



**Kassenärztliche Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

kreativ ✓ konstruktiv ✓ konfliktiv ✓

## Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in M-V

*Berichtsjahr 2019 | Ausgabe 2020*



# Inhaltsverzeichnis

## Ambulante vertragsärztliche Versorgung **6**

Praxisstrukturen und Tätigkeitsformen – Wie arbeiten die Ärzte in M-V?.....	8
Ärztliche Versorgung außerhalb der Sprech- stundenzeiten – der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV .....	10

## Ambulante Qualitätssicherung **12**



Aktuelles von der Bundesebene .....	14
Zweitmeinungsverfahren.....	16
Geschäftsstelle Qualitätssicherung und Qualitätssicherungskommissionen.....	17
Aus der Kommissionsarbeit .....	19
Fortbildungsangebote .....	21
Qualitätssicherung in Zahlen und Fakten.....	22
Akupunktur.....	22
Ambulantes Operieren.....	22
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren .....	23
Arthroskopie.....	23
Balneophototherapie .....	24
Blutreinigungsverfahren/Dialyse .....	24
Disease-Management-Programme (DMP) .....	25
Spezialisierte geriatrische Diagnostik .....	26
Histopathologie Hautkrebs-Screening .....	26
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen .....	27
Hörgeräteversorgung.....	27
Hörgeräteversorgung – Kinder .....	28
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom.....	28
Interventionelle Radiologie.....	29
Intravitreale Medikamenteneingabe .....	29
Invasive Kardiologie.....	30

Kapselendoskopie – Dünndarm.....	31
Koloskopie .....	31
Spezial-Labor .....	32
Langzeit-EKG-Untersuchungen .....	33
Laserbehandlung beim benignen Prostata-syndrom .....	34
Magnetresonanz-/Kernspintomographie .....	34
Magnetresonanz-Angiographie .....	35
Mammographie (kurativ).....	36
Mammographie-Screening .....	36
Molekulargenetik .....	37
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus .....	37
Neuropsychologische Therapie .....	38
Onkologie .....	38
Otoakustische Emissionen .....	39
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung.....	39
Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT .....	40
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund .....	40
Phototherapeutische Keratektomie .....	41
Rhythmusimplantat-Kontrolle.....	41
Schlafbezogene Atmungsstörungen.....	42
Schmerztherapie .....	43
Sozialpsychiatrie.....	44
Soziotherapie .....	44
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen .....	45
Strahlendiagnostik/-therapie.....	45
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger .....	46
Ultraschalldiagnostik .....	47
Vakuumbiopsie der Brust.....	49
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri.....	50
Glossar .....	51
Ansprechpartner .....	57

# IMPRESSUM

## **Herausgeber**

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,  
Körperschaft des öffentlichen Rechts,  
Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin,  
Internet: [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de)

## **Redaktion**

Geschäftsbereich Qualitätssicherung,  
Anette Winkler (V.i.S.d.P.),  
Kirsten Martensen,  
Telefon: 03 85.74 31 243, Fax: 03 85.74 31 66243,  
E-Mail: [qual-sicherung@kvmv.de](mailto:qual-sicherung@kvmv.de)

## **Layout und Satz**

Abteilung KV-Medien und Kommunikation,  
Katrin Schilder

## **Grafiken**

Kassenärztliche Vereinigung M-V

## **Kartengrundlage**

© Lutum+Tappert  
© Kassenärztliche Vereinigung M-V

## **Bildnachweis**

© Kassenärztliche Vereinigung M-V/Schilder/Schrubbe  
© clipdealer: Titel: SeanPrior/dolgachov; S. 2: dolgachov;  
S.6-9: dolgachov; S.10/11.: SeanPrior; S.14/15: bialasiewicz;  
S.16/17: leaf

# Vorwort

---

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Zeit, die wir alle gemeinsam in den letzten Monaten erlebt haben und gerade erleben, ist geprägt durch Verunsicherung und Fehlinformationen. Unser Gesundheitswesen und unsere Gesellschaft kennen eine vergleichbare Situation und Herausforderung wie die derzeitige nicht. Wir alle erleben die drastischen Maßnahmen der Bundesregierung und Länder, die auch uns als Agierende im Gesundheitswesen betreffen und an den Rand der Belastbarkeit bringen. Unsere bislang sehr gut und routiniert laufenden Strukturen im Gesundheitswesen befinden sich in der Zerreißprobe und müssen in einem rasanten Tempo neu sortiert, definiert und festgelegt werden. Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen, die bislang ein funktionierendes, wenn auch bürokratisches Gesundheitswesen definieren, werden derzeit in ständigem Rhythmus überarbeitet, angepasst, fallen gelassen oder ausgesetzt. Dabei entsteht auch Bürokratie und damit zusätzlicher Aufwand. Hinzu kommen immer wieder neue wissenschaftliche Erkenntnisse zum SARS-CoV-2-Virus, die zum fachlichen Umdenken und zur Anpassung oder Änderung der medizinischen Handlungsempfehlungen führen. Unter all diesen Bedingungen müssen und haben Sie und auch wir permanent gehandelt, reagiert und umgedacht. Dabei haben Vertragsärzte über viele Wochen ihre Versorgung den Erfordernissen der Corona-Pandemie angepasst. Der ambulante Bereich ist zu einem unverzichtbaren Bestandteil des Gesundheitswesens geworden und hat die Krankenhäuser und Intensivstationen vor Überforderung geschützt.

Was uns die nächsten Monate bringen werden, ist noch unklar. Trotzdem möchten und dürfen wir bei der alltäglichen Arbeit die Vorgaben der Qualitätssicherung nicht aus den Augen verlieren. In den letzten Monaten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Vertragspartnern Gespräche geführt, wie die Regelungen zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen während der derzeitigen Lage zu bewerten sind und inwieweit abgestimmte Empfehlungen oder Beschlüsse erforderlich sind. Es wurden und werden schnelle, pragmatische, aber auch rechtssichere Lösungen gefunden. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) machte von den in den Regelungen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgesehenen Spielräumen mit Augenmaß Gebrauch, denn die Qualität der Arbeit der rund 3.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu prüfen, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu sichern, ist eine der wichtigsten Aufgaben der KVMV – auch und gerade während der Corona-Pandemie.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, somit erhalten Sie mit diesem Qualitätsbericht nun zum sechzehnten Mal eine umfassende Übersicht über ein Jahr innerärztliche Qualitätssicherungsarbeit. Wir haben ein komplexes und vielgestaltiges Netz aus Qualitätssicherungsmaßnahmen über die Jahre hinweg aufbauen können, sodass die Qualität ärztlichen Tuns im ambulanten Versorgungsbereich innerhalb der körperschaftlichen Selbstverwaltung tagtäglich gesichert ist.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und laden Sie ein, mit uns in einen intensiven Dialog nicht nur über die Ergebnisse, sondern auch über das System der ambulanten Qualitätssicherung zu treten.

Axel Rambow  
Vorstandsvorsitzender

Dipl.-Med. Jutta Eckert  
Stellv. Vorstandsvorsitzende

Dipl.-Med. Angelika von Schütz  
Stellv. Vorstandsvorsitzende

# Ambulante vertragsärztliche Versorgung: Zahlen und Fakten

Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern (M-V) ist besonders stark vom demografischen Wandel und der damit einhergehenden Überalterung der Bevölkerung betroffen. Die zunehmende Morbidität der Patienten erhöht die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung steht allein deswegen vor erheblichen Herausforderungen. Aber auch die Ärzte, die in M-V die ambulante Behandlung der Patienten übernehmen sollen, werden immer älter. In den kommenden fünf Jahren scheiden voraussichtlich mehr als 250 Hausärzte altersbedingt aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung aus. Für ihre Praxen werden händierend Nachfolger gesucht. Leider sind entsprechende Bemühungen nicht immer erfolgreich, sodass Ärzte ihre Praxen schließen, ohne einen Nachfolger gefunden zu haben. Dies führt zu einer Gefährdung der wohnortnahen ärztlichen Grundversorgung.

Die KVMV ist seit vielen Jahren aktiv, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Speziell der ärztliche Nachwuchs wird umfassend gefördert beispielsweise durch eine finanzielle Unterstützung während des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung. Aber auch niederlassungswillige Ärzte werden in vielerlei Hinsicht unterstützt. Für sie hält die KVMV ein speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Beratungs- und Informationsangebot bereit. Es reicht von einer individuellen Niederlassungsberatung im Haus der KVMV bis hin zu regelmäßigen Seminaren für Praxisgründer an wechselnden Veranstaltungsorten in M-V. Darüber hinaus können Investitionskostenzuschüsse für die Praxisgründung oder -übernahme gewährt werden. Durch ein von der KVMV gefördertes Mentoring-Programm wird neu niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit gegeben, sich während der ersten sechs Monate von einem erfahrenen Vertragsarzt beraten zu lassen. Ärzte mit bestehender Niederlassung können bei der Anstellung von Ärzten sowie bei der Gründung von Zweigpraxen eine finanzielle Förderung in Form von Investitions- und Gehaltskostenzuschüssen erhalten. Schließlich steht die KVMV in engem Kontakt und Austausch mit Vertretern von Gemeinden und Kreisen, um gemeinsam besondere regionale Versorgungs- und Praxiskonzepte zu entwickeln, die den Einstieg in die vertragsärztliche Niederlassung erleichtern sollen. Dies reicht von der Hilfe bei der Kinderbetreuung und Wohnraumsuche bis hin zur Bereitstellung vollständig eingerichteter Praxisräumlichkeiten.

Anfang 2020 ist in M-V das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf (Landarztgesetz/LAG M-V) in Kraft getreten, das dem Ärztemangel in der allgemeinmedizinischen Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen entgegenwirken soll. Da es der KVMV sehr wichtig ist, so frühzeitig wie möglich in Vorhaben eingebunden zu sein, die der Gewinnung ärztlichen Nachwuchses in M-V dienen, übernimmt die KVMV bei der Durchführung und Umsetzung des Landarztgesetzes die zentralen Aufgaben der zuständigen Stelle. Erstmals zum Wintersemester 2021 werden in M-V rund 32 der etwa 400 jährlich vorgesehenen Studienplätze für Humanmedizin an Bewerber vergeben, die nach ihrem Studium für einen längeren Zeitraum an der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen teilnehmen wollen. Durch das Landarztgesetz sollen Bewerber für das Medizinstudium gewonnen werden, die im regulären Zulassungsverfahren möglicherweise keinen Studienplatz erhalten haben, die sich aber aufgrund ihrer ausgeprägten sozial-kommunikativen Kompetenzen und fachspezifischen persönlichen Befähigung für eine langfristige hausärztliche Tätigkeit besonders eignen.

Derzeit nehmen insgesamt 3.097 Ärzte und Psychotherapeuten (Personen) in eigener Praxis oder als Angestellte bei niedergelassenen Ärzten bzw. Psychotherapeuten oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der ambulanten Versorgung in M-V teil. Davon arbeiten 1.158 Personen als Hausärzte (ohne Pädiater). Zur Gruppe der Fachärzte gehören 1.939 Ärzte und Psychotherapeuten.

