Arzt, der eine Genehmigung für einen Anwendungsbereich beantragen möchte, jeweils nur eine Tabelle beziehungsweise einen Tabellenteil zu beachten hat und nicht den Gesamttext lesen muss. Anlage IV richtet sich an den Hersteller von Ultraschallsystemen, wenn der Nachweis der Erfüllung der apparativen Ausstattung durch eine Gewährleistung geführt wird.

1.2 Labor

Am 1. Oktober 2008 traten erste Teile der Laborreform in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt haben die in Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 des BMV-Ä/EKV bzw. § 25 Abs. 3 BMV-Ä zusammengeschlossenen Vertragsärzte ihre dort durchgeführten Laborleistungen direkt mit der am Sitz der Laborgemeinschaft zuständigen KV unter Angabe der Betriebsstättennummer der anfordernden Praxis, der Betriebsstättennummer der Laborgemeinschaft und der Arztnummer des anfordernden Arztes abzurechnen. Dies wirkt sich auch auf die Überprüfung vorgeschriebener Labor-Ringversuche aus, da ab 1. Oktober 2008 auch die Laborgemeinschaften Zertifikate für abgerechnete ringversuchspflichtige Laborleistungen bei der zuständigen KV vorlegen müssen.

Gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) sowie gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Gebiete Mikrobiologie und Immunhämatologie besteht neben der Verpflichtung zur Durchführung der internen Qualitätssicherung auch die Verpflichtung zur Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ringversuche). Für den Bereich der klinischen Chemie besteht die Verpflichtung zur Teilnahme an einem Ringversuch pro Quartal für jede der in den Tabellen B 1 a bis c der Rili-BÄK genannten Messgrößen, soweit das Labor

diese Untersuchungen bereit hält. Auf dem Gebiet der Immunhämatologie ist die Teilnahme an zwei Ringversuchen pro Jahr verpflichtend. Die Teilnahme hat bezüglich derjenigen immunhämatologischen Untersuchungen zu erfolgen, die im Labor durchgeführt werden. Dies sind in jedem Fall die in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) als Mindestumfang genannten Untersuchungen. Werden weitergehende Untersuchungen durchgeführt, ist auch hierfür die Teilnahme an einem Ringversuch obligatorisch, sofern ein solcher angeboten wird. Auch auf dem Gebiet der Mikrobiologie ist die Teilnahme an zwei Ringversuchen im Jahr Pflicht, und zwar bezogen auf den Umfang, in dem bakteriologische Untersuchungen durchgeführt und entsprechende Ringversuche angeboten werden.

Über die erfolgreiche Ringversuchsteilnahme erhält das Labor direkt vom Ringversuchsinstitut ein Zertifikat, dessen Gültigkeitsdauer im Bereich der klinischen Chemie sechs Monate und in den Bereichen der Immunhämatologie und Mikrobiologie 12 Monate ab Ausstellungsdatum beträgt. Eine Kopie des Zertifikats/der Zertifikate ist bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen, da nur dann die für die Abrechnung ringversuchspflichtiger Leistungen erforderlichen Voraussetzungen nachgewiesen sind.

1.3 Prävention/Hautkrebs-Screening

In die seit 1976 geltenden Krebsfrüherkennungsrichtlinien ist mit Wirkung zum 1. Juli 2008 die Untersuchung auf bösartige Veränderungen der Haut, das Hautkrebs-Screening, aufgenommen worden. Zeitgleich wurden entsprechende Gebührenordnungspositionen des EBM geschaffen. Die standardisierte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wird künftig von allen gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren im Zwei-Jahres-Rhythmus übernommen. Mit der Aufnahme dieser Untersuchung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Hautkrebs in einem frühen Stadium behandelt und dann auch häufig geheilt werden kann. Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs kann nach entsprechender Teilnahme an einer achttündigen zertifizierten Fortbildung von Dermatologen und hausärztlich tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin,

Internisten und Praktischen Ärzten vorgenommen werden, wenn eine Genehmigung durch die zuständige KV erteilt wurde. Eine Besonderheit des Hautkrebs-Screenings ist die von Anfang geltende Verpflichtung der onlinegestützten Dokumentation der Befundung. Ab dem 1. Januar 2009 ist dies für die am Hautkrebs-Screening teilnehmenden Ärzte Abrechnungsvoraussetzung. Die Dokumentation erfolgt über die Praxisverwaltungssoftware der Arztpraxis mittels zertifizierter Software. Die elektronischen Dokumentationen werden am Ende des Quartals als Datensätze bei der jeweiligen KV eingereicht. Sie werden zum Zweck der Evaluation von den KVen gesammelt und der für die Evaluation bestimmten Stelle zur Verfügung gestellt. Eine weitere Besonderheit wird die Qualitätssicherung der histopathologischen Befundung sein, die im Laufe des Jahres 2009 in Kraft treten wird.

1.4 Fortbildungsverpflichtung

Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) begründet seit 1. Juli 2004 im § 95d SGB V die Fortbildungsverpflichtung der Ärzteschaft und deren Nachweis gegenüber ihrer KV. Damit wurde die Notwendigkeit zur kontinuierlichen, berufsbegleitenden Fortbildung zur Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz und Aktualisierung des Wissens, welche in den Berufsordnungen schon längst festgeschrieben ist, in ihrer Bedeutung unterstrichen. Im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer (BÄK/BPTK) hat der Vorstand der KBV die „Regelung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“ beschlossen.

Seit 1. Juli 2004 müssen alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind, jeweils innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes den Nachweis über 250 erworbene Fortbildungspunkte erbringen. Dies gilt auch für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachwissenschaftler der Medizin. Die Fortbildungsverpflichtung ist erfüllt, wenn innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens 250 Fortbildungspunkte in anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erworben wurden. Diese Mindestanforderung gilt auch bei anteilig ärztlicher Tätigkeit. 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.

Der Nachweis der 250 Fortbildungspunkte erfolgt in der Regel über ein Zertifikat der Landesärztekammer beziehungsweise der Landespsychotherapeutenkammer oder ein vergleichbares Zertifikat, das den Anforderungen der Musterregelungen der BÄK beziehungsweise BPTK entspricht. Für angestellte Ärzte ist der Fortbildungsnachweis durch den anstellenden Vertragsarzt beziehungsweise das Medizinische Versorgungszentrum zu erbringen. Bei Fachwissenschaftlern, welche keiner Kammer angehören, erfolgt die Nachweisführung durch die KV. Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonten, die bei den Landeskammern geführt werden. In einigen Kammerbereichen sind bereits Online-Abfragen zu den Punkteständen möglich.

Die Folgen einer unzureichenden Fortbildung hat der Gesetzgeber in § 95d Abs. 3 SGB V streng definiert. Mit folgenden Konsequenzen muss gerechnet werden:

- Honorarkürzungen über vier Quartale um zehn Prozent, ab dem fünften Quartal um 25 Prozent
- Verpflichtung zum Nachholen der Fortbildungsver säumnisse innerhalb von zwei Jahren
- Verfahren zum Zulassungsentzug, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

War eine längere Erkrankung oder Unterbrechung der Tätigkeit, z. B. wegen Elternzeit, ursächlich für das Nichterreichen der notwendigen Fortbildungspunkte ist eine Einzelfallprüfung notwendig. Auf Antrag kann eine Verlängerung des Fünfjahreszeitraumes um die Fehlzeiten erfolgen. Dieser Antrag muss bis zum Ablauf des Fünfjahreszeitraumes gestellt werden.

1.5 Praxisinternes Qualitätsmanagement

Im Jahr 2004 sind mit dem GKV-Modernisierungsgesetz alle Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten verpflichtet worden, ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) in ihren Praxen einzuführen. Die Details wurden bundeseinheitlich in der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ zum 1. Januar 2006 festgelegt. Dieser Richtlinie liegt ein Phasenmodell zugrunde, das folgende Zeiträume vorsieht:

- Phase I: Planung (max. 2 Jahre, bis 31.12.2007)
 - Phase II: Umsetzung (max. 2 Jahre bis zum 31.12.2009)
 - Phase III: Überprüfung (max. 1 Jahr, bis zum 31.12.2010)
- Ab 1. Januar 2011 fortlaufende Weiterentwicklung.

Ein praxisinternes QM ist innerhalb von 4 Jahren nach der Aufnahme der Tätigkeit als Vertragsarzt beziehungsweise als Vertragspsychologe vollständig einzuführen (Phase I und II) und im Anschluss an die Selbstüberprüfung (Phase III) weiterzuentwickeln. Für Vertragsärzte und Vertragspsychologen, die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, begann diese Frist mit Inkrafttreten der Richtlinie. Welches QM-System sie wählen, steht den Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten frei. Die QM-Richtlinie legt jedoch die Grundelemente und Instrumente wie z. B. regelmäßige Teambesprechungen, Checklisten, Fragebögen und mehr fest.

