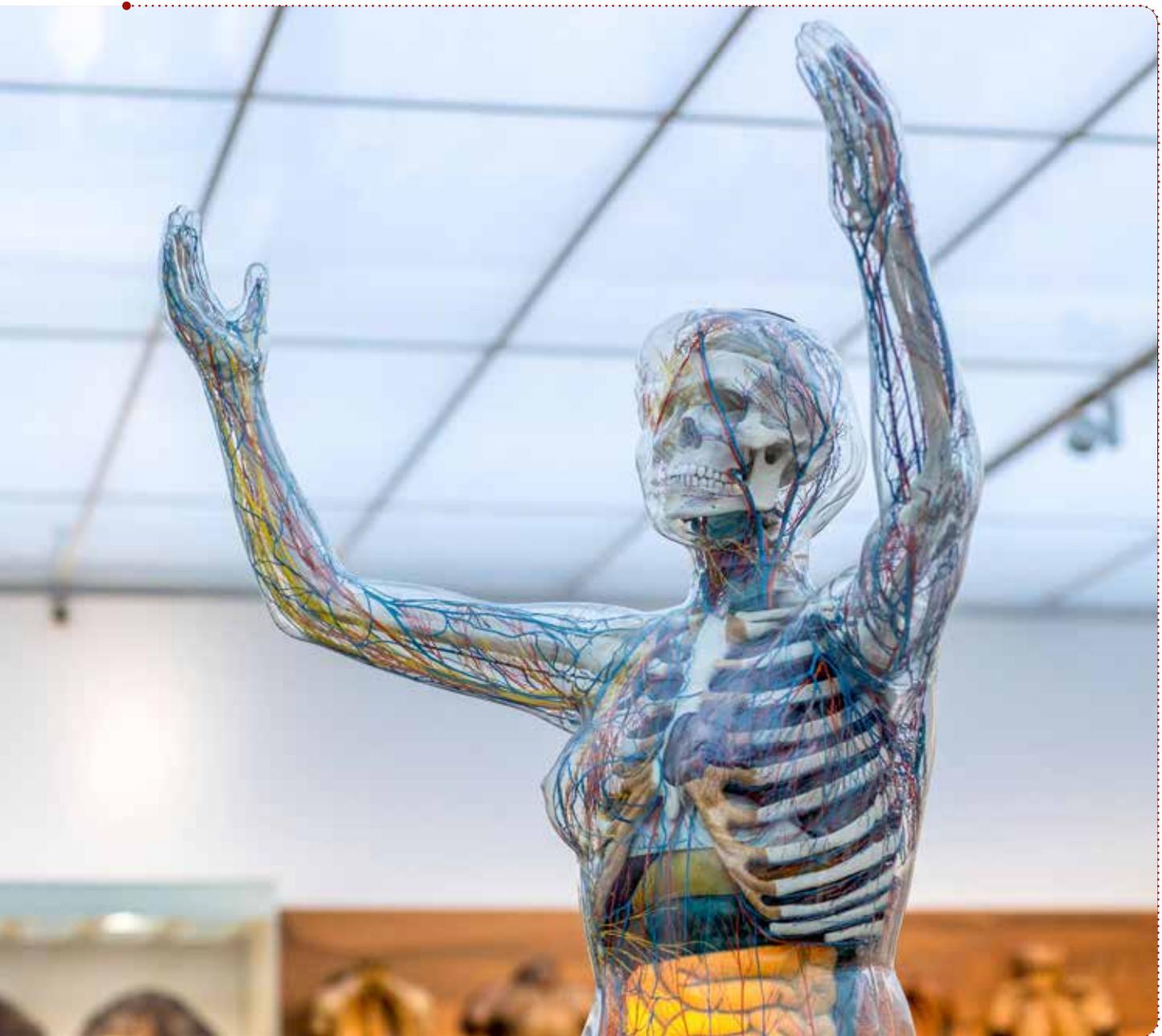


# QUALITÄT UND SICHERSTELLUNG

## in der ambulanten medizinischen Versorgung in M-V

*Berichtsjahr 2023 | Ausgabe 2024*



# 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,  
Karen Obenauf

## **Grafiken**

Kassenärztliche Vereinigung M-V

## **Kartengrundlage**

© Lutum+Tappert  
© Kassenärztliche Vereinigung M-V

## **Bildnachweis**

© Kassenärztliche Vereinigung M-V  
© Kassenärztliche Bundesvereinigung (Cover von Broschüren Praxis Wissen)

# Vorwort

---

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Sicherung und stetige Verbesserung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patientengerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Jeder Patient erwartet zu Recht von den ca. 3.300 niedergelassenen und angestellten Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) eine Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau. Um dieses umzusetzen, nutzen wir seit Jahren Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in Form von Vereinbarungen und Richtlinien und entwickeln diese weiter mit dem Ziel der stetigen Verbesserung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.