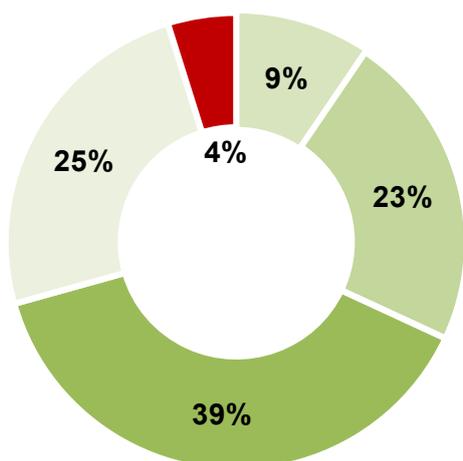
Die Gesamtzahl von 3.097 haus- und fachärztlich tätigen Ärzten und Psychotherapeuten spiegelt nicht die tatsächliche und planbare Zahl wider. Aufgrund von anteiligen Zulassungen bzw. Anstellungen (ganz, halb und viertel) weicht die Anzahl der nach dem Bedarfsplan vorhandenen Versorgungsaufträge erkennbar von der Gesamtzahl der dahinter stehenden Ärzte und Psychotherapeuten ab. Die Aufteilung der Ärzte nach Fachgruppen:

	Anzahl Zulassungen	Durchschnittsalter (gesamt)	Anzahl der Ärzte 60 Jahre und älter (gesamt)	Anzahl angestellte Ärzte	Durchschnittsalter der angestellten Ärzte	Anzahl der angestellten Ärzte 60 Jahre und älter	Gesamt Anzahl Ärzte
<b>Hausärzte (ohne Pädiater)</b>							
Fachärzte für Allgemeinmedizin/ hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin/Praktische Ärzte	712	54,95	244	138	49,00	32	850
Internisten	229	53,68	38	79	51,61	25	308
<b>Gesamt (Personen)</b>	<b>941</b>	<b>54,32</b>	<b>282</b>	<b>217</b>	<b>50,31</b>	<b>57</b>	<b>1.158</b>
<b>Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)</b>	<b>943</b>			<b>175,35</b>			
<b>Fachärzte</b>							
Anästhesisten	37	53,92	6	17	54,35	5	54
Augenärzte	102	54,15	28	25	44,80	2	127
Chirurgen	86	55,80	24	26	56,50	10	112
Dermatologen	57	55,00	19	5	54,20	3	62
Gynäkologen	159	54,14	46	40	49,25	6	199
HNO-Ärzte	80	52,91	16	16	51,31	5	96
Internisten	129	54,96	33	83	52,28	19	212
Laborärzte	3	57,33	1	26	54,73	9	29
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	15	50,33	1	2	44,00	-	17
Nervenärzte	101	55,74	31	28	53,36	6	129
Neurochirurgen	13	54,38	3	5	49,00	2	18
Nuklearmediziner	12	56,33	6	9	54,78	2	21
Orthopäden	93	53,69	21	19	52,11	5	112
Pädiater	93	52,72	21	40	48,98	8	133
Pathologen	14	54,14	4	6	50,67	2	20
Physikalisch-Rehab. Medizin	14	54,93	3	1	52,00	-	15
Psychol. Psychotherapeuten	328	50,55	58	23	43,43	1	351
Psychotherapeuten	66	56,11	23	6	56,17	2	72
Radiologen	30	56,13	7	41	51,10	9	71
Strahlentherapeuten	-	-	-	20	49,80	5	20
Sonst. Gebiete	2	58,00	1	5	57,60	2	7
Urologen	51	53,45	16	11	52,18	3	62
<b>Gesamt (Personen)</b>	<b>1.485</b>	<b>54,51</b>	<b>368</b>	<b>454</b>	<b>51,48</b>	<b>106</b>	<b>1.939</b>
<b>Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)</b>	<b>1.371,3</b>			<b>329,55</b>			
<b>Gesamt HÄ/FÄ (Zulassung+Anstellung)</b>							<b>3.097</b>
<b>Gesamt HÄ/FÄ (Zul.+Anst.) nach Bedarfsplanung</b>							<b>2.768,15</b>

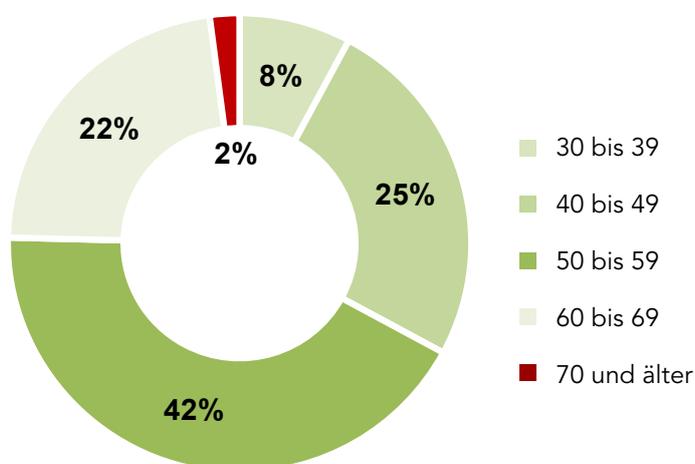
Stand: September 2020

Aktuell sind 29 Prozent der Hausärzte (ohne Pädiater) 60 Jahre und älter. Das durchschnittliche Alter der Facharztgruppe der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte liegt derzeit bei ca. 54 Jahren und bei den hausärztlich tätigen Internisten bei ca. 53 Jahren. Eine ähnliche Altersverteilung zeigt sich bei den ambulant tätigen Fachärzten in M-V. Von ihnen sind 24 Prozent mindestens 60 Jahre und älter. Der Altersdurchschnitt bei den Fachärzten und Psychotherapeuten liegt bei durchschnittlich ca. 53 Jahren.

## Altersverteilung Hausärzte



## Altersverteilung Fachärzte und Psychotherapeuten



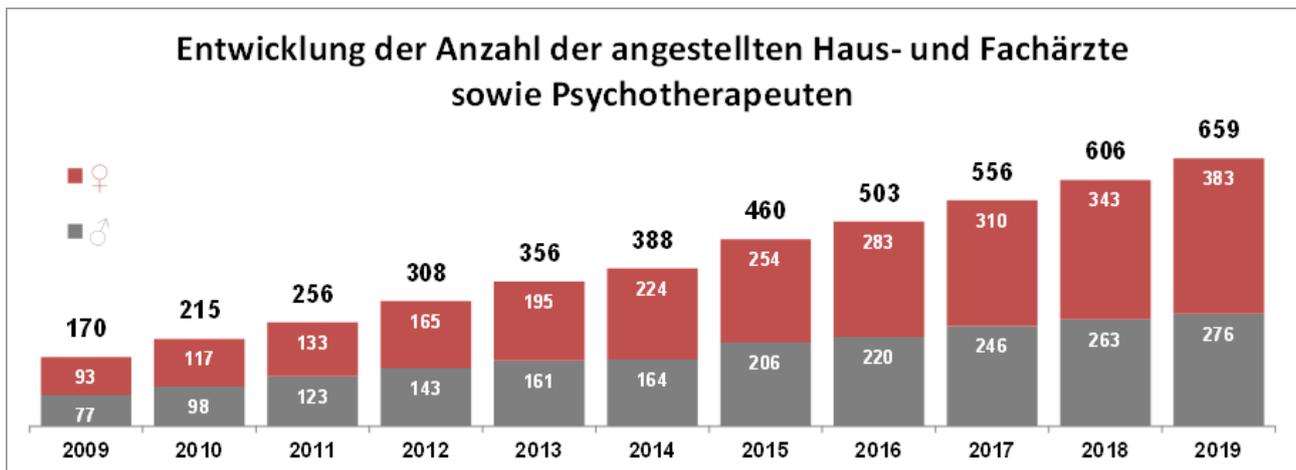
Stand: September 2020

# Praxisstrukturen und Tätigkeitsformen – Wie arbeiten die Ärzte in M-V?

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, als Arzt oder Psychotherapeut ambulant tätig zu sein. Die häufigste Tätigkeitsform ist noch immer die Einzelpraxis. 2019 arbeiteten 1.892 Ärzte in eigener Praxis. Daneben gab es zu diesem Zeitpunkt 235 Berufsausübungsgemeinschaften, in denen insgesamt 522 Ärzte tätig waren. Darüber hinaus hat die KVMV 140 Genehmigungen für zugelassene Vertragsärzte zum Betrieb von Zweigpraxen erteilt.

Für Mediziner, für die eine selbstständige Tätigkeit in Form einer Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft nicht in Frage kommt, bietet die Arbeit in Anstellung eine Alternative. So ist in den letzten Jahren die Zahl der angestellten Ärzte stetig gewachsen. Dies beruht auch darauf, dass der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen zur Anstellung von Ärzten immer flexibler gestaltet, zum Beispiel durch die Möglichkeit, auch Kollegen anderer Fachgebiete in Voll- oder Teilzeit zu beschäftigen. Sowohl für die Patienten als auch für die behandelnden Ärzte bietet das den Vorteil der Behandlung „aus einer Hand“.

Ende 2019 befanden sich 659 Vertragsärzte in einem Anstellungsverhältnis, davon waren 292 Ärzte in einer Vertragsarztpraxis und 367 Ärzte in einem MVZ angestellt. Das entspricht einem Anteil von rund 21,3 Prozent. 2017 lag der Anteil noch bei 18,3 Prozent und 2018 bei 19,9 Prozent. ►



► Auch die Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) ist für Ärzte eine zunehmende Form der Berufsausübung. In M-V gibt es aktuell mehr als 70 zugelassene MVZ. Ende 2019 waren dort 387 Ärzte und Psychotherapeuten tätig, davon 371 im Anstellungsverhältnis. Insbesondere Ärztinnen nutzen den Weg der Anstellung. So liegt der Anteil der Frauen bei den angestellten Ärzten bei 58 Prozent. Dies beruht unter anderem auf den Vorteilen eines regelmäßigen Gehalts unter Geltung des Arbeitszeitgesetzes, des Angebots von flexiblen Arbeitszeitmodellen, die es ermöglichen, Familie und Beruf gut zu vereinbaren, sowie der gesetzlichen Regelungen zum Mutterschutz, zur Elternzeit und zum Elterngeld für Angestellte. Darüber hinaus bietet dieser Weg besonders jungen Ärzten die Möglichkeit, Berufserfahrungen zu sammeln, ohne das finanzielle Risiko und den organisatorischen Aufwand tragen zu müssen, die mit einer Praxisführung regelmäßig verbunden sind. Die KVMV unterstützt niederlassungswillige Ärzte gern bei ihrem Weg in die vertragsärztliche Tätigkeit. Die Abteilung Kassenärztliche Versorgung bietet hierfür individuelle Niederlassungsberatungen an.



# Ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten – der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV

Die ambulante medizinische Versorgung wird außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst sichergestellt, an dem die Vertragsärzte zusätzlich zu ihrer eigentlichen Praxistätigkeit teilnehmen. Darüber hinaus sind aktuell ca. 140 Ärzte auf Basis einer entsprechenden Genehmigung der KVMV freiwillig im ärztlichen Bereitschaftsdienst tätig. Das Behandlungsspektrum erstreckt sich auf Erkrankungen, die aus medizinischer Sicht zwar nicht einer sofortigen Behandlung bedürfen, aber auch nicht bis zur nächsten Sprechstunde eines Vertragsarztes aufgeschoben werden können. Insofern besteht ein wesentlicher Unterschied zur notärztlichen Versorgung, die bei lebensbedrohlichen Erkrankungen in Anspruch zu nehmen ist und nicht dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen untersteht.

Der Wunsch zur Behandlung einer unaufschiebbaren Erkrankung im Bereitschaftsdienst wird über die bundeseinheitliche Rufnummer 116117 an den diensthabenden Arzt herangetragen. Die korrekte Zuordnung der Anrufe erfolgt hierbei mittels Postleitzahlabfrage durch die Mitarbeiterinnen in einer Telefonzentrale. In M-V ist der ärztliche Bereitschaftsdienst in 62 Bereiche eingeteilt, die jeweils durch einen Fahrdienst ergänzt werden. Können Patienten den Bereitschaftsdienst aus gesundheitlichen Gründen nicht persönlich aufsuchen, begibt sich der diensthabende Arzt in die Häuslichkeit. Zusätzlich steht den Patienten eine der elf Bereitschaftsdienstpraxen in M-V zur Verfügung.