Mit Ablauf des Jahres 2007 wurde die erste Phase der Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagement-Systems abgeschlossen.



Für Praxen gibt es eine Reihe von Qualitätsmanagement-Systemen. An den speziellen Bedürfnisse und Belange von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ausgerichtet ist „QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen“ das gemeinsam von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelte System.

Die KV MV unterstützte auch im Berichtsjahr 2008 ihre Mitglieder bei der Einführung von QM durch das Angebot von QM-Einführungsseminaren. In den QM-Einführungsseminaren wurden die Teilnehmer zu den Grundlagen des Qualitätsmanagements sowie im Umgang mit den Umsetzungsmaterialien (Qualitätsziel-Katalog, Manual und Praxishandbuch) geschult.

1.6 Ziele und besondere Projekte der KV

Als Flächenland mit abnehmender Bevölkerung, die dazu auch noch durch eine dreifache Veralterung (die Menschen werden allgemein immer älter, in ganz Deutschland werden weniger Kinder geboren, besonders MV verliert durch den Wegzug vorrangig junger Menschen immer mehr Bevölkerung) geprägt ist, steht die Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern vor besonderen Aufgaben, die mit Kreativität und hohen Qualitätsanforderungen zu lösen sind.

Durch demografische Veränderungen und damit verbundene Herausforderungen vor allem an geriatrische Versorgungsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern wurden von uns Projekte entwickelt und begonnen, 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 wir seit Jahren arbeiten, Chancen für die Lösung einiger der o.g. Probleme.

***Projekt „Praxisassistentin“**

Die klare Definition der Praxisassistentin 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 Praxisassistentin 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 weiteren Regionen wird damit angestrebt.

Eine Praxisassistentin für geriatrisch tätige Hausärzte soll angestrebt werden.

***Projekt „Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung“**

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - SGB XI) oder Hospizen zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten. Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt. (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie / SAPV-RL)

In Mecklenburg-Vorpommern werden Verträge zur SAPV gemäß §§ 37 b und 132 d als dreiseitige Verträge zwischen den Krankenkassen, den regionalen SAPV-Teams und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern auf der Grundlage einer für alle Verträge einheitlichen Rahmenvereinbarung geschlossen.

***Projekt „Ambulante geriatrische Komplexbehandlung“ (AGKB)**

Die ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB) nach §140 SGB V stellt offenbar aus Sicht ambulanter Leistungserbringer und der Kostenträger eine sinnvolle Ergänzung zur geriatrischen Reha gemäß § 40 SGB V dar. Die derzeit in Mecklenburg-Vorpommern betriebenen zwei Einrichtungen in Waren (ProMobil GbR) und Stralsund (Uhlenhaus GmbH, in Planung) setzen neben rehabilitativen Maßnahmen auch Elemente der Sekundär- und Tertiär-Prävention um.

Die in der Regel über 65 Jahre alten Menschen werden von ambulanten geriatrischen Versorgungsteams betreut. In dem Team arbeiten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte zusammen. Sie sind speziell für die geriatrische Rehabilitation qualifiziert. Der Teamarzt koordiniert die Behandlung sowie die Übungs- und Trainingsstunden für den Patienten. Darin werden entsprechend seinem individuellen Bedarf, die physischen und kognitiven Fähigkeiten stabilisiert und gestärkt. Bevor diese besonderen Therapieeinheiten beginnen, beraten alle Beteiligten auf Basis des vom Arzt erstellten geriatrischen Assessments über Behandlungsformen und -inhalte.

Mit der AOK MV werden derzeit weitere Standorte geprüft. Eine Evaluierung ist anzustreben.

***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. Im Juli 2009 bestehen bereits 26 unterschriebene Verträge. Eine weitere Erhöhung der Anzahl der Verträge wird angestrebt.

Eine Erhaltung des Vertrages mit der AOK über das Jahr 2010 hinaus ist anzustreben.

***Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung der Nord-KV'en**

Die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung der Nord-KVen“ zu Beginn des Jahres 2008 ist ein erfolgreiches Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung MV im Verbund mit der KV Schleswig-Holstein und der KV Hamburg. Unter dem Dach einer Arbeitsgemeinschaft werden Kompetenzzentren für verschiedene Leistungsbereiche eingerichtet, wobei jede der drei KV'en für bestimmte Indikationen zuständig ist. So sind bei der KV SH die Bereiche Kernspintomographie und Akupunktur angesiedelt. Die KVH übernimmt die Schmerztherapie, Dialyse und Photodynamische Therapie. Die KV MV ist für den Bereich der Koloskopie zuständig. Somit werden Dokumentationen, die für die Durchführung von Stichprobenprüfungen notwendig 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 KVen auch im Bereich der Fortbildung enger zusammenarbeiten. Dadurch könnte das Fortbildungsangebot deutlich erweitert werden.

***Projekt „Chronische Wunde“**

Mehr als vier Millionen Menschen in Deutschland, darunter prozentual überwiegend geriatrische Patienten, haben eine chronische Wunde, beispielsweise einen diabetischen Fuß oder einen Dekubitus. Um diese Wunden zum Abheilen zu bringen, muss man sowohl die Grunderkrankung als auch die Wunde selbst gezielt therapieren. Dies erfordert ein funktionierendes Zusammenspiel zwischen behandelndem Arzt, Pflegekraft oder Wundtherapeut, Patient und Produkteinsatz. Chronische Wunden sind nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein ökonomisches Problem.

Ziel der integrierten Versorgung von Versicherten zur Behandlung Chronischer Wunden ist es, qualitätsgesicherte Leistungen unter Ausschöpfung aller wirtschaftlichen Ressourcen in Form von fächerübergreifenden Behandlungspfaden zu erbringen. Zur integrierten Versorgung zählen in diesem Sinne die Arztleistungen zur Wundversorgung, das heißt die Erfassung und Behandlung der Grunderkrankung und die Versorgung der Wunde. Weiterhin gehört die pflegerische Leistung zur Versorgung der Wunde dazu und auch die Schulung und Beratung des Patienten mit dem Ziel wundheilungshemmende Verhaltensweisen zu erkennen und fördernde Maßnahmen einleiten und anwenden zu können.

2 Genehmigungsbereiche von A – Z

2.1 Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007



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. Teilhabeberechtigte 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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM bei wiederholt nicht bestandener Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG jährliche Prüfung von 5 % der Leistungserbringer; 12 abgerechnete Fälle und 18 abgerechnete Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans, sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung
✓	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt
✓	BERATUNG Beratung bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	105
Anzahl beschiedene Anträge	5
- davon Anzahl Genehmigungen	5
- 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 *	118
Anzahl Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit Beanstandung	0
Überprüfung der Dokumentation § 6	
Anzahl geprüfter Ärzte	erfolgt ab 2009
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 6 Abs. 6)	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Kolloquien (nach § 6 Abs. 6)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Bemerkungen	
* nach dem 30.06.2008 gemäß der Übergangsregelung waren die fachlichen Voraussetzungen nicht vollständig erfüllt, bzw. Ende der Zulassung	

2.2 Ambulante Operationen

Vereinbarung von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien,

Rechtsgrundlage: § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V,
 Ambulante Operationen sind nach Facharztstandard zu erbringen, in einigen Fällen bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung. Die Eingriffe gliedern sich nach Ausmaß und Gefährungsgrad

nach den Empfehlungen des RKI in – Operationen – kleine invasive Eingriffe – invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen – Endoskopien. Durch diese Einteilung ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung. Daher ist durch eine schriftliche Erklärung detailliert zu bestätigen, dass die baulichen, apparativ-technischen, personellen und hygienischen Voraussetzungen am Ort der Leistungserbringung gegeben sind.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG für Leistungsbereiche Koloskopie und invasive Kardiologie analog Vereinbarungen nach § 135 Abs 2 SGB V; weitere Regelungen möglich
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG durch Landeskommision ambulantes Operieren bei Qualitätsdefiziten nach Datenauswertung
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils 12 Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Benchmarkbericht über Landeskommision Qualitätssicherung ambulantes Operieren; Evaluation über Bundeskommision Qualitätssicherung ambulantes Operieren
	BERATUNG gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung durch Landeskommision Qualitätssicherung ambulantes Operieren

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung *), Stand 31.12.2008	460
Anzahl beschiedene Anträge	14
- davon Anzahl Genehmigungen	14
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	9
Anzahl Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit Beanstandung	0
Bemerkungen:	
*) einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115b	

2.3 Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 12.9.2008,

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren

(Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003



✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzten; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Indikationsstellung für jeden Einzelfall zu dokumentieren und zur Prüfung an beratende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE ergänzende ärztliche Beurteilung
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	50
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