Bereits seit 20 Jahren erstellt die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) Qualitätsberichte gemäß der Sozialgesetzgebung (SGB V) über die zahlreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und umgesetzt werden müssen. Seit vielen Jahren unterstützt die KVMV mit dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung und den berufenen Qualitätssicherungskommissionen ihre Mitglieder, die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, bei der Gewährleistung der vorgegebenen Qualitätsstandards. Der KVMV ist bewusst, dass bei der Qualitätssicherung und deren Umsetzung im ambulanten Bereich immer noch zu viel Bürokratie den Arbeitsalltag von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten und dem medizinischen Personal belastet, gleichzeitig ist ein gewisses Maß an Bürokratie notwendig, um Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Insbesondere in einem so sensiblen Bereich wie der Gesundheitsversorgung ist es wichtig, dass es klare Vorgaben gibt, um die Qualität auf einem hohen Niveau zu halten und Fehler zu minimieren. Eine ausgewogene Balance zwischen notwendigen bürokratischen Maßnahmen bei der Umsetzung und dem Erreichen der Ziele und Vorgaben der Qualitätssicherung ist dabei erklärtes Ziel der KVMV.

Auf dieser Grundlage liefern wir für diesen Qualitätsbericht Daten und Fakten zur aktuellen Situation in M-V sowie über das vielfältige Leistungsspektrum der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und hoffen, dass dieser Qualitätsbericht einen wesentlichen Beitrag zur Diskussion über Qualität im Gesundheitswesen leistet. Für Anregungen und Kommentare sind wir jederzeit offen. Bitte zögern Sie nicht, sich mit Fragen an uns zu wenden. Die KVMV steht Ihnen gern zur Verfügung.

*Dipl.-Med. Angelika von Schütz*  
Vorstandsvorsitzende

*Dipl.-Med. Ulrich Freitag*  
Stellv. Vorstandsvorsitzender

*Dr. med. Tilo Schneider*  
Stellv. Vorstandsvorsitzender

# Inhaltsverzeichnis

## Ambulante vertragsärztliche Versorgung

6

Zahlen und Fakten .....	7
Besondere Versorgungsform ASV.....	10
Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung.....	11
Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVMV.....	18

## Ambulante Qualitätssicherung

19

Kernaufgabe Qualitätssicherung .....	20
Genehmigungsverfahren und deren Folgeverpflichtungen .....	21
Aktuelles von der Bundesebene .....	22
Qualitätssicherungsmaßnahmen und Kommissionsarbeit.....	25

## Qualitätssicherung in Zahlen und Fakten

29

Abklärungskolposkopie.....	30
Akupunktur.....	31
Ambulantes Operieren.....	32
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren .....	34
Arthroskopie.....	35
Balneophototherapie .....	37
Blutreinigungsverfahren/Dialyse .....	38
DMP .....	39
Spezialisierte geriatrische Diagnostik .....	41
Histopathologie Hautkrebs-Screening .....	42
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen.....	43
Hörgeräteversorgung.....	44
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom .....	46
Interstitielle LDR-Brachytherapie .....	47
Interventionelle Radiologie.....	48
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM).....	48
Invasive Kardiologie.....	51
Kapselendoskopie – Dünndarm.....	53
Koloskopie .....	54
Spezial-Labor .....	56
Langzeit-EKG-Untersuchungen.....	57
Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom .....	58
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III .....	58

Magnetresonanz-/Kernspintomographie .....	60
Magnetresonanz-Angiographie .....	61
Mammographie (kurativ) .....	62
Mammographie-Screening .....	64
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) .....	66
Molekulargenetik .....	67
Neuropsychologische Therapie .....	68
Onkologie .....	69
Otoakustische Emissionen .....	70
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung.....	71
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT) .....	72
Phototherapeutische Keratektomie (PTK) .....	73
PET und PET/CT .....	74
Rhythmusimplantat-Kontrolle.....	75
Schlafbezogene Atmungsstörungen .....	76
Schmerztherapie .....	77
Sozialpsychiatrie.....	78
Soziotherapie .....	79
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen .....	80
Strahlendiagnostik/-therapie.....	81
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger .....	83
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz .....	85
Ultraschalldiagnostik .....	86
Vakuumbiopsie der Brust .....	88
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri .....	89