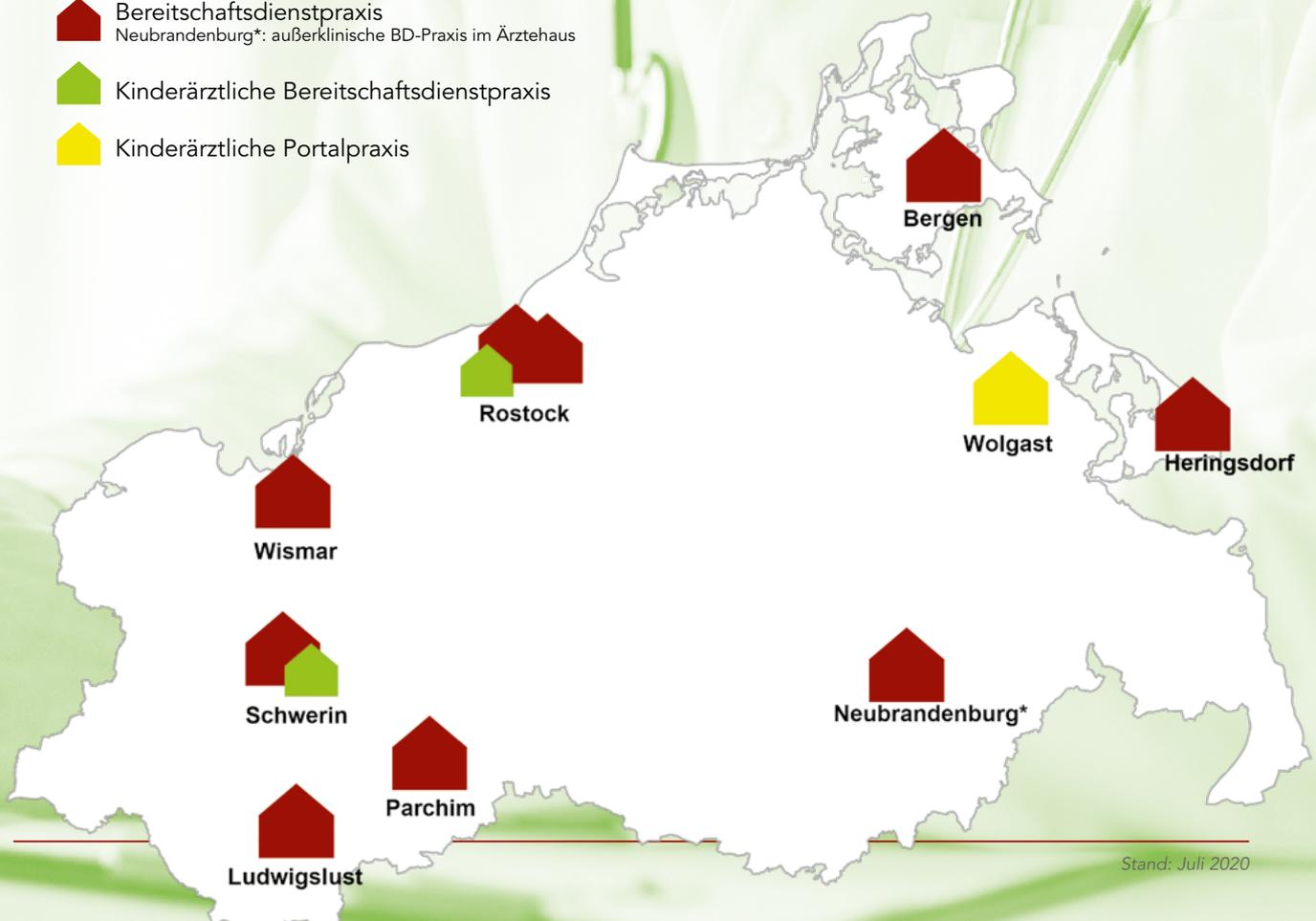


Derzeit befinden sich in Bergen auf Rügen, Heringsdorf, Ludwigslust, Neubrandenburg, Parchim, Rostock, Schwerin und Wismar ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen. Neben dem kinderärztlichen Hausbesuchsdienst in den Bereichen Greifswald, Neubrandenburg, Waren, Stralsund und Wismar stehen in Rostock und Schwerin auch kinderärztliche Bereitschaftsdienstpraxen zur Verfügung.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist eine Gemeinschaftsaufgabe aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen. Dabei sind grundsätzlich alle Patienten im zugewiesenen Dienstbereich zu behandeln, selbst wenn sie sich mit einem Krankheitsbild vorstellen, das üblicherweise nicht zum Behandlungsspektrum des diensthabenden Arztes gehört. Um die Kenntnisse der teilnehmenden Ärzte speziell in diesen Bereichen zu vertiefen, bietet die KVMV zweimal jährlich (im Frühjahr und Herbst) eine Fortbildung mit dem Thema „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ an. Dabei werden neben allgemeinen Informationen auch fachspezifische Inhalte vermittelt beispielsweise hinsichtlich der Behandlung allgemeinmedizinischer, kinderärztlicher, gynäkologischer sowie orthopädischer Krankheitsbilder. Darüber hinaus stehen die Referenten bei Fragen zur Durchführung einer ärztlichen Leichenschau sowie zur Ausstellung der Todesbescheinigung zur Verfügung. Alle weiteren Informationen zu den angebotenen Fortbildungen können der Internetseite und dem Journal der KVMV entnommen werden.

## Ärztliche Bereitschaftsdienstpraxen in M-V

-  Bereitschaftsdienstpraxis  
Neubrandenburg\*: außerklinische BD-Praxis im Ärztehaus
-  Kinderärztliche Bereitschaftsdienstpraxis
-  Kinderärztliche Portalpraxis



Stand: Juli 2020

# Ambulante Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), in deren Mittelpunkt der Patient steht. Die KVMV ist der direkte Ansprechpartner der Ärzte und Psychotherapeuten für Fragen zu allen Themen der Qualität. Sie ist unter anderem verantwortlich, Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen, zu erteilen. Das bedeutet, dass ein Arzt bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen darf, wenn ihm die entsprechende Genehmigung der KVMV erteilt wurde. Zudem prüft die KVMV die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen. Der KVMV obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungsvereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung werden leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet, in denen besonders erfahrene Ärzte der jeweiligen Bereiche tätig sind. Sie beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen während der Kommissionssitzungen. Mit diesem System wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt, das im privatärztlichen oder stationären Bereich seinesgleichen sucht. Fast jeder Vertragsarzt besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen.



# 1. Genehmigungserteilung

## Arztbezogene Anforderungen

Fachliche Qualifikation:

- Zeugnis/Bescheinigung,
- Kolloquium,
- präparatebezogene Prüfung,
- Fallsammlungsprüfung,
- Vorlage von Dokumentationen,
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen.

## Betriebsstättenbezogene Anforderungen

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:

- schriftliche Nachweise/Erklärungen,
- Kooperationsvereinbarungen,
- Gewährleistungserklärungen,
- Baupläne,
- Hygienepläne,
- Praxisbegehungen.

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:

- Aus- und Fortbildungsnachweise,
- Kooperationsbescheinigungen.

- Ringversuche,
- regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter,
- Praxisbegehungen,
- ggf. bei Beanstandungen,
- Teilnahme an Fallkonferenzen.

## Einzelfallprüfung durch Stichproben-/ Dokumentationsprüfungen

- *Dialyse*: nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des G-BA
- *Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie/ Kernspintomographie*: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA *ambulantes Operieren, Langzeit-EKG, schlafbezogene Atmungsstörungen, Nuklearmedizin und andere*: Kriterien aufgrund regionaler Richtlinien  
Umfang: mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
- *Akupunktur, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV/Aids, Hörgeräteversorgung, Hörgeräteversorgung (Kinder), Holmium-Laser bei bPS, hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO), intravitreale Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, Spezial-Labor, Magnetresonanztomographie, Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, PET und PET/CT, photodynamische Therapie am Augenhintergrund, phototherapeutische Keratektomie, Rhythmusimplantat-Kontrolle, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologie der Cervix uteri*  
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V
- *Apheresen, neuropsychologische Therapie, substitions-gestützte Behandlung Opioid-abhängiger*  
Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V
- *Mammographie-Screening, Onkologie*  
Umfang: gemäß der jeweiligen bundesmantelvertraglichen Regelungen

Fortbildungsverpflichtung  
nach § 95d SGB V  
Qualitätsmanagement  
nach § 135a Abs. 2 SGB V

# 2. Bescheid über die Erteilung einer Genehmigung

## 3. Genehmigungserhalt Folgeverpflichtung zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung

### Auflagenprüfung je nach vertraglicher Regelung

- Einzelfallprüfung durch Stichproben-/ Dokumentationsprüfung,
- Hygieneprüfung,
- Frequenzregelung,
- Fallsammlungsprüfung,
- Überprüfung der Präparatequalität,
- Jahresstatistik,
- kontinuierliche Fortbildung,
- Qualitätszirkel,
- Nachweise zur Praxisorganisation,
- Konstanzprüfungen,
- Wartungsnachweise,

## Aktuelles von der Bundesebene

Für die Sicherung der Qualität von ärztlich erbrachten Leistungen gelten bundesweit einheitliche Maßstäbe. Die Qualitätssicherung unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten dabei, ihre Patienten nach aktuellen fachlichen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln. Jährlich werden auf Bundesebene neue Qualitätssicherungsmaßnahmen beschlossen. Hierzu erlässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V Bestimmungen für Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen werden fortwährend zielbewusst aktualisiert und weiterentwickelt.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS), Inkrafttreten am 1.10.2019

### NEUERUNGEN 2019

Am 1. Oktober 2019 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in Kraft getreten. Die Vereinbarung ersetzt den Anhang zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Qualitätssicherungsvereinbarung werden die für die fachliche Befähigung geforderte Facharztbezeichnung und die Zusatzqualifikationen festgelegt sowie die Anforderungen an die Sicherheit der Druckkammern, in denen die Behandlung durchgeführt wird, geregelt. Zudem werden die Vorgaben zur Gewährleistung einer leitliniengerechten Wundversorgung und für die Berichterstattung an den überweisenden Facharzt definiert.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) (Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS) vom 1. April 2018 in der ab dem 1. Januar 2019 geltenden Fassung

Zum 1. Januar 2019 ist die neue Fassung der Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-V) zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) in Kraft getreten. Sie enthält alle in der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (M-V-Richtlinie) zugelassenen Laserverfahren für die Behandlung der benignen Prostatahyperplasie. Belegärztlich tätige Fachärzte für ►

► Urologie können somit die Holmium-Laserresektion und -enukleation, die Thulium-Laserresektion und -enukleation sowie die photoselektive Vaporisation als vertragsärztliche Leistungen alternativ zur transurethralen Resektion der Prostata einsetzen. Diese QS-V regelt die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der für die Laserbehandlung bei bPS im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung genehmigungsfähigen Laserverfahren. Die Vergütung der Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit extrabudgetär zu festen Preisen. Vertragsärzte benötigen eine Genehmigung der KVMV, um die EBM-Leistungen der Lasertherapie bei benignem Prostatasyndrom durchführen und abrechnen zu können. Die fachliche Qualifikation hierzu gilt als erbracht, wenn sie die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Urologie“ besitzen und der Nachweis einer festgelegten Mindestanzahl von unter Anleitung erbrachten Laserbehandlungen erfolgt ist. Eine Übergangsregelung ermöglicht für einen begrenzten Zeitraum eine erleichterte Genehmigung für Ärzte, die bereits vor Inkrafttreten der QS-V mit dem jeweiligen Laserverfahren gearbeitet haben.

## AKTUALISIERUNGEN 2019

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung) vom 21. März 2012 in der ab 1. April 2019 gültigen Fassung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder) vom 18. Juni 2012 in der ab 1. April 2019 gültigen Fassung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) vom 1. Oktober 2014 in der ab 1. Oktober 2019 geltenden Fassung

Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) vom 3. September 1999 in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT) vom 1. Juli 2016 in der ab 1. April 2019 geltenden Fassung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschall-diagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) vom 31. Oktober 2008 in der ab 1. Oktober 2019 geltenden Fassung

# Zweitmeinungsverfahren

Gesetzlich Versicherte haben seit 2019 einen Rechtsanspruch, vor bestimmten planbaren Operationen (OP) eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Diese Zweitmeinung soll als unabhängige, neutrale ärztliche Meinung abgegeben werden und sich auf die Beratung des Patienten zur Notwendigkeit des geplanten Eingriffs und zu möglichen eingriffsvermeidenden Behandlungsalternativen fokussieren. Versicherten soll es damit leichter möglich sein, eine Entscheidung für oder gegen die OP zu treffen. Erste Eingriffe, für die dies gilt, sind die Gebärmutterentfernung und die Mandeloperation. Weitere Indikationen wie z.B. die Schulterarthroskopie werden folgen.

Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt („Zweitmeiner“), berücksichtigt für seine Empfehlung die vorliegenden Befunde des Arztes, der die Indikation zur OP gestellt hat („Erstmeiner“). Bei Bedarf kann der Zweitmeiner auch weitere Untersuchungen durchführen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zwingend medizinisch erforderlich sind. Indikationsstellende Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, Patienten mindestens zehn Tage vor einem entsprechenden Eingriff auf ihren Anspruch zur Einholung einer Zweitmeinung hinzuweisen. Die Zweitmeinung ist für Patienten freiwillig.

Der Arzt händigt dem Patienten zur weiteren Information das Merkblatt des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren aus und weist zudem auf die eingriffsspezifische Entscheidungshilfe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hin.

Für die Zweitmeinung können mit einer Genehmigung arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen abgerechnet werden. Die Vergütung der Pauschalen sowie der ergänzenden Untersuchungen erfolgt extrabudgetär – vorerst befristet bis Ende 2021 – und müssen bei der Abrechnung eingriffsspezifisch gekennzeichnet werden.

Ärzte, die am Zweitmeinungsverfahren als Zweitmeiner teilnehmen möchten, benötigen eine Genehmigung der KVMV. Einen Antrag auf Genehmigung als Zweitmeiner können folgende Ärzte der Fachgebiete Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Unfallchirurgie mit SP Unfallchirurgie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin stellen:

- zugelassene oder ermächtigte Ärzte,
- nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (hier ist eine Ermächtigung erforderlich), oder
- Ärzte, die in ermächtigten Einrichtungen, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren oder zugelassenen Krankenhäusern tätig sind.

Voraussetzungen für eine Genehmigung sind:

- die Anerkennung einer Facharztbezeichnung in dem für den jeweiligen Eingriff festgelegten Fachgebiet,
- eine mindestens fünfjährige ganztägige oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung,
- die Erfüllung der jeweils geltenden Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95d SGB V oder § 136b Absatz 1 Nummer 1 SGB V oder im Falle des § 27b Absatz 3 Nummer 5 SGB V eine entsprechende von der zuständigen Landesärztekammer anerkannte Zahl an Fortbildungspunkten,
- eine durch die zuständige Landesärztekammer erteilte Befugnis zur Weiterbildung oder eine akademische Lehrbefugnis.