2.4 Arthroskopie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils 12 Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	45
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
Anzahl Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit Beanstandung	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)		
Anzahl geprüfter Ärzte	8	
- davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	8	
- davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	0	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag		
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
- davon ohne Beanstandungen	2	0
- davon mit geringen Beanstandungen	1	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	1	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	4	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	6	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	2	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	
- davon ohne Mängel	0	
- davon mit Mängel	0	

2.5 Blutreinigungsverfahren / Dialyse

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten,

Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2005

Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung

Rechtsgrundlage: § 136 und § 136a SGB V (ab 1.7.2008 §§ 136 und 137 SGB V), Gültigkeit: seit

24.6.2006, zuletzt geändert 03.10.2007

Um die Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung zu verbessern, wurde 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 haben unter dem Dach einer Arbeitsgemeinschaft verschiedene Kompetenzzentren für einzelne Leistungsbereiche eingerichtet. Im Rahmen dieser gemeinschaftlichen Tätigkeit ist auch die Qualitätssicherung der Dialyse, mit entsprechendem Kompetenzzentrum bei der KV Hamburg angesiedelt.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✓	REZERTIFIZIERUNG quartalsweise Auswertung der Vollerhebung mit gegebenenfalls Veranlassung einer Stichprobenprüfung (ab 1.1.2009: bei Mängeln Auflagen, gegebenenfalls Genehmigungsentzug)
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Vierteljährliche Stichprobenprüfung bei auffälligen Werten, bei begründetem Verdacht und durch Zufallsauswahl
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Vollerhebung; elektronische Dokumentation extern durch Datenanalyst: vergleichende Quartalsberichte an Kassenärztliche Vereinigungen und jede Einrichtung; Jahresberichte an den Gemeinsamen Bundesausschuss
✓	BERATUNG Beratung bei Auffälligkeiten in der Stichprobenprüfung und auf Wunsch der Einrichtung

Genehmigungen	
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2008	25
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen, Stand 31.12.2008	48
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
Patienten	
Anzahl Patienten im Jahr 2007 im niedergelassenen Bereich	rund 2900 Patienten
Aus dem Inhalt des Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommission gem. § 7 Abs.3, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2008	
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen (§ 2 Abs. 1)	25
Anzahl der Kommissionssitzungen (§ 7 Abs. 4)	1
Anzahl und Ergebnisse der durchgeführten Stichprobenprüfungen (§ 8 Abs. 1):	überregionale Kommission mit der KV Hamburg und der KV Schleswig Holstein
Anzahl geprüfter Einrichtungen	überregionale Kommission mit der KV Hamburg und der KV Schleswig Holstein
- davon ohne Mängel	überregionale Kommission mit der KV Hamburg und der KV Schleswig Holstein
- davon mit Mängel	überregionale Kommission mit der KV Hamburg und der KV Schleswig Holstein
-- Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln (§ 10 Abs. 1 S. 1)	überregionale Kommission mit der KV Hamburg und der KV Schleswig Holstein
-- Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche (§ 10 Abs. 1 S. 2)	überregionale Kommission mit der KV Hamburg und der KV Schleswig Holstein
-- Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden (§ 10 Abs. 2 S. 2)	überregionale Kommission mit der KV Hamburg und der KV Schleswig Holstein
-- Anzahl der widerrufenen Genehmigungen (§ 10 Abs. 2 S. 2)	überregionale Kommission mit der KV Hamburg und der KV Schleswig Holstein

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 Ab-

klärungsdiagnostik 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 in einer Zulassung am MVZ der Universitätsklinik Greifswald.

2.7 Hautkrebsscreening

Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie),

Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 26.4.1976, zuletzt geändert am 1.7.2008

Genehmigungen, Stand 31.12.2008	
hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung	392
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	62
histologisch tätige Ärzte	ab 2009

2.8 Herzschrittmacher-Kontrolle

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen Funktionsanalyse Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: Neufassung 1.4.2006

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis apparativer Ausstattung
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils 12 Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2008	43
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Anzahl Genehmigungen	3
- 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

2.9 Interventionelle Radiologie

Vereinbarung von
Qualitätssicherungsmaßnahmen zur
interventionellen Radiologie zur
(Qualitätssicherungsvereinbarung zur
interventionellen Radiologie),
 Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit:
 seit 1.7.2006

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

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen für Durchführung und Nachbetreuung; organisatorische Vorgaben für Durchführung und Nachbetreuung
✓	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG innerhalb 12 Monaten 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen; bei Genehmigung zu therapeutischen Eingriffen davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterangiographien (gem. § 3 Abs. 1)		
Genehmigungen		
	1.1.2008	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	0	0
	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	0	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquium		
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Praxisbegehungen		
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl	sonstige Gründe
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen		

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
- 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	1.1.2008		31.12.2008			
	11		12			
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	neu		erneut (§ 7 Abs. 7)			
	1		11			
- davon Anzahl Genehmigungen	0		11			
- davon Anzahl Ablehnungen	0		0			
Kolloquium						
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden						
Praxisbegehungen						
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden						
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl			sonstige Gründe		
	<100 diagn. + therap.	< 50 therap.				
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen						
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
- 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	>69
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben						

2.10 Invasive Kardiologie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.10.1999

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei abweichender aber gleichwertiger Befähigung und ggf. bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	FREQUENZREGELUNG innerhalb 12 Monaten 150 Linksherzkatheterisierungen, bei Genehmigung zu therapeutischen Katheterisierungen davon mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)		
Genehmigungen		
	01.01.2008	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3	3
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)
	0	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
- davon ohne Beanstandungen	0	
- davon mit Beanstandungen	0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl	sonstige Gründe
	0	0
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0	

Frequenzregelung						
	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	2	0	0		1	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						
	01.01.2008		31.12.2008			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3		3			
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	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	0					
- davon nicht bestanden	0					
Anzahl Praxisbegehungen	0					
- davon ohne Beanstandungen	0					
- davon mit Beanstandungen	0					
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl			sonstige Gründe		
	gesamt	ges. + therap.	therap.			
	0	0	0	0		
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0					
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0					
Frequenzregelung						
	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	2					1
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben	2					
	<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	2					1
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben	2					

2.11 Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.10.2002,
zuletzt geändert: 1.10.2006

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).

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
✓	FREQUENZREGELUNG innerhalb 12 Monaten 200 totale Koloskopien, 10 Polypektomien, jeweils ohne Mängel; gilt nicht für Kinderärzte und -chirurgen
	REZERTIFIZIERUNG
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG Hygieneprüfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Begehung durch die Kommission gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG von allen Ärzten Dokumentationen von 20 abgerechneten totalen Koloskopien und, außer bei Kinderärzten und Kinderchirurgen, zu 5 Polypektomien
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Auswertung der Ergebnisse der Hygieneprüfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten Polypektomien; Bericht an Vertragspartner
✓	BERATUNG Beratung bei Mängeln in der Hygieneprüfung, gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung

Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	01.01.2008		31.12.2008			
	4		3			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2008		31.12.2008			
	41		41			
Anzahl beschiedene Anträge in 2008 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu		erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)			
	0		0			
- davon Anzahl Genehmigungen						
- davon Anzahl Ablehnungen						
Anzahl beschiedene Anträge in 2008 (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						
- davon ausschließlich wg. Mängel / Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien	wg. Mängel gem. § 6 Abs. 3 c-e	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
- davon ausschließlich wg. Mängel / Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wg. Mängel gem. § 6 Abs. 4 b-c	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
- 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. Nichterreichen Mindestzahl				
	wg. Mängel gem. § 6 Abs. 4 b-c					
Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z. B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	1 (Verzicht auf ZL)					
Frequenzregelungen totale Koloskopien						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nm. 01741, 13421)	<125	125-174	175-199	200-224	225-274	>274
	0	0	0	1	3	41
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben						
Stichprobenprüfungen totale Koloskopien *)						
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 a-e	42					
- davon bestanden	37					
- davon nicht bestanden	5					
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f	(erfolgen im Jahr 2009)					
- 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 Nm. 01741 + 01742, 13421 + 13423,)	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	0	0	0	1	1	43
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben						
Stichprobenprüfungen Polypektomien *)						
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 4 a-c	42					
- davon bestanden	35					
- davon nicht bestanden	7					
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 4 d	0 (nach 12 Monaten = im Jahr 2009)					
- davon bestanden						
- davon nicht bestanden wg. Mängel nach b-c						
- davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl						
Bemerkungen						
*) Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können.						