Glossar .....	91
Ansprechpartner .....	97



AMBULANTE  
VERTRAGSÄRZTLICHE  
**VERSORGUNG**

# Zahlen und Fakten

Über viele Jahre haben Prognosen zur vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern gezeigt, dass sich die vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten im Zuge des Renteneintritts der geburtenstarken Jahrgänge und des teilweise fehlenden ärztlichen Nachwuchses deutlich verringern werden. Aufgrund einer regelrechten Flut an Gesetzgebungsvorhaben, die eher homöopathisch als wirklich nachhaltig wirken, haben sich die Rahmenbedingungen für eine selbstständige freiberufliche

Tätigkeit von Ärzten und Psychotherapeuten zudem weiter verschlechtert. Die Auswirkungen auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung in M-V zeigen eine Zunahme der Praxisaufgaben ohne Nachfolger, insbesondere im hausärztlichen Bereich und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Diese Tendenz ist nicht nur in ländlichen Regionen, sondern mittlerweile auch in den größeren Städten bis hin zu den Oberzentren erkennbar.

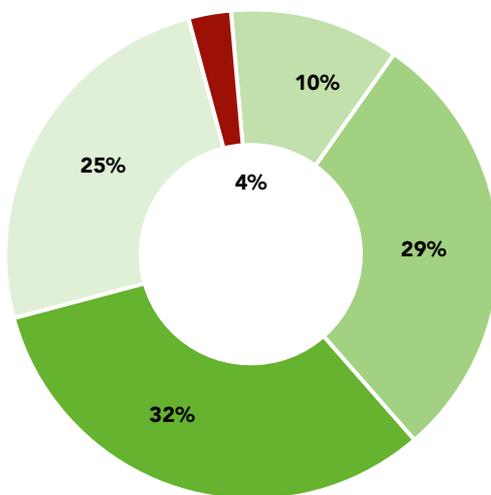
	Anzahl Zulassungen	Durchschnittsalter der zug. Ärzte	"Anzahl der Ärzte 60 Jahre und älter der zug. Ärzte"	Anzahl angestellte Ärzte	Durchschnittsalter der angestellten Ärzte	Anzahl der angestellten Ärzte 60 Jahre und älter	Gesamt Anzahl Ärzte
<b>Hausärzte (ohne Pädiater)</b>							
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	651	54,62	225	193	47,88	38	844
Internisten	264	53,12	67	99	49,96	19	363
<b>Gesamt (Personen)</b>	<b>915</b>	<b>53,87</b>	<b>292</b>	<b>292</b>	<b>48,92</b>	<b>57</b>	<b>1.207</b>
<b>Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)</b>	<b>900,5</b>			<b>228,25</b>			
<b>Fachärzte</b>							
Anästhesisten	38	56,21	14	20	53,10	4	58
Augenärzte	94	54,98	37	37	49,03	9	131
Chirurgen	78	57,38	25	32	57,84	16	110
Dermatologen	49	55,96	21	8	49,63	3	57
Gynäkologen	150	54,18	47	52	48,04	7	202
HNO-Ärzte	75	54,21	25	14	50,71	4	89
Internisten	131	55,48	39	87	53,59	26	218
Laborärzte	2	59,00	1	30	56,00	13	32
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	20	52,55	4	4	52,25	1	24
Nervenärzte	104	55,95	37	41	52,59	9	145
Neurochirurgen	13	56,77	6	5	52,60	2	18
Nuklearmediziner	10	55,40	3	13	55,15	5	23
Orthopäden	92	53,95	25	32	49,72	7	124
Pädiater	94	51,49	20	46	47,02	10	140
Pathologen	11	53,36	2	14	49,07	2	25
Physikalisch-Rehab. Medizin	15	56,67	6	1	55,00	-	16
Psychol. Psychotherapeuten	370	52,09	80	51	41,67	3	421
Psychotherapeuten	72	56,81	28	6	55,67	2	78
Radiologen	25	53,80	6	46	51,15	14	71
Strahlentherapeuten	-	-	-	20	52,20	5	20
Sonst. Gebiete	1	67,00	1	6	55,33	2	7
Urologen	53	53,77	14	11	50,91	4	64
<b>Gesamt (Personen)</b>	<b>1.497</b>	<b>55,57</b>	<b>441</b>	<b>576</b>	<b>51,74</b>	<b>148</b>	<b>2.073</b>
<b>Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)</b>	<b>1.316,75</b>			<b>390,75</b>			
<b>Gesamt HÄ/FÄ/PT (Zulassung+Anstellung)</b>							<b>3.280</b>
<b>Gesamt HÄ/FÄ/PT (Zulassung+Anstellung) nach Bedarfsplanung</b>							<b>2.836,25</b>