Die Zweitmeinung gilt als abgegeben, wenn ein (genehmigter) Zweitmeiner die Empfehlung zum Eingriff bestätigt oder nicht bestätigt und dem Patienten die weiteren Handlungsoptionen erläutert hat. Das Ergebnis der Zweitmeinung wird dem Erstmeiner und dem Patienten in einem zusammenfassenden Bericht dargestellt, sofern der Patient dies wünscht. Zweitmeiner darf dabei kein Arzt bzw. keine Einrichtung sein, durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

# Geschäftsstelle Qualitätssicherung und Qualitätssicherungskommissionen

Die dauerhafte und wirksame Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit setzt eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung voraus. Dazu sollen in jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

1. der Qualitätssicherungsbeauftragte,
  2. die Qualitätssicherungskommissionen und
  3. die Geschäftsstelle Qualitätssicherung gehören.
1. Der Qualitätssicherungsbeauftragte wird durch die KV berufen und berät diese in Fragen der Qualitätssicherung.
  2. Zur Unterstützung der KV können für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet werden. Der Vorstand der KV beruft den Vorsitzenden der jeweiligen Qualitätssicherungskommission und die weiteren Mitglieder. Wobei sich eine Qualitätssicherungskommission aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammensetzt, die eine abgeschlossene Facharztweiterbildung haben müssen und von denen mindestens ein Mitglied eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der KV vorzubereiten. Die Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen obliegt der Geschäftsstelle Qualitätssicherung. Die KV kann Qualitätssicherungskommissionen für den Bereich von mehr als einer KV einrichten. Bei den Ärztekammern bestehende Kommissionen können mit dem Einverständnis der Ärztekammer von der KV mit der Erfüllung der o.g. Aufgaben betraut werden, soweit dies nach Maßgabe dieser Richtlinien gewährleistet ist.
  3. Zur Gewährleistung eines zielorientierten, koordinierten Vorgehens bei der Planung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen richtet die KV eine Geschäftsstelle Qualitätssicherung ein oder ordnet deren Aufgaben einem bestehenden Geschäftsbereich zu. Dieser übernimmt damit die Funktion einer Geschäftsstelle Qualitätssicherung und somit folgende Aufgaben:
    - 3.1. Prüfung der Einhaltung der für die Qualitätssicherung geltenden gesetzlichen und/oder vertraglichen Regelungen im Einzelfall, insbesondere
      - Prüfung der jeweils erforderlichen Nachweise der fachlichen Befähigung und/oder der apparativen Ausstattung
      - Vorbereitung und Organisation der Kolloquien und deren Protokollierung nach Maßgabe dieser Richtlinien
      - Vorbereitung oder Ausfertigung der Bescheide aufgrund vorangegangener Prüfungen
      - Kontrolle von Organisation und Durchführung vorgeschriebener Ringversuche
      - Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)
    - 3.2. Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen
    - 3.3. Betreuung von Qualitätszirkeln, die im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen arbeiten
    - 3.4. Information und Beratung von Vertragsärzten in Fragen der Qualitätssicherung (z.B. Praxisdokumentation, Erstellung von Qualitätssicherungskonzepten für die einzelne Praxis)
    - 3.5. Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit den anderen KVen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

<b>Diagnostische Radiologie/ Computertomographie</b> 8 Ärzte der KVMV 1 Medizinphysiker (Sachverständiger der KV) 3 Sitzungen	<b>PDT/PTK</b> 2 Ärzte der KVMV 0 Sitzungen
<b>Ambulantes Operieren</b> 5 Ärzte der KVMV 0 Sitzungen	<b>Qualitätsmanagement</b> 3 Ärzte und 1 Psychotherapeut der KVMV 0 Sitzungen
<b>Arthroskopie</b> 4 Ärzte der KVMV 3 Sitzungen	<b>Schmerztherapie</b> 4 Ärzte der KVMV 3 Sitzungen
<b>Akupunktur</b> 3 Ärzte der KVMV 1 Sitzung	<b>Methodon</b> 3 Ärzte der KVMV, 2 Vertreter der Landesverbände, 1 Vertreter der Ersatzkassen 4 Sitzungen
<b>Apherese</b> 4 Ärzte der KVMV 2 Sitzungen	<b>Geriatric/Gerontopsychiatrie/ ambulante geriatrische Rehabilitation</b> 4 Ärzte der KVMV 0 Sitzungen
<b>Dialyse/Blutreinigung</b> 4 Ärzte der KVMV 4 Sitzungen	<b>Diabetologie</b> 3 Ärzte der KVMV 1 Sitzung
<b>Labor</b> 5 Ärzte der KVMV 1 Fachwissenschaftler der Medizin 2 Sitzungen	<b>Ultraschalldiagnostik</b> 8 Ärzte der KVMV 6 Sitzungen
<b>Herzschrittmacher und Langzeit-EKG</b> 4 Ärzte der KVMV 2 Sitzungen	<b>Kurative Mammographie/Vakuumbiopsie</b> 4 Ärzte der KVMV 2 Sitzungen
<b>Intravitreale Medikamenteneingabe</b> 3 Ärzte der KVMV 2 Sitzungen	<b>Onkologie</b> 6 Ärzte der KVMV 3 Sitzungen
<b>Koloskopie</b> 3 Ärzte der KVMV 1 Sitzung	<b>Zytologie</b> 3 Ärzte der KVMV 1 Fachwissenschaftler der Medizin 1 Sitzung
<b>Magnetresonanztomographie</b> Gemeinsame QS-Kommission mit KV Hamburg u. KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Bad Segeberg 2 Ärzte je KV 4 Sitzungen	

**2015**

39 Sitzungen  
99 Kommissionsmitglieder

**2016**

43 Sitzungen  
95 Kommissionsmitglieder

**2017**

43 Sitzungen  
95 Kommissionsmitglieder

**2018**

45 Sitzungen  
95 Kommissionsmitglieder

**2019**

44 Sitzungen  
94 Kommissionsmitglieder

# Aus der Kommissionsarbeit

Interview mit Dr. med. Gunnar Scharlau,  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und  
Vorsitzender der Onkologie-Kommission der KVMV:

## Onkologie-Kommission

### ■ Seit wann sind Sie in der Onkologie-Kommission tätig?

Im Jahr 2011 bin ich in die Kommission als Vertreter der Gynäko-Onkologen berufen worden.

### ■ Was hat Sie bewegt, in der Kommission mitzuarbeiten?

Ich wollte als Vertreter der onkologisch tätigen Frauenärzte die Zukunft mitgestalten. Mein Vorgänger in der Kommission war seit der Gründung der KVMV dort tätig, hat aber selbst keine ambulanten Chemotherapien durchgeführt. Seit dem Jahr 2000 hatte ich im Onkologischen Zentrum am Südstadtklinikum Rostock mit einer Ermächtigung ambulant Frauen mit gynäkologischen Tumoren behandelt. Mit der Niederlassung im Jahre 2006 in Schwerin habe ich begonnen, eine onkologische Schwerpunktpraxis in meiner Heimatstadt zu etablieren. Dabei hat mir die Mitarbeit in der Kommission sehr geholfen.



### ■ Welche Aufgaben hat die Kommission?

In erster Linie beraten wir den Vorstand der KVMV in der Sicherstellung der ambulanten onkologischen Versorgung unseres Bundeslandes. Wir prüfen die Neuanträge auf Erfüllung der fachlichen und räumlichen Bedingungen gemäß Onkologie-Vereinbarung, die Absolvierung der geforderten Fortbildungen und die notwendigen Patientenfälle in den Praxen. In jedem Jahr erfolgen Stichprobenprüfungen der onkologischen Dokumentationen einzelner Praxen. Bei besonderen Fragestellungen, wie z.B. bei der Umsetzung des Krebsregistergesetzes in M-V, wurden wir im Vorfeld gehört.

### ■ Worin sehen Sie die Notwendigkeit der Kommissionsarbeit?

Die Kommissionsarbeit ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung.

### ■ Wie verändert sich das Bild der Kommissionsarbeit?

Ich betrachte meine ambulante Tätigkeit kritischer. Durch die Erfüllung der Bedingungen der Onkologie-Vereinbarung ist es für die einzelnen Praxen einfacher, Kooperationen mit den stationären Krebszentren aufzubauen, die auch einer jährlichen Zertifizierung unterworfen sind.

### ■ Sind Sie mit der Onkologie-Vereinbarung zufrieden oder hätte darin das Augenmerk auf andere Dinge gelenkt werden müssen?

Im Wesentlichen bin ich damit zufrieden. Aus der Sicht meiner Fachgruppe gibt es aber Kritik an der Interpretation der endokrinen Therapie beim Mammakarzinom.

### ■ Wie schätzen Sie die Qualität der onkologisch qualifizierten Ärzte in M-V allgemein ein?

M-V als Flächenland hat eine gute Qualität in der ambulanten Onkologie. Dieser Fakt wird in den letzten Jahren durch die jährlichen Stichprobenprüfungen deutlich. Wir finden dort eine immer bessere Qualität der Dokumentationen.

■ **Gibt es etwas, was Sie Kollegen raten würden?**

Ich würde allen dazu raten, wenn möglich in Gemeinschaftspraxen zu arbeiten, um eine kontinuierliche Arbeit zu gewährleisten. Die Mitarbeit in Tumorboards der Kliniken stärkt den Stellenwert der ambulanten Onkologie und sorgt für die eigene Weiterbildung.

■ **Wie sehen Sie die Zukunft der Kommissionsarbeit?**

Die Kommission wird weiter ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung bleiben. Ich denke auch, dass der Beratungsbedarf des Vorstandes weiter wachsen wird. Gleichzeitig haben wir Onkologen damit einen direkten Draht zum Vorstand der KVMV.

■ **Die Qualität soll unter anderem an Patientenzahlen geprüft werden – sehen Sie dieses Kriterium als ein geeignetes Instrument an?**

In der momentan für M-V gültigen Onkologie-Vereinbarung sind die Patientenzahlen an unsere Bedingungen als Flächenland reduziert angepasst worden. Diese Zahlen sollten von allen Kollegen erreicht werden, um eine gute onkologische Behandlung unserer Patienten zu gewährleisten.

*Vielen Dank für das Gespräch.*

*Das Interview führte Kirsten Martensen aus dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV.*

**Verabschiedet: Dr. med. Dorothea Gehrke  
aus der Sonographie-Kommission**

**Sonographie-Kommission**

- Zum 31. Dezember 2019 hat Dr. med. Dorothea Gehrke die Mitgliedschaft in der Sonographie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) beendet. Die Schweriner Fachärztin für Kinderheilkunde war bis Ende 2018 mit eigener Praxis in der Landeshauptstadt niedergelassen. In der Kommission setzte sie sich 18 Jahre lang engagiert für die hohe Qualität der sonographischen Versorgung von Patienten in M-V ein. Sie prägte die Arbeit des Gremiums von Beginn an und verlor auch bei schwierigen und streitbaren Themen nie den Blick für das Wesentliche. Die kollegiale Beratung von Ärzten gerade auf dem Gebiet der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte stand für sie immer im Vordergrund. Dr. Gehrke möchte sich nun ihrem neuen Lebensabschnitt widmen. Sie freut sich darauf, sich mit all den Dingen beschäftigen zu können, für die bisher zu wenig Zeit war. Der Vorstand der KVMV bedankt sich für die langjährige und engagierte Mitarbeit bei Frau Dr. Gehrke und wünscht ihr für die neue Lebensphase alles erdenklich Gute und vor allem Gesundheit. mr



# Fortbildungsangebote

Die Qualitätssicherung und -förderung der KVMV beschränkt sich nicht nur auf die Umsetzung von Vereinbarungen und Richtlinien, sondern zeigt sich auch in vielfältigen Beratungs- und Fortbildungsangeboten für ihre Mitglieder. So wurde unter anderem im Jahr 2019 für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in M-V die Veranstaltungsreihe „Praxis-Update“ erfolgreich weitergeführt.



Schulungsleiter  
Prof. Dr. med. Marcus  
Siebolds



Teilnehmer der Schulung

Ziel einer weiteren Fortbildung der KVMV war die Schulung von Moderatoren-Tandems für „Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen“. Interprofessionelle Qualitätszirkel (IQZ) ermöglichen standardisierte strukturierte Fallbesprechungen zwischen Fachkräften der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe sowie Vertragsärzten und -psychotherapeuten insbesondere aus dem pädiatrischen Bereich. IQZ verstehen sich als Plattform für einen themenspezifischen, moderierten Erfahrungsaustausch auf Augenhöhe. Ziel ist es, Kindern und Familien in problematischen Lebenssituationen frühzeitig Unterstützung zu geben. Im Rahmen dieses Projektes wurde im März 2019 erstmalig eine Moderatoren-Tandem-Schulung, organisiert von der KVMV und dem Landessozialministerium, in Güstrow durchgeführt. Leiter war Prof. Dr. med. Marcus Siebolds, Prodekan des Fachbereichs Qualitätsmanagementbeauftragter an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Zudem waren Katrin Warncke, Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin in Rostock, sowie Katrin Oldörp, Netzwerkkoordinatorin Frühe Hilfen der Hansestadt Rostock, vertreten. Nach erfolgreicher Ausbildung zur Tandemtrainerin leiten und moderieren sie seit 2016 regelmäßig den IQZ Rostock. Die Moderatorinnen vermittelten bei der Schulung in Güstrow Kenntnisse über das Projekt, viel Praxiswissen und Erfahrungen. Auch berichteten sie über Vorteile und Gründung eines IQZ. Die Resonanz zu dieser neuartigen Schulungsveranstaltung war sehr positiv. Insgesamt konnten im Jahr 2019 in M-V drei Kinderärzte, ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, drei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie vier Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe zu Tandemtrainern ausgebildet werden. Damit ist nun die Gründung von neuen IQZ möglich, die künftig praktisch flächendeckend in M-V – möglichst in vielen Städten und fast allen Landkreisen – angeboten werden sollen.