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Einrichtungen	42		
Anzahl der Prüfungen	1. Prüfung (6 Monate) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüfung (3 Monate) (§ 7 Abs. 8a)**	3. Prüfung (6 Wochen) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)
		84	9
Gründe der Beanstandungen:			
Nachweis von Escherichia coli, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken	1	0	0
Nachweis von Pseudomonas aeruginosa, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern	8	0	0
Nachweis von weiteren hygiene relevanten Erregern wie Staphylococcus aureus	0	0	0
Keimbelastung von > 10 Kolonie bildende Einheiten pro Milliliter (KBE / ml) in der Probe der Durchspüllösung und / oder der Lösung des Optikspülsystems	6	0	0

2.12 Laboratoriumsuntersuchungen

Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie,

Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: Neufassung 9.5.1994

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung von obligatem Kolloquium möglich
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung (lt. Punkt 2.1-2.4 der Richtlinien)
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31.12.2008	192
Anzahl beschiedene Anträge	15
- davon Anzahl Genehmigungen	14
- davon Anzahl Ablehnungen	2
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 Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0

2.13 Langzeit-EKG-Untersuchungen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: Neufassung 1.4.1992

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils 12 Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31.12.2008	86
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2008	186
Anzahl beschiedene Anträge	23
- davon Anzahl Genehmigungen	23
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)		
Anzahl geprüfter Ärzte	12	
- davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	12	
- davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	0	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	0	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	0	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
- davon ohne Beanstandungen	8	0
- davon mit geringen Beanstandungen	3	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	1	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	1	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	
- davon ohne Mängel	0	
- davon mit Mängel	0	

2.14 Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage; § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie, Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

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 Magnetresonanztomographie (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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
✓	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanztomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl
	FREQUENZREGELUNG Magnetresonanztomographie der Mamma: innerhalb 12 Monaten 50 Fälle
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils 12 Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss; Magnetresonanztomographie der Mamma, praxisintern: histologische Verifikation von positiven Befunden
	BERATUNG

Allgemeine Kernspintomographie	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31.12.2008	39
Anzahl beschiedene Anträge	4
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- 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	3
Kernspintomographie der Mamma	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.2008	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 zur MRM (Anzahl jährliche Nachweise nach § 4a Abs. 2)	
- mind. 50 Untersuchungen	
- weniger als 50 Untersuchungen	
- - Kolloquium innerhalb 3 Monaten	
- - - davon bestanden	
- - - davon nicht bestanden	
Bemerkungen:	
*) Anzahl aller bearbeiteten Anträge, ggf. mehrere Anträge pro Arzt, z.B. wg. unterschiedlicher Betriebsstätten	
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	

**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

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)		
Anzahl geprüfter Ärzte	2	
- davon wg. § 4 Abs. 2 („ Routineprüfung “)	2	
- davon wg. § 4 Abs. 3 („ Mängelprüfung “)	0	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag		
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routine- prüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängel- prüfung“
- davon ohne Beanstandungen	2	0
- davon mit geringen Beanstandungen	0	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	
- davon ohne Mängel	0	
- davon mit Mängel	0	

2.15 Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie),
 Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007
Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie),
 Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
✓	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung und bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG 20 % der Ärzte; Dokumentation zu 12 abgerechneten MR-Angiographien und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche statistische Auswertung der Dokumentationsprüfung mit Rückmeldung an die Vertragspartner
	BERATUNG gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2008	29
Anzahl beschiedene Anträge	29
- davon Anzahl Genehmigungen	29
- 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)	
- davon ohne Beanstandungen	
- davon mit Beanstandungen	
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (nach § 7 Abs. 9)	
- davon ohne Beanstandungen	
- davon mit Beanstandungen	
Kolloquien (nach § 7 Abs. 9)	
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Bei wie vielen der geprüften Dokumentationen wurde eine Indikation gestellt, die nicht in Anlage 2 aufgeführt ist? (§ 7 Abs. 5)	

2.16 Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung)

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; Eingangsprüfung
✓	EINGANGSPRÜFUNG Beurteilung einer Fallsammlung (50 Patientinnen/Fälle)
	KOLLOQUIUM bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
✓	REZERTIFIZIERUNG alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten Dokumentation zu zehn abgerechneten Fällen, danach alle 24 Monate
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL Nach zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung und anschließend nicht erfolgreichem Kolloquium sind Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, um an einem zweiten Kolloquium teilnehmen zu können.
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Benchmarkbericht an den Arzt nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung mit Rückmeldung an die Vertragspartner
	BERATUNG gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	31
Anzahl beschiedener Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 14 Abs. 8)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0

Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Abschnitt C (Fallsammlung)		
Anzahl Prüfungen	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	1	0
- davon bestanden	1	0
- davon nicht bestanden	0	0

Selbstüberprüfung gemäß Abschnitt D		
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben **)	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	0	0
- davon erfolgreiche Teilnahme	0	0
- davon nicht erfolgreiche Teilnahme	0	0
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 11 Abs. 2e / § 11 Abs. 3b)	0	
Widerruf der Genehmigung (§ 11 Abs. 3c)	0	
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 11 Abs. 1)	0	

Überprüfung der Dokumentation nach Abschnitt E		
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	6	0
- davon erfüllt	5	0
- davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 12 Abs. 7a) *)	0	0
- davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 12 Abs. 7b) *)	1	0
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 12 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt E teilgenommen haben	0	
Widerruf der Genehmigung (§ 12 Abs. 7)	0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	0	

Bemerkungen
*) sollte ein Arzt auf Grund von Mängeln in Buchst. a) und b) nicht bestanden haben, diesen bitte ggf. doppelt zählen
**) ohne die Ärzte, die durch ihre Teilnahme am Screening von der Prüfung befreit sind

2.17 Mammographie-Screening



Weil es um Sie geht!

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

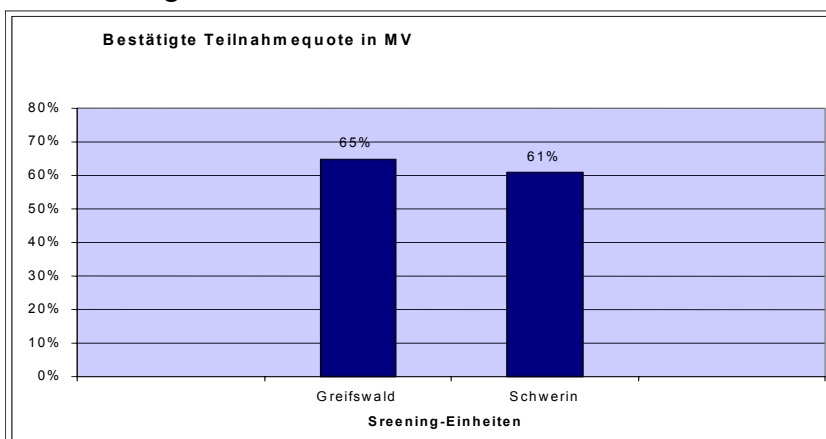
Ein Stück mehr Sicherheit, ein Stück mehr Lebensqualität!

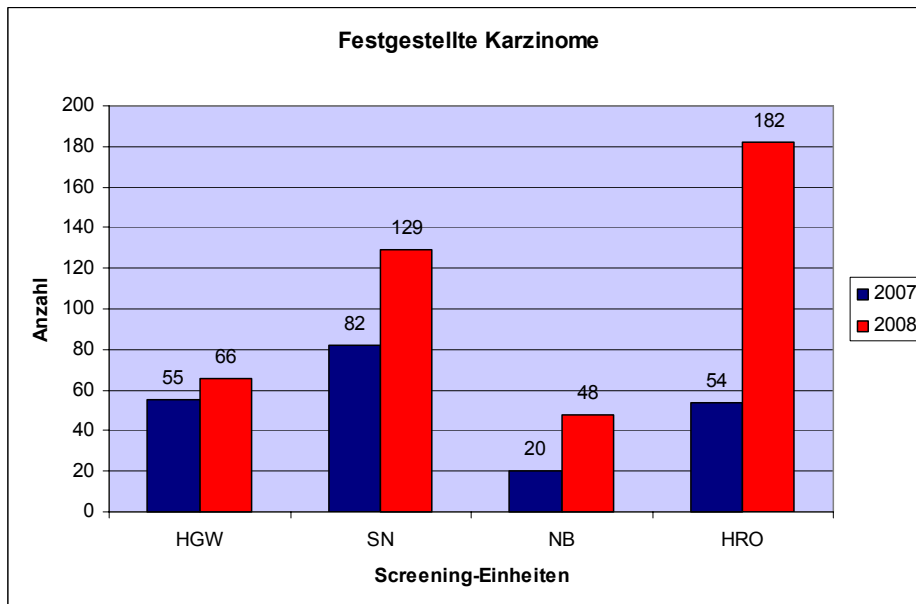
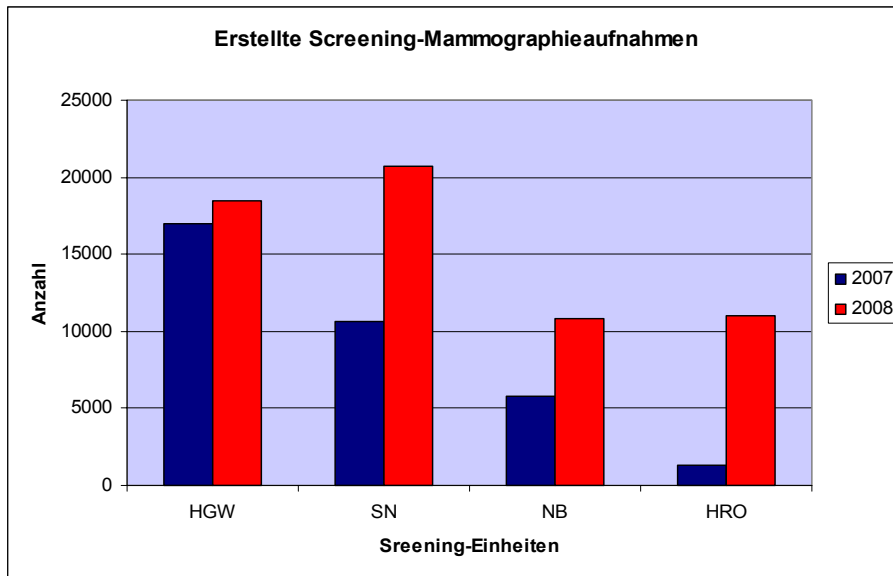
Europäischen Leitlinien in Deutschland einführen soll. Im Januar 2004 sind die entsprechenden detaillierten Regelungen (Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die neue Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge) zur Einführung des Screenings in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten.