Stand: 31. Dezember 2023

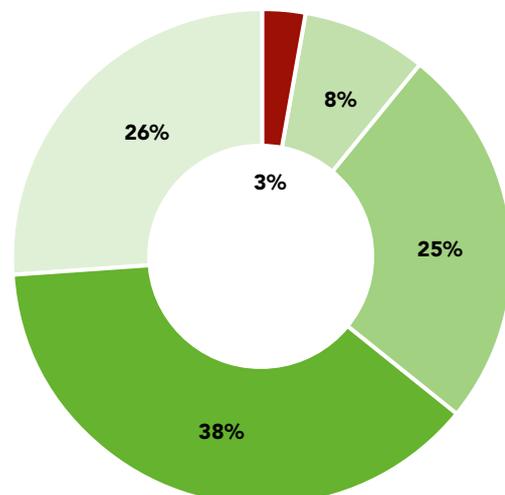
Erschwerend kommt hinzu, dass auch der Altersdurchschnitt der zu versorgenden Patientinnen und Patienten steigt, was mit einer höheren Morbidität der Versicherungsgemeinschaft und einer entsprechend höheren Behandlungslast für die Vertragsarztpraxen insbesondere in M-V einhergeht. Scheiden in der jeweiligen Versorgungsregion Ärzte ohne Nachfolger aus, führt dies zu einer weiteren Mehrbelastung der verbliebenen Praxen. In einem Flächenland wie M-V ist die wohnortnahe Versorgung aufgrund der Nachbesetzungsprobleme bei niedergelassenen Praxen insbesondere in ländlichen Gebieten zusehends gefährdet, mit der Folge, dass die Patienten vielerorts weitere Anfahrtswege auf sich nehmen müssen.

Mittlerweile sinkt das Durchschnittsalter der Hausärzte (52,7 Jahre) und der Fachärzte einschließlich Psychotherapeuten (51,8 Jahre). Etwa 30 Prozent der Haus- und Fachärzte einschließlich Psychotherapeuten sind 60 Jahre oder älter. Der Anteil der Vertragsärzte im Alter zwischen 30 und 49 Jahren ist weiter gestiegen; bei den Hausärzten auf ca. 40 Prozent und bei den Fachärzten einschließlich Psychotherapeuten auf ca. 33 Prozent.

### Altersverteilung Hausärzte



### Altersverteilung Fachärzte



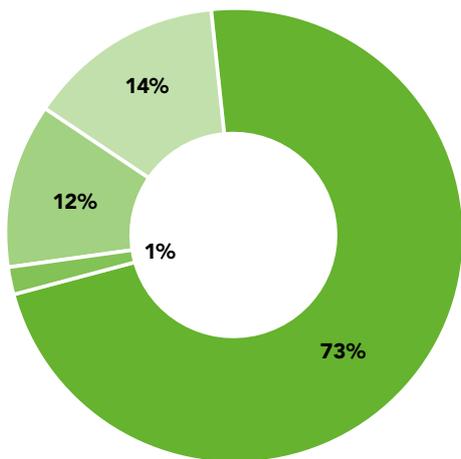
(Stand 31.12.2023)

- 30 bis 39 Jahre
- 40 bis 49 Jahre
- 50 bis 59 Jahre
- 60 bis 69 Jahre
- 70 Jahre und älter

Einerseits wirken sich hier erfolgreiche Nachbesetzungen und Neuniederlassungen bzw. Anstellungen durch jüngere Ärzte aus. Andererseits scheiden immer mehr ältere Ärzte aus der Versorgung aus, die keine Nachfolger für ihre Praxen gefunden haben, sodass deren Einfluss auf einen höheren Altersdurchschnitt sinkt. Die „Verjüngung“ der Vertragsärzteschaft bedeutet somit keine Zunahme ärztlicher Ressourcen, zumal weiterhin eine steigende Tendenz bei den Anstellungsverhältnissen zu verzeichnen ist. Knapp ein Viertel der Vertragsärzte ist im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses tätig