## ■ 2019 wurden unter anderem folgende Fortbildungsseminare unter Leitung der KVMV den Mitgliedern angeboten:

- Treffpunkt Hygiene
- Fortbildung im ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Seminar für Praxisgründer
- Praxis-Update
- Seminar für Moderatoren von vertragsärztlichen Qualitätszirkeln



# Qualitätssicherung in Zahlen und Fakten

## Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007, zuletzt geändert: 1.1.2016

- Die Akupunktur ist eine Leistung, die die gesetzliche Krankenversicherung für chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule und des Kniegelenks durch Gonarthrose erstattet. Voraussetzung dafür ist, dass Ärzte bestimmte Qualitätssicherungsanforderungen erfüllen.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	118
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

Dokumentationsprüfungen	<i>ausschließlich normale Fälle</i>	<i>normale und Ausnahmefälle</i>
Anzahl insgesamt geprüfte Ärzte	1	5
→ davon bestanden	1	5
Anzahl Kolloquien	–	–
Anzahl geprüfte Dokumentationen	<i>normale Fälle 60</i>	<i>Ausnahmefälle 48</i>
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	<i>normale Fälle –</i>	<i>Ausnahmefälle –</i>

### Fortbildungsverpflichtung

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	118
--	-----

## Ambulantes Operieren

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.12.2011

- Viele chirurgische Eingriffe können ambulant durchgeführt werden. Sie sind in einem Katalog aufgelistet. Darüber hinaus gibt es für diese Leistungen einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte, die über eine Genehmigung verfügen. Zudem gelten spezielle Qualitätssicherungsregelungen.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	507
Anzahl beschiedene Anträge	24
→ davon Anzahl Genehmigungen	24

Anzahl Praxisbegehungen	4
→ davon ohne Beanstandungen	4
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	30

## 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: 6.3.2015

- Die Richtlinie benennt unter anderem für die Apherese die vom G-BA für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und die erforderliche Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	40
Anzahl beschiedene Anträge	6*
→ davon Anzahl Genehmigungen	3
→ davon Anzahl Ablehnungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	4

*\*beinhaltet auch Anträge auf Beendigungen von Versorgungsaufträgen*

## Arthroskopie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 135b i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010, Außerkraftsetzung zum 1.7.2019; Neufassung zum 1.1.2020

- Die Arthroskopie ist einer der häufigsten orthopädischen bzw. unfallchirurgischen Eingriffe, der bei etwa der Hälfte der Patienten ambulant erfolgt. Die Ausführung und Abrechnung setzt eine Genehmigung voraus. Grundlage dafür sind die Arthroskopievereinbarung und Qualitätssicherungsregelungen zum ambulanten Operieren.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	58
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

## Balneophototherapie

---

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2010

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Leistungen der Balneophototherapie gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung mittels Bade-PUVA-Therapie, synchroner oder asynchroner Photo-Sole-Therapie sichern soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie in der vertragsärztlichen Versorgung.

### Genehmigungen

---

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

---

### Wartungsnachweise

---

Anzahl geprüfte Ärzte	2
→ davon Nachweise erbracht	2

---

## Blutreinigungsverfahren/Dialyse

---

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.4.2014

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: seit 1.7.2009, zuletzt geändert: 1.7.2018

Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert: 12.4.2017, Außerkraftsetzung zum 1.1.2020, seitdem im Geltungsbereich der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) vom 1.1.2019, zuletzt geändert: 1.1.2020

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Dialyse (Extrakorporale Blutreinigungsverfahren und Peritonealdialyse zur Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz) in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“, „Zentralisierte Heimdialyse“ („Limited-Care“) und „Heimdialyse“ in der vertragsärztlichen Versorgung.

### Genehmigungen

---

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	62
Anzahl beschiedene Anträge	5
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
→ davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–

---

Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		4
<b>Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommissionen</b>		
Anzahl Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen:	je Quartal	24
<b>Stichprobenprüfungen</b>		
Anzahl Stichprobenprüfungen		7
→ davon ohne Beanstandungen		7

## Disease-Management-Programme (DMP)

- Die allgemeine Zielsetzung der DMP ist die strukturierte Behandlung chronisch kranker Patienten, indem Leistungen der Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation über den Rahmen der Versorgungsbereiche hinweg verknüpft werden, um so ganzheitliche Behandlungskonzepte zu ermöglichen.

### Diabetes mellitus Typ 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung		58
→ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt		51
→ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater		7
→ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)		1

### Diabetes mellitus Typ 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung		1.055
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt		1.011
→ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis		44

### Brustkrebs

Anzahl Ärzte mit Genehmigung		166
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt		166

### Koronare Herzkrankheit

Anzahl Ärzte mit Genehmigung		981
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt		926
→ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt		54
→ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)		2

### Asthma bronchiale

Anzahl Ärzte mit Genehmigung		709
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt		676
→ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)		33

## Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	669
→ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	638
→ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	31

## Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016

- Die spezialisierte geriatrische Diagnostik ist eine qualitätsgesicherte Leistung. Durch sie sollen geriatrisch spezialisierte Vertragsärzte den individuellen Behandlungsbedarf eines älteren Patienten ermitteln und einen Behandlungsplan erstellen.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	8
Anzahl beschiedene Anträge	–

## Histopathologie Hautkrebs-Screening

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL), Abschnitt D Nr. II, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderungen zum 1.7.2008, zuletzt hierzu geändert: 1.1.2019

- Dermatologen und Hausärzte können eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs vornehmen. Im Verdachtsfall werden Gewebeproben untersucht. Diese sogenannte Histopathologie unterliegt einer Qualitätssicherung.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	17
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

### Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ)	< 1.000	≥ 1.000
	–	16

### Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	–
-----------------------	---

## HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2009

- Zur Förderung der spezialisierten und flächendeckenden Versorgung von HIV-/Aids-Patienten nach einheitlichen Qualitätsstandards haben sich die Partner des Bundesmantelvertrags auf die Einführung einer entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung geeinigt.

### Genehmigungen

---

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

---

### Frequenzregelung

---

Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	≥ 25 2
--	--------

---

### Fortbildungen

---

Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung	2
---	---

---

### Dokumentationsprüfungen

---

Anzahl geprüfte Ärzte	2
→ davon bestanden	2
Anzahl geprüfte Dokumentationen	20
→ davon vollständig und keine Beanstandungen	20

---

## Hörgeräteversorgung

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.4.2019

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Versorgung gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für schwerhörige Patienten mit Hörgeräten sichern soll. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden. Sie regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen, den Umfang der Versorgung und die Anforderungen an die Praxisausstattung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung.

### Genehmigungen

---

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	85
Anzahl beschiedene Anträge	8
→ davon Anzahl Genehmigungen	8
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5

---

---

**Messtechnische Kontrollen**

---

Anzahl Ärzte, die den jährlichen Nachweis fristgerecht erbracht haben 85

---

**Fortbildungsverpflichtung**

---

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr vorgelegt haben 85

---

## Hörgeräteversorgung – Kinder

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2012, zuletzt geändert: 1.4.2019

**Genehmigungen**

---

Anzahl Ärzte mit Genehmigung 3

Anzahl beschiedene Anträge –

Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen –

Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen –

---

**Messtechnische Kontrollen**

---

Anzahl Ärzte, die den jährlichen Nachweis fristgerecht erbracht haben 3

---

**Fortbildungsverpflichtung**

---

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr vorgelegt haben 3

---

## Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2019

- Am 1. Oktober 2019 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in Kraft getreten. Die Vereinbarung ersetzt den Anhang zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung.

**Genehmigungen**

---

Anzahl Ärzte mit Genehmigung –

Anzahl beschiedene Anträge –

---

## Interventionelle Radiologie

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006, zuletzt geändert: 1.10.2010

- Eine Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem sowie die Nachbetreuung.

---

### Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

---

#### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

---

## Intravitreale Medikamenteneingabe

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2014, zuletzt geändert: 1.10.2019

- Das Verfahren kann bei der Behandlung von Augenerkrankungen wie u.a. der feuchten altersabhängigen Makuladegeneration angewendet werden. Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die fachlichen Voraussetzungen, die räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen sowie die ärztliche Dokumentation.

#### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	43
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

---

#### Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	4
→ davon Anforderungen erfüllt	4
Anzahl insgesamt geprüfte Dokumentationen	40
→ davon ohne Beanstandungen	40
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

---

## 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, zuletzt geändert: 1.1.2019

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, anhand derer die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung. In dieser bundesweit geltenden Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat. Darüber hinaus unterliegen diese Leistungen der ständigen Überprüfung nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik.

### Diagnostische Katheterisierungen

#### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

#### Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen	< 150 1	≥ 150 1
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	< 150 1	≥ 150 entfällt

### Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

#### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

#### Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen	< 150 1	≥ 150 2
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	< 150 1	≥ 150 entfällt
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen	< 50 1	≥ 50 2
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	< 50 1	≥ 50 entfällt

## Kapselendoskopie – Dünndarm

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2014

- Mit der Kapselendoskopie kann der Dünndarm untersucht werden, der sonst für direkte bildgebende Verfahren fast nicht erreichbar ist. Der Patient schluckt eine Mini-Kamera in Form einer großen Tablette. Ärzte haben bestimmte Qualitätsanforderungen zu erfüllen, um Kapselendoskopien durchführen zu können.

### Genehmigungen Applizierer

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Applikation	8
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

### Genehmigungen Auswerter

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	8
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

## Koloskopie

---

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.7.2012

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt II, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert: 1.1.2020

- Gleichzeitig mit der Einführung der Früherkennungskoloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien in der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet. Nur Fachärzte der Inneren Medizin/Gastroenterologie beziehungsweise Fachärzte der Inneren Medizin mit gastroenterologischem Schwerpunkt sowie Chirurgen mit einer Subspezialisierung Koloskopien dürfen die Untersuchung durchführen. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung (zur kurativen und präventiven Koloskopie)	45
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	–
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	2
→ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

## Totale Koloskopien

### Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	< 200	4	≥ 200	41
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben		4	entfällt	

### Dokumentationsprüfungen

Prüfungen				23
→ davon bestanden				22
→ davon nicht bestanden				1

## Polypektomien

### Frequenzregelungen

Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	< 10	3	≥ 10	42
→ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben		3	entfällt	

### Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c				21
→ davon bestanden				19
→ davon nicht bestanden				2
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d				1
→ davon bestanden				1

## Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfte Praxen				42
halbjährliche Prüfungen				82
→ davon bestanden				81
→ davon nicht bestanden				1
Wiederholungsprüfungen				3
→ davon bestanden				3

## Spezial-Labor

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2018.

- Für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen und deren Abrechnung gelten umfangreiche Vorgaben. Dazu gehören auch eine Richtlinie zur Qualitätssicherung, die laborinterne Kontrollen und externe Ringversuche beinhaltet, sowie Hinweise zur Abrechnung.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	154
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
→ darunter Anzahl erstmals erteilter Genehmigungen	4
Kolloquien	2
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	17
<b>Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung nach § 5</b>	
Anzahl der nach § 5 Abs. 1 überprüften Ärzte	4
→ davon ohne Beanstandungen	4
→ davon mit Beanstandungen	–
→ davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	2
Anzahl der nach § 5 Abs. 3 überprüften Ärzte	22
→ davon ohne Beanstandungen	16
→ davon mit Beanstandungen	6
→ davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	12
<b>Ergebnisse der Prüfungen nach § 5 Abs. 3 (bezogen auf Dokumentationen)</b>	
Anzahl Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 1	3
Anzahl Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 5	–
Anzahl Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 6	–
Anzahl Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 7	3
Anzahl Kolloquien	–

## Langzeit-EKG-Untersuchungen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

- Eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektro-Kardiographie 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.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	95
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	298
Anzahl beschiedene Anträge	28
→ davon Anzahl Genehmigungen	28
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	25

## Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2018, zuletzt geändert 1.1.2019

- Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) regelt den Einsatz von Laserverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie beinhaltet die Verfahren der Holmium-Laserresektion und -enukleation, der Thulium-Laserresektion und -enukleation sowie der Photosелеktiven Vaporisation der Prostata.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	–
Anzahl beschiedene Anträge	–

## Magnetresonanz-/Kernspintomographie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001, zuletzt geändert: 1.1.2020

- Wollen Ärzte eine Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie) durchführen, müssen sie bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Neben der persönlichen Qualifikation ist die Erfüllung apparatetechnischer Mindestanforderungen erforderlich. Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanz-Tomographie der Mamma. So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt.