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. Insgesamt wurden im Jahre 2008 in den 4 Screening-Einheiten 61.041 Screening-Mammographieaufnahmen erstellt. Dabei wurden insgesamt 425 maligne Karzinome festgestellt.

Alle Screening-Einheiten wurden im Jahre 2008 rezertifiziert. Die Teilnehmerquote lag in den Screening-Einheiten Greifswald und Schwerin mit 65 % bzw. 61 % deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Der Deutsche Bundestag hat im Juni 2002 einstimmig beschlossen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung ein flächendeckendes und qualitätsgesichertes Mammographie-Screening nach den





Genehmigungen, Stand 31.12.2008	
programmverantwortliche Ärzte, ermächtigte Krankenhausärzte	4
kooperierende Ärzte:	32
- Befunder von Mammographieaufnahmen	13
- histopathologische Beurteilung	7
- Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	4
- tätige Krankenhausärzte	8

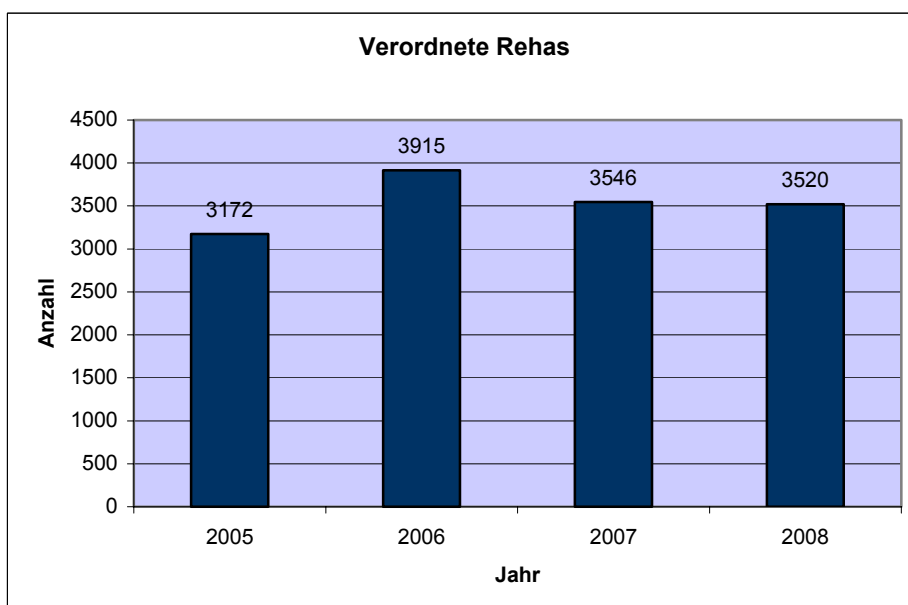
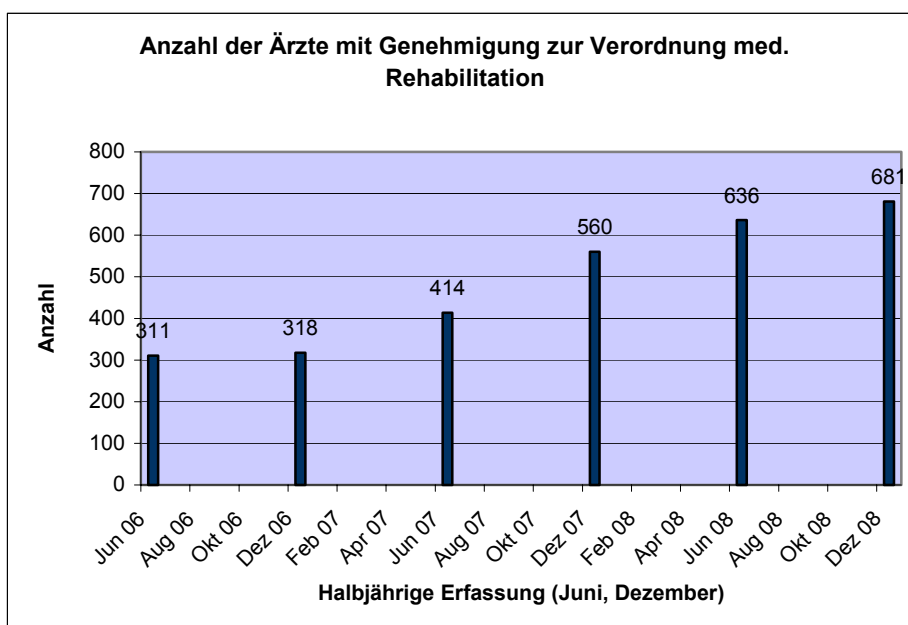
2.18 Medizinische Rehabilitation

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.3.2005

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.



	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des veranlassenden Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM ggf. bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	690
Anzahl beschiedene Anträge	125
- davon Anzahl Genehmigungen	125
- 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

2.19 Onkologie

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung,

Rechtsgrundlage: Anlage 7 EKV,
Gültigkeit: seit 1.7.1995

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.

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; Nachweis organisatorischer Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
✓	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL Regelmäßige patientenorientierte Fallbesprechungen (in der jeweils zu bildenden onkologischen Kooperationsgemeinschaft); mindestens sechsmal jährlich Qualitätszirkel; wenn zytostatische Chemotherapie erbracht wird: für das Personal jährlich mindestens zwei onkologische Fortbildungen
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
✓	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	50
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Bemerkungen	
Es erfolgt derzeit keine Qualitätsprüfung im Einzelfall.	

2.20 Otoakustische Emissionen

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V,
Gültigkeit: seit 24.11.1995

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	55
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Anzahl Genehmigungen	3
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

2.21 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

**Vereinbarung
Qualitätssicherungsmaßnahmen
photodynamischen Therapie
am Augenhintergrund
(Qualitätssicherungsvereinbarung
PDT),**
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert:
15.11.2007

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

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: je Arzt zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren; zweijähriges Prüfintervall
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Vertragspartner
	BERATUNG gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung

Genehmigungen			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2008 und Stand 31.12.2008	01.01.2008	31.12.2008	
	9	9	
Anzahl beschiedene Anträge in 2008	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 Widerruf 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)
	7	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

2.22 Psychotherapie

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)

Rechtsgrundlage § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert 1.1.2008

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

Rechtsgrundlage § 92 Abs. 6a SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: 11.12.1998,

zuletzt geändert 8.8.2008

Richtlinienverfahren

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

Psychosomatische Grundversorgung

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

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten
✓	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG obligates Gutachterverfahren für Langzeittherapien, für Kurzzeittherapien Befreiung möglich
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Auswertung der Gutachterverfahren; Bericht an Gutachter und Vertragspartner
	BERATUNG

Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	99
- davon Anzahl Genehmigungen	95
- davon Anzahl Ablehnungen	4

Richtlinienverfahren			
Genehmigungen, Stand 31.12.2008			
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31.12.2008	208		
- davon Ärzte	85		
im Einzelnen			
	für Erwachsene	für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
- Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	104	10	7
- davon Ärzte	69	6	4
- Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	100	32	2
- davon Ärzte	19	6	2
- Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	21	6	1
- davon Ärzte	9	1	0
Befreiung von der Gutachterpflicht			
Anzahl Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht	170		
- davon Ärzte	55		

Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren	
Genehmigungen, Stand 31.12.2008	
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	1700
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	192
- davon Ärzte	133
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	75
- davon Ärzte	34
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	95
- davon Ärzte	55

2.23 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener

Atmungsstörungen,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; bei Genehmigungen zur Polysomnographie zusätzliche Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen und der Nachweis organisatorischer Vorgaben
✓	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfung im Rahmen regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils 12 Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2008	43
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	40
- davon Genehmigungen Polysomnographie	4
Anzahl beschiedene Anträge nur Polygraphie	6
- davon Anzahl Genehmigungen	5
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl beschiedene Anträge zur Polysomnographie	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	0	
- davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	0	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag		
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
- davon ohne Beanstandungen	0	0
- davon mit geringen Beanstandungen	0	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	
- davon ohne Mängel	0	
- davon mit Mängel	0	

2.24 Schmerztherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes, Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; Nachweis organisatorischer Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung und gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind
✓	FREQUENZREGELUNG bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten pro Quartal
	REZERTIFIZIERUNG
✓	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung
✓	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL pro Jahr acht interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung; in schmerztherapeutische Einrichtungen jährlich 12 Schmerzkonferenzen, tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung
	BERATUNG BEI BEDARF AUF WUNSCH ODER WENN ERFORDERLICH

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	23
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Anzahl Genehmigungen	3
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren - § 4 Abs. 3 Nr. 4)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung *	1
Versorgung	
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Dokumentationsprüfung	
Anzahl Prüfungen nach § 7 Abs. 2	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Bemerkung: im Jahr 2008 fand die Dokumentationsprüfung im Einzelfall nicht statt	
* Zulassung beendet	

2.25 Sozialpsychiatrie

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 EKV,
Gültigkeit: seit 1.7.1994

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis organisatorischer Anforderungen
✓	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	5
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Bemerkungen	
Eine Genehmigung wurde zum <u>31.12.2008</u> beendet. Alle Genehmigungen sind LANR bezogen erteilt.	

2.26 Soziotherapie

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie),
 Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis organisatorischer Anforderungen
✓	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	28
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Bemerkungen	
Alle Genehmigungen sind LANR bezogen erteilt.	

2.27 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellentherapie bei Harnsteinen,
 Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V,
 Gültigkeit: seit 24.11.1995

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	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	0

2.28 Strahlendiagnostik/-therapie

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: Neufassung 1.4.1993, zuletzt
geändert: 1.1.2007

Richtlinien über Kriterien zur

Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik

(Röntgendiagnostik und Computertomographie),

Rechtsgrundlage: § 136 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt
geändert: 13.3.1997

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen
✓	EINGANGSPRÜFUNG obligates Kolloquium (Osteodensitometrie)
✓	KOLLOQUIUM obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei der Osteodensitometrie; zur allgemeinen Röntgendiagnostik, Computertomographie, Strahlentherapie oder Nuklearmedizin wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erbracht wurden; gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung (allgemeine Röntgendiagnostik und Computertomographie, aufgrund regionaler Regelungen bei Strahlentherapie und Nuklearmedizin)
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfung zur Röntgendiagnostik und Computertomographie (Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin aufgrund regionaler Vereinbarungen); Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSSIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss (zu Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin aufgrund regionaler Vereinbarungen)
	BERATUNG

2.28.1 Diagnostische Radiologie

Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)



Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur diagnostischen Radiologie , Stand 31.12.2008	405
Anzahl beschiedene Anträge	19
- davon Anzahl Genehmigungen	19
- 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

**Richtlinie des Gemeinsamen
Bundesausschusses über Kriterien zur
Qualitätsbeurteilung in der
radiologischen Diagnostik
(Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie
Radiologie)**

Rechtsgrundlage: § 136 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert:
13.3.1997

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)		
Anzahl geprüfter Ärzte – Diagnostische Radiologie	21	
- davon wg. § 4 Abs. 2 („ Routineprüfung “)	21	
- davon wg. § 4 Abs. 3 („ Mängelprüfung “)	0	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag		
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routine- prüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängel- prüfung“
- davon ohne Beanstandungen	0	0
- davon mit geringen Beanstandungen	15	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	5	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	21	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	
- davon ohne Mängel	0	
- davon mit Mängel	0	

2.28.2 Computertomographie

Anlage I – Klasse VIII

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Computertomographie , Stand 31.12.2008	61
Anzahl beschiedene Anträge	7
- davon Anzahl Genehmigungen	7
- 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

**Richtlinie des Gemeinsamen
Bundesausschusses über Kriterien zur
Qualitätsbeurteilung in der
Computertomographie
(Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie
Radiologie)**

Rechtsgrundlage: § 136 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert:
13.3.1997

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte – Computertomographie	0	
- davon wg. § 4 Abs. 2 („ Routineprüfung “)	0	
- davon wg. § 4 Abs. 3 („ Mängelprüfung “)	0	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	Keine Möglichkeit digitale Aufnahmen zu beurteilen	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
- davon ohne Beanstandungen		
- davon mit geringen Beanstandungen		
- davon mit erheblichen Beanstandungen		
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)		
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)		
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)		
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)		
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)		
- davon ohne Mängel		
- davon mit Mängel		

2.28.3 Osteodensitometrie

Anlage I – Klasse XI

Anlage III – Klasse VI

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Computertomographie , Stand 31.12.2008	43
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

2.28.4 Strahlentherapie

Anlage II

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Strahlentherapie , Stand 31.12.2008	7
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	

2.28.5 Nuklearmedizin

Anlage III, nach Klassen I-V



Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Nuklearmedizin , Stand 31.12.2008	21
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte – Nuklearmedizin		
- davon wg. § 4 Abs. 2 („ Routineprüfung “)		
- davon wg. § 4 Abs. 3 („ Mängelprüfung “)		
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	In MV werden keine Stichprobenprüfungen in der Nuklearmedizin durchgeführt	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
- davon ohne Beanstandungen		
- davon mit geringen Beanstandungen		
- davon mit erheblichen Beanstandungen		
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen		
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)		
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)		
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)		
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)		
- davon bestanden		
- davon nicht bestanden		
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)		
- davon ohne Mängel		
- davon mit Mängel		

2.29 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche
Versorgung, Anlage I Nr. 2:
Substitutionsgestützte Behandlung
Opiatabhängiger,**

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1
SGB V, Gültigkeit: seit
1.10.1991, zuletzt geändert:
1.1.2003



✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben
✓	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Anzeige inklusive Dokumentation aller Fälle zu Beginn der Behandlung an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen; pro Quartal Prüfung von mindestens 2 % der abgerechneten Fälle; alle Fälle nach 5 Jahren Behandlung
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
✓	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE Ergebnis der Überprüfungen als schriftlicher Bericht an den Arzt; alle 2 Jahre Bericht der Qualitätssicherungskommission über gesamten Zuständigkeitsbereich an Kassenärztliche Vereinigung und (Landes-) Verbände der Krankenkassen
✓	BERATUNG jederzeit auf Wunsch des Arztes und bei Mängeln nach Dokumentationsprüfung

Genehmigungen / Versorgung	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008 *)	11
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal 2008)	18
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	17
Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)	
Anzahl geprüfter Ärzte	9
Anzahl geprüfter Fälle	29
- davon ohne Beanstandungen	7
- davon mit geringen Beanstandungen	1
- davon mit erheblichen Beanstandungen	1
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0
5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)	
Anzahl geprüfter Fälle	25
- davon ohne Beanstandungen	25
- davon mit Beanstandungen	0
Patienten	
Anzahl Patienten im Jahr 2008 angezeigt	361
An- / Abmeldungen	
Summe Anzahl Patientenmeldungen und -abmeldungen im Jahr 2008	148
Bemerkungen	
*) ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen	

2.30 Ultraschalldiagnostik

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: 1. Neufassung 1.4.1993,
zuletzt geändert: 1.4.2005, (2. Neufassung
1.4.2009)

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung (regionale Regelungen); bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei be
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG Stichprobenprüfungen zum Teil aufgrund regionaler Vereinbarungen; Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils 12 Fälle)
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE bei Dokumentationsprüfung aufgrund regionaler Vereinbarungen, jährliche Auswertung an Gemeinsamen Bundesausschuss
	BERATUNG

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2008 *)	1070
Anzahl beschiedene Anträge	112
- davon Anzahl Genehmigungen	82
- davon Anzahl Ablehnungen	30
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	9
- davon bestanden	8
- davon nicht bestanden	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen **)	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung **)	9
Bemerkungen	
*) Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen	

Genehmigungsbereiche (nach Vereinbarung gültig bis zum 31.3.2009)