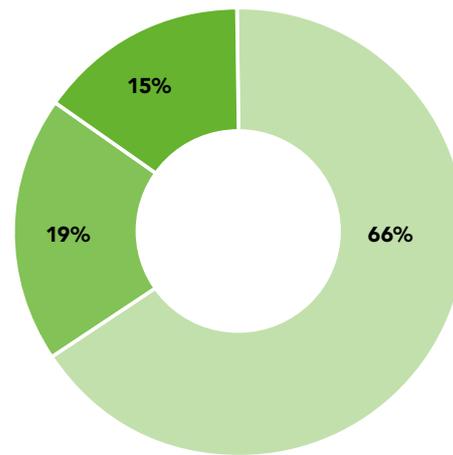
(siehe Abb. Seite 9). Dies sind 576 Personen auf ca. 391 Versorgungsaufträgen. Zum Vergleich sind 1.497 Personen in Zulassung auf ca. 1.317 Versorgungsaufträgen tätig. Wie bisher ist die Einzelpraxis die häufigste Form der Niederlassung, ca. zwei Drittel aller Vertragsärzte haben diese Art der Praxistätigkeit gewählt. Darunter fallen auch Einzelpraxen, die sich in einer Praxisgemeinschaft organisiert haben. Zu einer Berufsausübungsgemeinschaft haben sich ca. 19 Prozent der Ärzte zusammengeschlossen.

## Anteil Ärzte-Status



- Zulassungen
- Zulassung am MVZ
- Angestellte Ärzte
- Anstellung am MVZ

## Anteil Ärzte in Versorgungsformen

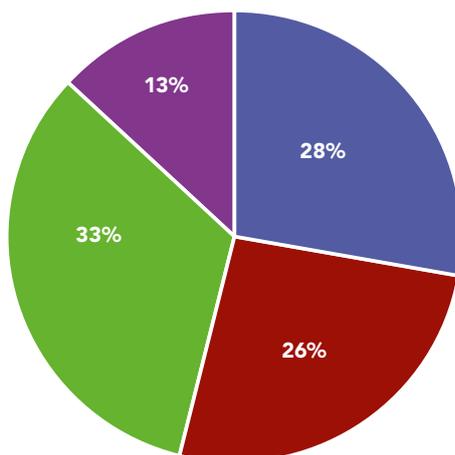


- MVZ
- Gemeinschaftspraxis
- Einzelpraxis

Im Berichtsjahr 2023 verfügte M-V über 93 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der vertragsärztlichen Versorgung. Dabei lagen 29 MVZ in der Trägerschaft von Vertragsärzten, knapp gefolgt von 24 MVZ in der Trägerschaft größerer Konzernstrukturen. Auch

für die Krankenhäuser spielt der Zugang zur ambulanten Versorgung über MVZ-Strukturen weiterhin eine bedeutende Rolle, denn fast ein Viertel der MVZ wird von Krankenhäusern getragen.

## Trägerschaft der MVZ



- Konzern
- Krankenhaus
- Vertragsarzt
- Sonstige

Stand: 06.03.2024

# Besondere Versorgungsform ASV



Im Jahr 2014 hat der Gesetzgeber eine neue Versorgungsform eingeführt, die sich an Patienten mit komplexen und schwer therapierbaren Erkrankungen richtet, die sogenannte ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Der Gemeinsame Bundesausschuss legt hierzu in einer Richtlinie die

betreffenden Leistungsbereiche fest. Dabei handelt es sich um Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z.B. rheumatologische oder onkologische Erkrankungen), seltene Erkrankungen (z.B. Tuberkulose, Mukoviszidose) und hochspezialisierte Leistungen. Mittlerweile existieren in der ASV 23 dieser speziellen Leistungsbereiche.