### Genehmigungen Allgemeine Kernspintomographie

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	69
Anzahl beschiedene Anträge	5
→ davon Anzahl Genehmigungen	5
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

### Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	4
Anzahl beschiedene Anträge	2
→ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien	0
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0

### Frequenzregelung Kernspintomographie der Mamma

Anzahl jährliche Nachweise	2
→ mindestens 50 Untersuchungen	2
→ weniger als 50 Untersuchungen	–

# Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007, zuletzt geändert: 1.10.2015

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001, zuletzt geändert: 1.1.2020

- Die Magnetresonanz-Angiographie (MRA) ist ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems und stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar. Da die MRA jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können. Wollen Ärzte das Verfahren durchführen, müssen sie dafür bestimmte Qualitätskriterien erfüllen.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	52
Anzahl beschiedene Anträge	2
→ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

## Dokumentationsprüfungen

Anzahl insgesamt geprüfte Ärzte	11		
→ davon bestanden	11		
Kolloquien	–		
Anzahl insgesamt geprüfte Dokumentationen	134		
davon		<i>ohne Venen</i>	<i>Venen</i>
		132	2
	<i>Anlage 2 Nr. 1 (Hirngefäße)</i>	<i>Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7</i>	<i>Anlage 2 Nr. 5 (Venen)</i>
→ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	91	41	2
→ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	91	41	2
→ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	91	41	2
→ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbare Dokumentationen nach § 7 Abs. 7	91	40	2
→ davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbare Dokumentationen, nach § 7 Abs. 7	–	1	–
→ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbare Dokumentationen, nach § 7 Abs. 7	–	–	–

## Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert: 1.10.2018

- Zur Diagnostik aller Brusterkrankungen – insbesondere von Karzinomen – stehen in der vertragsärztlichen Versorgung eine Reihe von Verfahren zur Verfügung. Eines davon ist die Mammographie, bei der die Brustdrüse von Patientinnen (und Patienten) mittels eines transmittierten Röntgenstrahls in einem Projektionsverfahren abgebildet wird. Hierzu bestehen umfangreiche Qualitätsanforderungen.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	34
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–

Fallsammlungsprüfungen gemäß Abschnitt C	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen
Anzahl Prüfungen	3	1
→ davon bestanden	–	1
→ davon nicht bestanden	3	–

Fallsammlungsprüfungen gemäß Abschnitt D	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfungen
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	11	–
→ davon erfolgreiche Teilnahme	11	–

Dokumentationsprüfungen gemäß Abschnitt E	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung nach § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	19	1
→ davon erfüllt	19	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		3

## Mammographie-Screening

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert: 1.10.2018

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert: 8.11.2017

- Im Jahr 2002 wurde durch den Deutschen Bundestag die Einführung eines flächendeckenden und qualitätsgesicherten Mammographie-Screenings nach den Europäischen Leitlinien in Deutschland beschlossen. 2004 traten 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. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren haben nun Anspruch auf eine Mammographie-Untersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung in einem Rhythmus von zwei Jahren.

## Genehmigungen

Screening-Einheiten	4
Programmverantwortliche Ärzte	8
→ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	8
kooperierende Ärzte	25
→ Befunder von Mammographieaufnahmen	13
→ histopathologische Beurteilungen	5
→ Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	5
→ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	1

## Molekulargenetik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012, zuletzt geändert: 1.4.2017)

- Für molekulargenetische Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen gelten Qualitätssicherungskriterien. Mit einer entsprechenden fachlichen Qualifikation können vor allem Fachärzte für Humangenetik, Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin die Untersuchung durchführen.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	13
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

## Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016

- Zum 1. Juli 2016 trat die Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA in Kraft. Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die Durchführung der Leistungen sowie die Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit und löst damit die Regelung im Anhang zur Vergütungsvereinbarung ab.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	727
Anzahl beschiedene Anträge	24
→ davon Anzahl Genehmigungen	24
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	39

## Neuropsychologische Therapie

---

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.2.2012, zuletzt geändert 1.7.2019

- Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biografischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z.B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit). Die Richtlinie benennt die für die vertragsärztliche Versorgung erforderliche Qualifikation der Leistungserbringer, Anwendungsformen, Leistungserbringung, Leistungsinhalt und Leistungsumfang der neuropsychologischen Therapie sowie Anforderungen an die Dokumentation und Qualitätssicherung.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	5
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Onkologie

---

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2020

- Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch wird eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt. Im Rahmen einer möglichst umfassenden Behandlung krebskranker Patienten wird eine wohnortnahe ambulante vertragsärztliche Behandlung durch dazu besonders qualifizierte Ärzte angestrebt, denen die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich zukommt.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	61
→ davon Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	8
→ davon Anzahl Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	11
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5

### Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	5
→ davon ohne Beanstandungen	2
→ davon mit Beanstandungen	3

### Fortbildungsverpflichtung

Anzahl Ärzte, die die Nachweise erbracht haben	61
--	----

## 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

- Otoakustische Emissionen sind spontane Schallabstrahlungen aus dem Innenohr. Verursacher sind die äußeren kontraktionsfähigen Haarzellen. Die Messung otoakustischer Emissionen erfolgt zur Abklärung von Erkrankungen des Innenohrs. Die Richtlinie benennt in Anlage I die vom G-BA für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und – soweit zur sachgerechten Anwendung der neuen Methode erforderlich – die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und die erforderliche Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung. Anlage II führt die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf, die nach Überprüfung durch den G-BA nicht als vertragsärztliche Leistung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen. In Anlage III werden die Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt ist, genannt.

### Genehmigungen

---

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	72
Anzahl beschiedene Anträge	2
→ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

---

## Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung

---

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, EBM (GOP 37300, 37302, 37317, 37318). Rechtsgrundlage: Anlage 30 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.1.2017

- Ziel dieser Vereinbarung ist die Festlegung der Voraussetzungen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung nach § 87 Abs. 1b SGB V von schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersgruppen in der letzten Phase ihres Lebens. Die Stärkung der ambulanten Palliativversorgung erfolgt durch besonderes Engagement und besondere Qualifikation des an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsarztes, die bedarfsgerechte Strukturierung des Versorgungsprozesses, die Koordination aller beteiligten Leistungserbringer durch den teilnehmenden Vertragsarzt, die aktive Kooperation des verantwortlichen Arztes mit weiteren an der Versorgung Beteiligten sowie weiteren Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität.

### Genehmigungen

---

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	94
Anzahl beschiedene Anträge	10
→ davon Anzahl Genehmigungen	10
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	7
Anzahl Ärzte, die den Nachweis zur speziellen Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr erbracht haben	–

---

## Positronenemissionstomographie (PET) und PET/CT

---

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16.5.2015, zuletzt geändert 19.12.2019

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2016, zuletzt geändert 1.12.2018

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, die die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie und Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT) bei vom G-BA zugelassenen Indikationen bei onkologischen Fragestellungen sichern soll. Sie regelt, welche Voraussetzungen Radiologen und Nuklearmediziner für eine Abrechnungsgenehmigung erfüllen müssen.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	4
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

### Fortbildungsverpflichtung

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	1
--	---

## Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert: 1.4.2017

- Diese Vereinbarung dient der Qualitätssicherung der photodynamischen Therapie (PDT) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation und subfovealer chorioidaler Neovaskularisation (CNV) aufgrund von pathologischer Myopie mit bestkorrigiertem Visus von mindestens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von maximal 5400 Mikrometer. Sie regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung der Photodynamischen Therapie(n) am Augenhintergrund im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Phototherapeutische Keratektomie

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007; zuletzt geändert: 1.4.2017

- Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und apparative Ausstattung sowie die Anforderungen an die Indikationsstellung und an die Dokumentation als Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der PTK im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Rhythmusimplantat-Kontrolle

---

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2018

Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V. Anlage 31 BMV-Ä. Gültigkeit zum 1.1.2017

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, die die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle (Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters beziehungsweise Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie) sichern soll. Die Qualitätssicherungsvereinbarung ersetzt die bisherige Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers von 2006 und regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Rhythmusimplantat-Kontrolle in der vertragsärztlichen Versorgung

### Genehmigungsbereich „Herzschrittmacherkontrolle“, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 a)

#### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	5
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl erstmalig erteilte Genehmigungen	–
Anzahl widerrufen Genehmigungen	–
Anzahl zurückgegebene Genehmigungen	–

#### Dokumentationsprüfungen

Anzahl überprüfte Ärzte	1
Anzahl überprüfte Dokumentationen	20
→ davon Anzahl Dokumentationen mit Beanstandungen	20
→ darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit	–
→ darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung	20
→ davon Anzahl ohne Beanstandungen	–
Anzahl Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert wurden	1

## Genehmigungsbereich „Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle“, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 b)

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedene Anträge	1
Anzahl erstmalig erteilte Genehmigungen	1
Anzahl abgelehnte Anträge	–
Anzahl widerrufen Genehmigungen	–
Anzahl zurückgegebene Genehmigungen	2

### Dokumentationsprüfungen

Anzahl überprüfte Ärzte	–
Anzahl überprüfte Dokumentationen	–

## Genehmigungsbereich „Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle“, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 c)

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	60
Anzahl beschiedene Anträge	5
Anzahl erstmalig erteilte Genehmigungen	5
Anzahl abgelehnte Anträge	–
Anzahl widerrufen Genehmigungen	–
Anzahl zurückgegebene Genehmigungen	1

### Dokumentationsprüfungen

Anzahl überprüfte Ärzte	10
Anzahl überprüfte Dokumentationen	200
davon Anzahl Dokumentationen mit Beanstandungen	60
→ darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	23
→ darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	37
davon Anzahl ohne Beanstandungen	140
Anzahl Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert wurden	2

## Schlafbezogene Atmungsstörungen

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, die die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung sichern soll. „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	90
→ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	82
→ davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	4
→ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	4
<hr/>	
Anzahl beschiedene Anträge	10
→ davon Anzahl Genehmigungen	10
<hr/>	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Schmerztherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2005, zuletzt geändert: 1.10.2016

- Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei verschiedenen Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen oder vorangegangenen Traumen oder ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von Ärzten gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen. Die Qualitätssicherungsvereinbarung dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Sie regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie, die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die Organisation sowie die räumliche und apparative Ausstattung als Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	33
<hr/>	
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
<hr/>	
Anzahl Kolloquien	2
→ davon bestanden	2
<hr/>	
Anzahl Praxisbegehungen	2
→ davon ohne Beanstandungen	2
<hr/>	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	3
→ davon Anforderungen erfüllt	3
<hr/>	
Anzahl geprüfte Dokumentationen	36
→ davon ohne Beanstandungen	36

## Sozialpsychiatrie

---

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 1.7.2009, zuletzt geändert: 1.1.2019, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 1.7.2013

- Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei der gezielte Aufbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind, im Katalog der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen jedoch nicht aufgeführt werden. Vorwiegend soll bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	11
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Soziotherapie

---

Richtlinie 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, Neufassung seit 15.4.2015, zuletzt geändert: 8.6.2017

- Soziotherapie nach § 37a SGB V soll die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist eine koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen. Die vom G-BA gemäß § 37a und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V beschlossene Richtlinie regelt Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Verordners (gemäß der in § 4 genannten Berufsgruppen) mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (soziotherapeutischer Leistungserbringer).

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	53
Anzahl beschiedene Anträge	7
→ davon Anzahl Genehmigungen	7
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

- Als extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bezeichnet man ein technisches Verfahren in der Urologie, mit dem man beispielsweise Harnsteine durch fokussierte Stoßwellen zertrümmern kann. Die Richtlinie benennt die für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung und die erforderliche Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	15
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

## 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: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.1.2020

Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik – konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135b i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1992, zuletzt geändert: 1.1.2020

- Die Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie, Nuklearmedizin und von Strahlentherapie umfasst die Bereiche allgemeine Röntgendiagnostik, Computertomographie, Knochendichtemessung (Osteodensitometrie), Strahlentherapie und Nuklearmedizin.