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2008
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	24
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	16
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	16
3 Nasennebenhöhlen	67
4 Gesichtswichteile und Weichteile des Halses (einschließlich Speicheldrüse)	35
5 Schilddrüse	356 und 51 bei Kindern
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	65
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschließlich Säuglinge und Kleinkinder)	5
6.2.1 Doppler-Echokardiographie – Erwachsene	64
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschließlich Säuglinge und Kleinkinder)	5
6.3 Belastungs – Echokardiographie	24
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	59
8 Brustdrüse	69
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) – Erwachsene	458
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) – Kinder	77
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)	93
10.2 Weibliche Genitalorgane	206
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	198
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	37
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglings Hüften)	84
13 Säuglings Hüften	siehe separates Kapitel
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	74 und 1 bei Kindern
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	45 und 2 bei Kindern
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	7
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	5
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	34
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	54 und 2 bei Kindern
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	45
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	31 und 5 bei Kindern
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	7
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	11
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	14
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	37
15 Haut und Subcutis (einschließlich subkutaner Lymphknoten)	1
(ggf. Anzahl Genehmigungen insgesamt wenn andere Angaben nicht möglich sind, Stand 31.12.2008)	

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)		
Anzahl geprüfter Ärzte		
- davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	48	
- davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	0	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	0	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
- davon ohne Beanstandungen	8	
- davon mit geringen Beanstandungen	23	
- davon mit erheblichen Beanstandungen	6	
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	11	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	40	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a), bzw. die ein Gespräch gewünscht haben	2	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	
- davon ohne Mängel	0	
- davon mit Mängel	0	

2.31 Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte

Anlage IV der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,

Gültigkeit: seit 1.4.2005

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.

✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG optional bei technischen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (Beratung am Ort der Leistungserbringung) und gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG KV prüft alle 24 Monate mindestens 12 Fälle (48 Bilddokumentationen, 12 schriftliche Dokumentationen); bei Mängeln engere Prüfintervalle
	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch Kassenärztliche Vereinigung; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung
✓	BERATUNG eingehende Beratung bei Dokumentationsmängeln, kann in Form eines Kolloquiums erfolgen

Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2008	89	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	91	
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 11 Abs. 3 S. 5)
- davon Anzahl Genehmigungen	4	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)								
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i. V. m. § 3)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		10	2	2	1	0	0	8
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		21	1	1	0	0	0	0
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs.2)	Stufe II	schriftl. Doku.	bildl. Doku.		schriftl. + bildl. Doku.			
		0	8		15			
Anzahl Beurteilungen	Stufe III	schriftl. Doku.	bildl. Doku.		schriftl. + bildl. Doku.			
		0	8		15			
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9	Wiederholungsprüfung 6 Monate		Wiederholungsprüfung 3 Monate		Widerruf		
		15	8		0		0	
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		6	0	2	0	1	0	8
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		13	2	0	2	0	0	0
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2)	sachgerecht gem. § 9	erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate		Widerruf				
		6	11		0			
Beurteilung erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S.4) (Durchführung erfolgt aus zeitlichen Gründen 2009)	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)	sachgerecht gem. § 9	Widerruf						
Anzahl Ärzte								

2.32 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 1.7.1992,
zuletzt geändert: 1.10.2007

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.



✓	AKKREDITIERUNGSVORAUSSETZUNGEN Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen; organisatorische Vorgaben
✓	EINGANGSPRÜFUNG Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)
	KOLLOQUIUM bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei Auffälligkeiten in der Jahresstatistik; wenn Stellungnahme des Arztes nicht ausreichte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
	FREQUENZREGELUNG
	REZERTIFIZIERUNG
	PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung, gegebenenfalls Praxisbegehung zusätzlich zum Kolloquium
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG ab 1.1.2008 prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen alle 24 Monate 12 Präparate mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen an Kassenärztliche Vereinigung
✓	FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL zytologieverantwortlicher Arzt: alle 2 Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder: alle 2 Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung
	RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE jährliche Statistik der Zytologen mit Korrelation zu histologischen Befunden an Kassenärztliche Vereinigung; Benchmarkberichte der Kassenärztlichen Vereinigung an die Zytologen; jährliche statistische Auswertung an die Vertragspartner
✓	BERATUNG eingehende Beratung bei Dokumentationsmängeln

Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2008	12
Anzahl beschiedene Anträge	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Prüfungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 der Vereinbarung (Präparateprüfung)	0
- davon bestandene Prüfungen	0
- davon nicht bestandene Prüfungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Stichprobenprüfung der Präparatequalität und der Dokumentation (§ 7)	
Anzahl geprüfter Ärzte nach § 7 Abs. 3	ab 2009
- davon bestanden	ab 2009
- davon nicht bestanden	ab 2009
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach § 7 Abs. 6	ab 2009
- davon bestanden	ab 2009
- davon nicht bestanden	ab 2009
Anzahl Kolloquien nach § 7 Abs. 6	ab 2009
- davon bestanden	ab 2009
- davon nicht bestanden	ab 2009
Anzahl Widerrufe nach § 7 Abs. 6	ab 2009

3 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.

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.

The image shows a screenshot of a complex medical form, likely a DMP (Disease Management Program) form. It features multiple sections with text, checkboxes, and input fields. The form is titled 'Erfassung/Überprüfung des DMP' and includes fields for patient information, diagnosis, and treatment. The text is in German and appears to be a standard form used in the healthcare system for documenting and managing chronic diseases.

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 Einschreibedokumentation erheblich vereinfacht. Zudem erfolgt die Dokumentation seit Juli 2008 nur noch EDV-gestützt.

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

Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV, Barmer EK, LKK MOD
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	1.018
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.018
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	47
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2008)	904
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2008	97.293

Brustkrebs

Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV LKK-MOD, KVMV, Krankenhausgesellschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	174
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2008)	156
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2008	4263

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten	
Vertrag der KV mit	AOK Seekrankenkasse Knappschaft BKK, IKK, VdAK/AEV LKK
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	993
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	993
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	31
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2008)	857
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2008	53.159

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	AOK Seekrankenkasse BKK LN Nord, IKK LV Nord, VdAK/AEV LKK MOD
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	51
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	48
- 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 2008)	48
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2008	2807

Asthma bronchiale / Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten	
Vertrag Asthma bronchiale der KV mit	AOK Knappschaft- Bahn-Sec BKK, IKK, VdAK/AEV LKK
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	575
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	22
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	4
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	403
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2008	16223

Vertragsdaten	
Vertrag Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) der KV mit	AOK Knappschaft- Bahn-Sec BKK, IKK, VdAK/AEV LKK
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	534
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	22
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	360
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2008	12072

4 Sonstiges

4.1 Arztstruktur (Stand 31.12.2008)

	Vertrags- ärzte	Ermäch- tigungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	891	3	894
Anästhesisten	37	9	46
Augenärzte	107	10	117
Chirurgen	87	23	110
darunter Gefäßchirurgen	2	9	11
darunter Kinderchirurgen	1	1	2
darunter Plastische Chirurgen	2		2
darunter Thoraxchirurgen		2	2
darunter Thorax- und Kardiovaskularchirurgen		1	1
darunter Unfallchirurgen	18	5	23
darunter Visceralchirurgen		4	4
Dermatologen	63	4	67
Gynäkologen	185	22	207
HNO-Ärzte	82	11	93
darunter Phoniatriker und Pädaudiologen	5	3	8
Internisten	352	50	402
darunter Angiologen	2	2	4
darunter Diabetologen	28		28
darunter Endokrinologen	4	6	10
darunter Gastroenterologen	17	7	24
darunter Hämatologen			
darunter Hämatologen u. internistische Onkologen	11	5	16
darunter Kardiologen	28	9	37
darunter Nephrologen	41		41
darunter Pneumologen	15	2	17
darunter Rheumatologen	4	3	7
Kinderärzte	121	41	162
darunter Kinderkardiologen	2	2	4
darunter Neonatologen	2	5	7
Kinderchirurgen	13	2	15
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	20	2	22
Kinder- und Jugendpsychiater	2		2
Laborärzte	13	7	20
Lungenärzte	2		2
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	8	5	13
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	80	17	97
Neurochirurgen	10	5	15
Nuklearmediziner	16	2	18
Orthopäden	86	4	90
darunter Rheumatologen	6	1	7
Pathologen	12	6	18
Psychotherapeuten – ärztlich	34		34
Psychotherapeuten – psychologisch	104	2	106
Radiologen / Diagnostische Radiologen	42	29	71
darunter Kinderradiologen			
darunter Neuroradiologen			
darunter Strahlentherapeuten			
Urologen	54	5	59
übrige Arztgruppen	9	9	18
Summe	2590	335	2925

4.2 Weiterbildungen (Stand: 31.12.2008)

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	Ermächtigungen
Anästhesiologie		Gebiet	65	10
Anatomie*)		Gebiet		
Arbeitsmedizin		Gebiet	7	
Augenheilkunde		Gebiet	107	10
Biochemie*)		Gebiet		2
Chirurgie		Gebiet	127	27
	Allgemeine Chirurgie	Facharztkompetenz	127	27
	Gefäßchirurgie	Facharztkompetenz	2	9
	Herzchirurgie*)	Facharztkompetenz		1
	Kinderchirurgie	Facharztkompetenz	17	3
	Orthopädie und Unfallchirurgie	Facharztkompetenz	4	1
	Plastische und ästhetische Chirurgie	Facharztkompetenz	2	
	Thoraxchirurgie	Facharztkompetenz		2
	Visceralchirurgie	Facharztkompetenz		4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		Gebiet	186	22
	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Schwerpunktkompetenz	1	1
	Gynäkologische Onkologie	Schwerpunktkompetenz		
	Spezielle operative Gynäkologie	Schwerpunktkompetenz		
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		Gebiet	85	10
	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Facharztkompetenz	85	10
	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Facharztkompetenz		
Haut- und Geschlechtskrankheiten		Gebiet	64	4
Humangenetik		Gebiet	1	1
Hygiene und Umweltmedizin		Gebiet	8	1
Innere Medizin und Allgemeinmedizin		Gebiet	5	
	Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Facharztkompetenz	5	
	Innere Medizin und	Facharztkompetenz		

	Angiologie	Schwerpunktkompetenz		
	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz		
	Innere Medizin und Gastroenterologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz		
	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	1	
	Innere Medizin und Kardiologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz		
	Innere Medizin und Nephrologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz		
	Innere Medizin und Pneumologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz		1
	Innere Medizin und Rheumatologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	1	
Kinder- und Jugendmedizin		Gebiet	163	41
	Kinder-Hämatologie und - Onkologie	Schwerpunktkompetenz		
	Kinder-Kardiologie	Schwerpunktkompetenz	2	2
	Neonatologie	Schwerpunktkompetenz	3	5
	Neuropädiatrie	Schwerpunktkompetenz		5
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		Gebiet	3	1
Laboratoriumsmedizin		Gebiet	11	2
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie		Gebiet	4	1
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		Gebiet	8	5
Neurochirurgie		Gebiet	10	5
Neurologie		Gebiet	9	12
Öffentliches Gesundheitswesen*)		Gebiet	1	
Pathologie		Gebiet	12	6
	Neuropathologie	Facharztkompetenz		
	Pathologie	Facharztkompetenz	12	6
Pharmakologie		Gebiet		1
	Klinische Pharmakologie	Schwerpunktkompetenz		
	Pharmakologie und Toxikologie	Schwerpunktkompetenz		
Physikalische und Rehabilitative Medizin		Gebiet	8	1
Physiologie		Gebiet		
Psychiatrie und Psychotherapie		Gebiet	8	1
	Forensische Psychiatrie	Schwerpunktkompetenz		
Radiologie		Gebiet	53	31

	Kinderradiologie	Schwerpunktkompetenz	1	1
	Neuroradiologie	Schwerpunktkompetenz	1	4
Rechtsmedizin*)		Gebiet		
Strahlentherapie		Gebiet		1
Transfusionsmedizin		Gebiet	3	4
Urologie		Gebiet	57	5
*) nicht für die Vertragsärztliche Versorgung zutreffend				
Zusatzweiterbildungen				
Ärztliches Qualitätsmanagement				2
Akupunktur			105	
Allergologie			114	11
Andrologie			5	1
Betriebsmedizin			27	
Dermatohistologie				1
Diabetologie			39	2
Flugmedizin			1	
Geriatric			5	1
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie				
Hämostaseologie				1
Handchirurgie			3	
Homöopathie			24	
Infektiologie				
Intensivmedizin				1
				2
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie				2
Kinder-Gastroenterologie				3
Kinder-Nephrologie				
Kinder-Orthopädie				
Kinder-Pneumologie			2	2
Kinder-Rheumatologie				
Labordiagnostik-fachgebunden				1
Magnetresonanztomographie-fachgebunden			1	
Manuelle Medizin/Chirotherapie			328	8
Medikamentöse Tumortherapie			7	1
Medizinische Informatik				
Naturheilverfahren			65	1
Notfallmedizin			9	1
Orthopädische Rheumatologie				
Palliativmedizin			23	3
Phlebologie			6	1
Physikalische Therapie/ Balneologie			37	1
Plastische Operationen			8	7

Proktologie		1	
Psychoanalyse		7	
Psychotherapie-fachgebunden		67	1
Schlafmedizin		2	1
Sozialmedizin		2	
Spezielle Orthopädische Chirurgie			
Spezielle Schmerztherapie		20	5
Spezielle Unfallmedizin			
Sportmedizin		28	1
Suchtmedizinische Grundversorgung		1	1
Tropenmedizin		1	1
Umweltmedizin		19	1

4.3 Kommissionen

Bereich	Mitglieder
diagnostische Radiologie/ Computertomographie/Nuklearmedizin/ Strahlentherapie	1 ärztlicher Vorsitzender 7 ärztliche Mitglieder der KV 1 Medizinphysiker
Arthroskopie	3 ärztliche Mitglieder
Akupunktur tätig für die KV M-V im Kompetenzcenter der KV – SH in Bad Segeberg	2 ärztliche Mitglieder
Herzschrittmacher und Langzeit EKG invasive Kardiologie	4 ärztliche Mitglieder
Koloskopie	3 ärztliche Mitglieder
Kompetenzcenter Koloskopie (gemeinsame Qualitätssicherungs- kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig Holstein mit Sitz in Schwerin)	je KV 2 ärztliche Mitglieder (sind in M-V zugleich Mitglieder in der o. a. Kommission)
Kompetenzcenter Kernspintomo- graphie(gemeinsame Qualitätssicherungs-kommission mit KV Hamburg und KV Schleswig Holstein mit Sitz in Bad Segeberg	je KV 2 ärztliche Mitglieder
PDT (gemeinsame Qualitätssicherungs- kommission mit KV Hamburg, KV Bremen und KV Schleswig Holstein mit Sitz in Hamburg)	je KV 1 ärztliches Mitglied (in M-V zusätzlich 1 stellv. Mitglied)
Schmerztherapie in der KV M-V → Kompetenzcenter Schmerztherapie mit Sitz in KV Hamburg	6 ärztliche Mitglieder 2 ärztliche Mitglieder aus der KV M-V sind in der KV Hamburg mit tätig
Diabetologie	3 ärztliche Mitglieder
Qualitätsmanagement	4 ärztliche Mitglieder 1 Psychotherapeut
Apheresekommission	1 niedergelassener Nephrologe als Vorsitzender 1 niedergelassener Nephrologe 2 Nephrologen aus der Klinik 2 Mitglieder des MDK ohne Zusatzbezeichnung Nephrologie
Überregionale Qualitätssicherungskommission mit Hamburg und Schleswig Holstein mit Sitz in Hamburg	Aus Mecklenburg-Vorpommern sind 2 niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin/Nephrologie in der Kommission tätig
Kurative Mammographie	3 ärztliche Mitglieder
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	3 Vertragsärzte, davon die Vorsitzende 2 Vertreter der Landesverbände der KK 1 Vertreter der EK
Psychotherapie-Kommission	3 Vertragsärzte, davon die Vorsitzende 1 Psychologische Psychotherapeutin
Kommission Geriatrie / Gerontopsychiatrie / ambulante geriatriische Rehabilitation	4 Vertragsärzte
Labor-Kommission	4 ärztliche Mitglieder, 1 Fachwissenschaftler der Medizin
Zytologie-Kommission	4 ärztliche Mitglieder
Sonographie-Kommission	6 ärztliche Mitglieder
Onkologie-Kommission	6 ärztliche Mitglieder

4.4 Ansprechpartner des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung

Dr. Reinhard Wosniak (0385/7431-244)	Geschäftsbereichsleiter
Marion Rothe (0385/7431-376)	- Sonographie
Renate Hahn (0385/7431-385)	- Diabetologie - Rheumatologie - DMP Diabetes
Kerstin Holländer (0385/7431-383)	- Blutreinigungsverfahren - Apherese, ESWL
Ilona Holzmann (0385/7431-244)	- Qualitätszirkel - Sekretariat
Martina Lanwehr (0385/7431-375)	- Radiologie - Nuklearmedizin - Kurative Mammographie - Qualitätsmanagement
Doreen Ludwig (0385/7431-384)	- DMP Brustkrebs - Schmerztherapie - Akupunktur - Hautkrebs-Screening
Kirsten Martensen (0385/7431-243)	- Manuelle Therapie, Physikalisch- medizinische Leistungen, - Humangenetik, Künstliche Befruchtung, - kardiorespiratorische Polygraphie und Polysomnographie - Onkologie - DMP Asthma/COPD
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 2009

Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Martensen