### Konventionelle Röntgendiagnostik

#### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	415
Anzahl beschiedene Anträge	16
→ davon Anzahl Genehmigungen	15
→ davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	15

### Computertomographie

#### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	83
Anzahl beschiedene Anträge	4
→ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3

## Osteodensitometrie

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	12
Anzahl beschiedene Anträge	10
→ davon Anzahl Genehmigungen	5
→ davon Anzahl Ablehnungen	5
Anzahl Kolloquien	1
→ davon bestanden	1
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Strahlentherapie

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	27
Anzahl beschiedene Anträge	8
→ davon Anzahl Genehmigungen	8
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2

## Nuklearmedizin

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	24
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1

## Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 17.1.2019

- Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die Krankenbehandlung im Sinne des § 27 SGB V beinhaltet die substitutionsgestützte Behandlung einer Opioidabhängigkeit im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes. Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung (im folgenden „Substitution“ genannt) bei Opioidabhängigen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Richtlinie gilt für alle Substitutionen gemäß § 5 Absatz 1 und § 5a BtMVV unabhängig davon, mit welchen nach der BtMVV zulässigen Substitutionsmitteln sie durchgeführt werden. Als opioidabhängig im Sinne dieser Richtlinie gelten auch solche Abhängige, die bereits mit einem Drogensatzstoff substituiert werden. Neben den Vorgaben dieser Richtlinie sind die einschlägigen bundesrechtlichen Bestimmungen, insbesondere des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), sowie die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger zu beachten.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	38
Anzahl beschiedene Anträge	3
→ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	17

## Dokumentationsprüfungen

Anzahl geprüfte Ärzte	18
Anzahl geprüfte Fälle	79
→ keine Beanstandungen	66
→ geringe Beanstandungen	13
→ erhebliche Beanstandungen	–
→ schwerwiegende Beanstandungen	–

## Ultraschalldiagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; zuletzt geändert: 1.10.2019

- Die Ultraschall-Vereinbarung regelt alle relevanten fachlichen und apparativen Anforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Qualitätssicherung umfasst die Dokumentationsprüfung, Prüfung aller Anforderungen für zu genehmigende Ultraschallsysteme und Prüfung der Leistungsfähigkeit der Ultraschallsysteme.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1.312
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	<i>neu nach</i> 79 <i>neu (wg. Status-</i> 43
→ davon Anzahl Genehmigungen	<i>§ 14</i> 79 <i>wechsel u.ä.)</i> 43
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	<i>neu</i> 239 <i>erneut</i> 107
→ davon Anzahl Genehmigungen	203 107
→ davon Anzahl Ablehnungen	36 –
Anzahl Kolloquien	<i>§ 14 Abs. 6</i> 1 <i>§ 11 Abs. 7</i> –
→ davon bestanden	1 –
→ davon nicht bestanden	– –
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	82
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	159

## Apparative Ausstattung

Anzahl insgesamt gemeldete Ultraschallsysteme (US)	1.440
--	-------

<b>Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle): sechs Jahre nach Abnahmeprüfung</b>		
Anzahl geprüfte US-Systeme (§ 2 c))		42
<b>Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bildokumentation): vier bzw. sechs Jahre nach Abnahmeprüfung</b>		
Anzahl geprüfte US-Systeme (§ 2 c))		61
<b>Dokumentationsprüfungen</b>		
	<i>§ 11 Abs. 2 a)</i>	<i>§ 11 Abs. 5</i>
Anzahl geprüfte Ärzte	84	4
→ davon ohne Beanstandung	8	–
→ davon mit geringen Beanstandungen	56	4
→ davon mit erheblichen Beanstandungen	16	–
→ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	4	–
Anzahl geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	420	20
→ davon ohne Beanstandungen	126	7
→ davon mit geringen Beanstandungen	232	12
→ davon mit erheblichen Beanstandungen	48	1
→ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	14	–
<b>bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:</b>		
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	1	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	8	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	16	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	1	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	4	–
<b>bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation:</b>		
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	2	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	12	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	41	–
Kolloquien		–
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigungen		–
<b>Genehmigungen Säuglingshüfte</b>		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		87
Anzahl beschiedene Anträge		4
→ davon Anzahl Genehmigungen		4
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		5

## Dokumentationsprüfungen

	Initialprüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
Anzahl geprüfte Ärzte	3	4	10
→ davon Anforderungen erfüllt	3	3	9
→ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	–	1	1
→ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	–	–	–
	nach Initialprüfung	nach 2-Jahres- Prüfung	nach 5-Jahres- Prüfung
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	–	1	3
→ davon Anforderungen erfüllt	–	1	3
Anzahl geprüfte Dokumentationen			252
→ davon regelgerecht (Stufe I)			210
→ davon eingeschränkt (Stufe II)			41
→ davon unzureichend (Stufe III)			1

## Vakuumbiopsie der Brust

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen): 1.1.2015

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, die die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle der Brust (im folgenden „Vakuumbiopsie“ genannt) sichern soll. Sie regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung, die Indikationsstellung, die Durchführung und die ärztliche Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Vakuumbiopsie in der vertragsärztlichen Versorgung.

## Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	11
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien/Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

## Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

---

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2015 (vormalige Versionen seit dem 1.7.1992), zuletzt geändert 1.1.2019

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt III, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert: 1.1.2020

- Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, die die Qualität zytologischer Untersuchungen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms sichern soll. Sie regelt die fachlichen, räumlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der präventiven zytologischen Untersuchungsleistung nach Teil III C § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), der zytologischen Untersuchung zur Abklärung eines auffälligen Screeningbefundes nach Teil III C § 7 der oKFE-RL, der zytologischen Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung und der kurativen zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri in der vertragsärztlichen Versorgung. Weiterhin regelt diese Vereinbarung die Durchführung der Präparatebefundung und deren Überprüfung sowie die Verpflichtung zur Erstellung von Statistik-Berichten.

### Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14
Anzahl beschiedene Anträge	1
→ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Rückgaben/Beendigungen/Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–

### Fortbildungsverpflichtung

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	13
Anzahl Präparatebefunder, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	
→ Anzahl Präparatebefunder insgesamt	29
→ Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2	29

# Glossar

---

**Akkreditierung:** Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution. Im Kontext der Qualitätssicherung entspricht dies der Erteilung von Genehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V durch die KVen.

**AQUIK®** – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen: Indikatorenset von 48 sowohl fachgruppenübergreifenden als auch fachgruppenspezifischen Indikatoren für die ambulante Versorgung.

**Audit:** Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit bestimmte Kriterien erfüllt sind. Im Kontext des Qualitätsmanagements ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagement-Systems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die KVen gehören hierzu unter anderem (optionale) Praxisbegehungen als Standardmaßnahmen fast aller Qualitätssicherungsvereinbarungen.

**Behandlungspfad:** Steuerungsinstrument, das den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge festlegt. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.

**Benchmarking:** Konzept zum Vergleich bestimmter Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Patientenzufriedenheit und dergleichen sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse.

**Besondere Versorgung:** Mit der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V sollen die verschiedenen Leistungssektoren miteinander vernetzt und eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) ermöglicht werden. Auf diese Weise sollen die verschiedenen Leistungsbereiche in eine einheitliche vertragliche Versorgung eingebunden werden. Die Regelungen zur besonderen Versorgung bauen auf den bisherigen Vertragsformen auf. Die Krankenkassen als Kostenträger können mit hierfür zugelassenen Leistungserbringern spezielle Verträge schließen. Ziel ist es, durch vernetzte Behandlungsstrukturen eine bessere Qualität zu erreichen und interdisziplinäre Hürden

zu überwinden, um auf die besonderen Bedürfnisse bei der Patientenversorgung flexibel eingehen zu können.

**Case Management:** Leitliniengestützte, sektorenübergreifende und durch Fachkräfte unterstützte Versorgungsform, die sich auf Patienten oder kleine Patientengruppen bezieht und eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat.

**DIN:** Deutsches Institut für Normung. Das Institut ist die nationale Normungsorganisation der Bundesrepublik Deutschland.

**DIN EN ISO 9000 ff.:** Diese internationale, erstmals Ende der Achtzigerjahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen). DIN EN ISO 9000:2005 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2008 legt Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2009 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen. Die Qualität des Produkts beziehungsweise der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in DIN EN ISO 9001:2008 festgelegten Standards nachgewiesen werden können beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungsbeziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

**Disease-Management-Programme (DMP):** Sektorenübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientengruppen mit speziellen Krankheiten und Risikokonstellationen richtet, deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien sowie durch die Eigeninitiative von Patientinnen und Patienten soll eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses erreicht werden.

**Effektivität:** Wirksamkeit, also das Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden. Eine Maßnahme ist effektiv, wenn sie geeignet ist, das formulierte Ziel zu erreichen.

**Effizienz:** Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen. Eine Maßnahme ist effizient, wenn eine vorgegebene Wirkung mit dem geringstmöglichen Ressourceneinsatz erreicht oder alter-

nativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

**Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):** Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der sich paritätisch aus Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der KBV zusammensetzt. Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit.

**Einzelfallprüfung** durch Stichproben-/Dokumentationsprüfung: Die KVen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Entsprechend den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, die KVen wählen von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden. Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance besitzen, in die Stichprobe zu gelangen. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar, eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens ist im Einzelfall zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung abzuwägen. Dieser Abwägung ist bei der Ergebnisbewertung Rechnung zu tragen. Gleichermaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Kriterien zum Bestehen der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

**EN:** Europäische Norm

**Ergebnisqualität:** siehe Qualitätsdimensionen

**Evaluation:** Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (zum Beispiel Auswirkungen auf die Versorgung, auf das Wohlbefinden der Beteiligten,

auf das ärztliche Selbstverständnis und so weiter) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

**Evidenzbasierte Medizin (EbM):** EbM ist die Synthese von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer Forschung unter Einbeziehung von Präferenzen der behandelten Personen. Sie umfasst die Formulierung einer konkreten, beantwortbaren Fragestellung, die Suche nach der relevanten Evidenz in der klinischen Literatur, den Einsatz wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien und der Größe des beobachteten Effekts, individuelle Anwendung dieser Evidenz auf konkrete Patienten unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

**Feedback:** Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Teil eines Regelkreises. Es hat deutlichen Einfluss auf das künftige Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme.

**Fortbildung:** Vertragsärzte und -ärztinnen und Vertragspsychotherapeuten und -therapeutinnen unterliegen den Anforderungen ihrer Berufskammern, die unter anderem die regelmäßige Fortbildung als eine Säule der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung vorsehen. Diese Anforderungen sind fester Bestandteil der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Darüber hinaus müssen sie gegenüber der jeweils zuständigen KV nachweisen, dass sie innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren 250 Fortbildungseinheiten in verschiedenen Kategorien absolviert haben.

**Frequenzregelungen:** Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der eine Ärztin oder ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden Mindestmengen unter anderem für Leistungen der invasiven Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter) und für Koloskopien festgelegt. Die KVen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärztinnen und Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und die Ärztin oder der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen. Da mit der Festlegung einer Frequenz versucht wird, Erfahrungswissen zu operationalisieren, können die Grenzwerte oft nicht nach den Regeln der

evidenzbasierten Medizin eindeutig festgelegt werden, sondern sind konsensusgestützte Werte.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):** Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

**Genehmigungspflicht:** Die Genehmigung der KV ist für eine Vielzahl von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen Voraussetzung für deren Durchführung und Abrechnung an gesetzlich Versicherten. Der Antragstellende muss beispielsweise anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nachweisen, dass er die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegte fachliche Befähigung sowie die organisatorischen, räumlichen, apparativ-technischen sowie hygienischen Voraussetzungen erfüllt.

**GKV-Spitzenverband:** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und gestaltet als Verhandlungspartner, beispielsweise in Verhandlungen mit der KBV und als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

**Health Technology Assessment (HTA):** Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikationen, sowohl in absoluter Betrachtung als auch im Vergleich zu anderen damit konkurrierenden Verfahren. HTA ist eines der wichtigsten Instrumente der evidenzbasierten Medizin.

**Hygienepflicht:** Regelmäßige Hygienepflichtprüfungen und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei Darmspiegelungen erfolgt zweimal im Jahr unangemeldet durch ein von der jeweiligen KV beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung des Arztes oder der Ärztin widerrufen.

**Integrierte Versorgung:** Mit dem zum 23. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStärkG) wurden die an unter-

schiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch V geregelten selektiven Vertragsformen neu strukturiert und als „Besondere Versorgung“ im neuen § 140a SGB V zusammengefasst. Die neuen Verträge nach § 140a SGB V lösen die Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V, die bisherigen Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V ab. Die §§ 140b-d, 73a und 73c SGB V wurden aufgehoben. Näheres siehe unter „Besondere Versorgung“

**ISO:** Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist das Deutsche Institut für Normung e. V. (DIN).

**Kollektivvertrag:** Die KBV oder regional die KVen schließen mit dem GKV-Spitzenverband oder Krankenkassen Verträge, um die ambulante Versorgung von gesetzlich Versicherten sicherzustellen. Der Bundesmantelvertrag ist ein Beispiel für einen Kollektivvertrag auf Bundesebene, in dem die Einzelheiten der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt sind. Auf Landesebene können KVen und Krankenkassen unter anderem die Höhe der Gesamtvergütung für spezielle vertragsärztliche Leistungen vereinbaren. Die Teilnahme am Kollektivvertrag ist für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten verpflichtend. Die Abrechnung erfolgt über die KV.

**Kolloquien:** Maßnahme der Qualitätssicherung, die in der Umsetzung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien und Vereinbarungen in der Hauptsache als Instrument zur Beratung und gegebenenfalls Prüfung vorgesehen ist.

**KTO®:** Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Ein 1997 zunächst von der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen initiiertes, später unter Mitwirkung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und aller gesetzlichen Krankenkassen entwickeltes Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Hospize und Rettungsdienste.

**Leitlinien:** Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

**Medizinproduktegesetz (MPG):** Deutsche Rechtsnorm, die drei EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, verbindlich in nationales Recht umsetzt. Mit dem MPG sind die EU-Richtlinien für aktive implantierbare Geräte, für Medikalprodukte

und In-vitro-Diagnostika in nationales Recht verbindlich überführt.

**Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV):** Verordnung auf der Basis des Medizinproduktegesetzes, die Einzelheiten der Anwendung von Medizinprodukten regelt.

**Nationale Versorgungsleitlinien:** Nationale Versorgungsleitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische sektorenübergreifende Versorgung auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz. Das deutsche Programm für nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der KBV.

**Nutzen:** Wertbegriff, der entsprechend dem jeweiligen Messmodell objektiv (Kosten-Nutzen-Analyse: Geldeinheiten) oder subjektiv (Nutzwertanalyse: subjektive Nutzwerte) definiert ist.

**Peer Review:** Der Grundgedanke des Peer Reviews besteht darin, sich von Kollegen (speziell ausgebildeten Peers) in der Praxis besuchen und beobachten zu lassen. Im anschließenden kollegialen Gespräch wird das Praxishandeln kritisch reflektiert mit dem Ziel, zu lernen und sich zu verbessern. Als freiwillige Initiative ergänzt Peer Review das Portfolio ambulanter Qualitätsinstrumente.

**Plausibilitätskontrolle:** Überprüfung von Ergebnissen im Kontext anderer verfügbarer Angaben aus parallel oder schon früher erstellten Befunden (Befundmusterkontrolle, Trendkontrolle) sowie anhand von Grenzwerttabellen oder nach empirischen Regeln (Extremwertkontrolle, Regelprüfung). Die jeweiligen Entscheidungsgrenzen können nach sachlogischen Gesichtspunkten vorgegeben oder mit Hilfe explorativer Datenanalysen statistisch ermittelt werden. Plausibilitätskontrollen werden außerdem von den KVen jährlich bei mindestens zwei Prozent aller Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten hinsichtlich ihrer Honorarabrechnungen und Zeitprofile durchgeführt.

**Praxisbegehungen:** Regelmäßige Praxisbegehungen und damit verbundene Hygienepfahrungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung in den Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie vorgeschrieben. Darüber hinaus gehören optionale Praxisbegehungen zu den Standardmaßnahmen der Qualitätssicherung und sind in fast allen Vereinbarungen vorgesehen. Sie dienen der Kontrolle, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den jeweiligen Anforderungen genügt.

**Prozessqualität:** siehe Qualitätsdimensionen

**Qualität:** Nach der DIN EN ISO 9000:2005 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ definiert. Diese abstrakte Definition wurde von Wilhelm von Eimeren konkretisiert als „das Verhältnis vom Machbaren bezogen auf das Erwünschte“. Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor definierten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist nach Avedis Donabedian zu überprüfen. Wie dieser Soll-Zustand als Ausdruck der „guten Qualität“ in der Gesundheitsversorgung näher zu definieren ist, mag dabei allerdings je nach Blickwinkel unterschiedlich bewertet werden.

**Qualitätsdimensionen:** Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-)Ergebnisses definierte Anforderungen erfüllt. Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als „Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen“ geht auf Avedis Donabedian zurück. Demnach unterscheiden sich die drei Dimensionen wie folgt: Strukturqualität umfasst die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschließlich der Zugangsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten; Prozessqualität meint alle medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen; Ergebnisqualität beschreibt die dem medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen. Siehe auch Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

**Qualitätsindikator:** Quantitatives oder qualitatives Maß, welches die Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen zumeist durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbildet. Qualitätsindikatoren können einzelne Aspekte von Qualität transparent machen und damit auch Auffälligkeiten beziehungsweise potenzielle Qualitätsdefizite in die Aufmerksamkeit rücken. Sie können als Instrument zur Bewertung und zum Monitoring der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden, die sich auf das Behandlungsergebnis bei dem oder der Behandelten auswirken. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu werden anhand von Referenzwerten beziehungsweise Referenzbereichen Ausprä-

gungen des Indikators definiert. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen. Qualitätsindikatoren werden auch als qualitätsbezogene Kennzahlen beziehungsweise Qualitätskennzahlen bezeichnet.

**Qualitätsmanagement:** Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Gesetzgebung.

**Qualitätssicherung:** Unter Qualitätssicherung als Synonym für Qualitätssicherung sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Versicherten und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen dahingehend schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff Qualitätssicherung bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Traditionell wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter externer Qualitätssicherung werden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Dies ist für den ambulanten Bereich in der Hauptsache in den Disease-Management-Programmen umgesetzt. Insgesamt existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

**Qualitätssicherungsbeauftragte:** Die KV beruft eine Person als Qualitätssicherungsbeauftragte, die Ärzte in Fragen der Qualitätssicherung berät.

**Qualitätssicherungskommissionen:** Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständs mit einer professionellen Verwaltung. Die KVen richten dabei für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel Radiologie oder Sonographie) Kommissionen ein, welche die Umsetzung der in den einzelnen Bereichen geltenden Richtlinien und Vereinbarungen unterstützen.

**Qualitätssicherungs-Richtlinien** der KBV: Die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V schaffen strukturelle Voraussetzungen durch eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, durch das Berufen von Qualitätssicherungsbeauftragten in den KVen, das Einrichten von Qualitätssicherungskommissionen und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei den KVen. Als Verfahren zur Qualitätssicherung werden Qualitätszirkel, Ringversuche, Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) und Kolloquien eingesetzt.

**Qualitätszirkel:** Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gründende Foren für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmenden eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

**Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®:** Ein von der KBV und den KVen erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Es ermöglicht niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ein umfassendes Qualitätsmanagement auf der Basis eines Manuals einzuführen und es von einer Zertifizierungsstelle begutachten zu lassen.

**Reliabilität:** Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird zusätzlich von Objektivität beziehungsweise Interbeobachterübereinstimmung gesprochen.

**Rezertifizierung:** Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem sich Ärzte in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterziehen müssen. Umgesetzt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung zur kurativen Mammographie. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt ein Arzt die Anforderungen nicht und kann seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen.

**Richtlinie:** Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierte Institution konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

**Ringversuch:** Externe Qualitätskontrollmethode. Die Qualität von Analysemethoden wird anhand von zugesandten Kontrollmaterialien überprüft. Die Überwachung von Ringversuchen im Laborbereich der ambulanten Versorgung obliegt zum Teil den KVen. Die erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Ringversuchen ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen.

**Standard:** Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. Allgemein werden hierunter Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau verstanden. Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Aus juristischer Sicht ist ein medizinischer Standard das, was auf dem betreffenden Fachgebiet dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.

**Strukturqualität:** siehe Qualitätsdimensionen

**Validität:** Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium der Qualität einer empirischen Untersuchung. Zusammen mit den Kriterien der Reliabilität beziehungsweise der Objektivität können Aussagen zur Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

**Versorgungsforschung:** Systematische Erforschung der medizinischen Versorgung unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer. Sie bedient sich quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Methoden. Sie dient der Neuentwicklung theoretisch oder empirisch fundierter Versorgungskonzepte beziehungsweise der Verbesserung bereits vorhandener Konzepte.

**Wirksamkeit:** siehe Effektivität

**Zertifizierung:** Verfahren, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit festgelegte Anforderungen erfüllt.

*Modifizierter Auszug aus dem Glossar der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) zum Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der*

# ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
<b>A</b>	Abklärungskolposkopie	Jenny Klammer	210
	Akupunktur	Anika Gilbrich	249
	Ambulantes Operieren	Stefanie Moor	384
	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	Kirsten Martensen	243
	Apheresen	Monika Schulz	383
	Arthroskopie	Saskia Kohls	382
	Autogenes Training	Anke Voglau	377
<b>B</b>	Baby on Time	Caroline Janik	177
	Balneophototherapie	Anika Gilbrich	249
<b>C</b>	Chirotherapie	Anika Gilbrich	249
	Computertomographie	Martina Lanwehr	375
<b>D</b>	Diabetes	Manuela Ahrens	378
	Dialyse	Monika Schulz	383
	DMP Asthma	Manuela Ahrens	378
	DMP Brustkrebs	Manuela Ahrens	378
	DMP COPD	Manuela Ahrens	378
	DMP Diabetes Typ 1 und 2	Manuela Ahrens	378
	DMP KHK	Manuela Ahrens	378
	Dünndarm-Kapselendoskopie	Saskia Kohls	382
	<b>E</b>	Entwicklungsneurologie	Anke Voglau
<b>F</b>	Facharztvertrag chronische Wunde	Marie Krethe	385
	Früherkennungsuntersuchung	Caroline Janik	177
	Funktionsstörung der Hand	Saskia Kohls	382
<b>G</b>	Geriatric	Anke Voglau	377
	Gesund schwanger	Caroline Janik	177
	Gestationsdiabetes	Manuela Ahrens	378
<b>H</b>	Hallo Baby	Caroline Janik	177
	Hausarztzentrierte Versorgung	Caroline Janik	177
	Hautkrebsscreening	Anika Gilbrich	249
	Hepatitis C	Caroline Janik	177
	Histopathologie – Hautkrebsscreening	Silke Seemann	387
	HIV/Aids	Jenny Klammer	210
	Homöopathie	Caroline Janik	177
	Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	384
	Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann/ Stefanie Moor	387 384

# ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431-...

QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	Manuela Ahrens	378
Hypnose	Anke Voglau	377
<b>I</b> Interventionelle Radiologie	Martina Lanwehr	375
Intravitreale Medikamenteneingabe	Saskia Kohls	382
Invasive Kardiologie	Caroline Janik	177
<b>K</b> Koloskopie	Saskia Kohls	382
Krebsregister	Kirsten Martensen	243
<b>L</b> Labor	Silke Seemann	387
Langzeit-EKG	Caroline Janik	177
Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms	Stefanie Moor	384
<b>M</b> Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	375
Mammographie-Screening	Martina Lanwehr	375
Medikationskonsil	Caroline Janik	177
Molekulargenetische Untersuchung	Silke Seemann	387
MRSA	Silke Seemann	387
MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	375
<b>N</b> Neugeborenenenscreening	Silke Seemann	387
Neuropsychologie	Anke Voglau	377
Nuklearmedizin	Martina Lanwehr	375
<b>O</b> Onkologie	Kirsten Martensen	243
Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme	Kirsten Martensen	243
Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	375
Otoakustische Emission	Stefanie Moor	384
<b>P</b> Palliativversorgung	Anke Voglau	377
PDT/PTK	Saskia Kohls	382
PET/CT	Martina Lanwehr	375
Pflegeheim	Jenny Klammer	210
Physikalisch-medizinische Leistungen	Anika Gilbrich	249
Polygraphie/Polysomnographie	Anke Voglau	377
Praxisassistenten	Marie Krethe	385
Praxisnetze	Caroline Janik	177
Präexpositionsprophylaxe	Jenny Klammer	210
Proktologie	Saskia Kohls	382
Progressive Muskelrelaxation	Anke Voglau	377

QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
Psychosomatische Grundversorgung	Anika Gilbrich	249
Psychotherapie	Anke Voglau	377
Psychotherapie Informationsstelle	Anika Gilbrich	249
<b>Q</b> Qualitätsmanagement	Manuela Ahrens Stefanie Moor	378 384
Qualitätsbericht	Kirsten Martensen	243
Qualitätszirkel	Anika Gilbrich	249
<b>R</b> Radiologie	Martina Lanwehr	375
Reproduktionsmedizin	Silke Seemann	387
Rhythmusimplantat-Kontrolle	Caroline Janik	177
<b>S</b> Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	Monika Schulz	383
Schmerztherapie	Stefanie Moor	384
Sozialpsychiatrie	Anke Voglau	377
Sozialpädiatrie	Anke Voglau	377
Soziotherapie	Anke Voglau	377
Stoßwellenlithotripsie	Monika Schulz	383
Strahlentherapie	Martina Lanwehr	375
Substitutionsbehandlung	Jenny Klammer	210
Suchtvereinbarung	Jenny Klammer	210
<b>T</b> Tonsillotomie	Stefanie Moor	384
Transurethrale Botulinuminjektion	Stefanie Moor	384
<b>U</b> Ultraschall	Marion Rothe	376
<b>V</b> Vakuumbiopsie der Brust	Martina Lanwehr	375
VERAH-Care	Marie Krethe	385
Vernetzte Versorgung	Anette Winkler	449
<b>V</b> Willkommen Baby	Caroline Janik	177
<b>Z</b> Zweitmeinung	Manuela Ahrens	378
Zytologie	Silke Seemann	387





**Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**

Neumühler Straße 22 · 19057 Schwerin · Telefon: 0385.7431-0 · Fax: 0385.7431-222 · E-Mail: [info@kvmv.de](mailto:info@kvmv.de) · [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de)

---