Das Besondere der ASV ist die Teamstruktur bestehend aus Ärzten eines Kernteams, einem ärztlichen Teamleiter und den hinzuzuziehenden Ärzten, alleamt Spezialisten verschiedener Fachrichtungen, die gemeinsam und koordiniert die Diagnostik und Behandlung der Patientenklientel übernehmen. Die ASV kann von Krankenhäusern sowie niedergelassenen

Fachärzten und MVZ wahrgenommen werden. Die Berechtigung zur Teilnahme wird durch den erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommern erteilt. Das Gremium besteht aus Vertretern der Vertragsärzte, der Krankenkassen und der Landeskrankengesellschaft. Darüber hinaus werden von den genannten Vertretern ein Vorsitzender und zwei unparteiische Mitglieder sowie deren Stellvertreter berufen. Die Patientenvertreter auf Landesebene haben ein Mitberatungsrecht. Die inhaltliche Prüfung übernimmt ein Unterausschuss des erweiterten Landesausschusses. Die spätere Abrechnung der im Rahmen der ASV erbrachten Leistungen erfolgt über eine Teamnummer, getrennt von den stationären bzw. ambulanten Leistungen der beteiligten Ärzte.

Aufgrund der besonderen personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen einschließlich leistungsspezifischer Qualitätsvorgaben ist es in den vergangenen Jahren keinem ASV-Team gelungen, gegenüber dem erweiterten Landesausschuss die Teilnahmevoraussetzungen nachzuweisen. Dies änderte sich erstmals im Berichtsjahr 2023, in dem einem ASV-Team unter Federführung des Klinikums Südstadt Rostock für M-V eine Berechtigung zur Teilnahme an der ASV für die Indikation rheumatologische Erkrankungen bei Erwachsenen erteilt wurde. Betrachtet man die bisher eingegangenen Anzeigen zur Teilnahme an der ASV, zeigt sich, dass diese überwiegend von den Krankenhäusern ausgehen.

# Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung

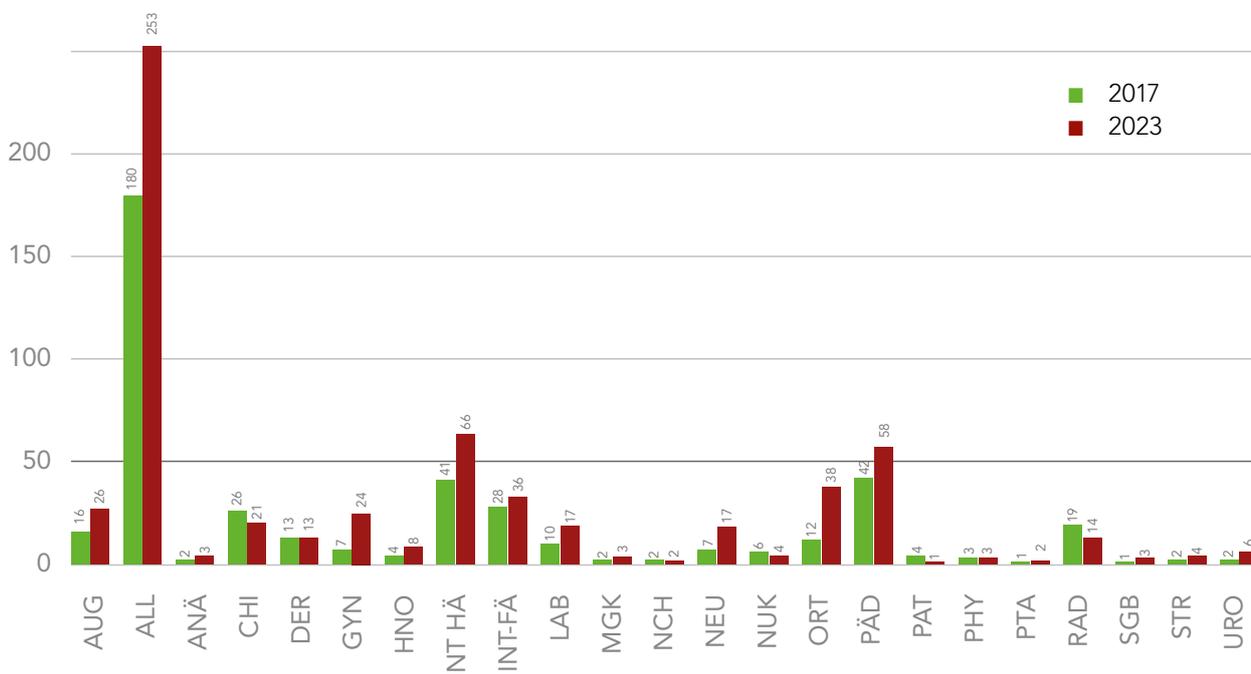
Mit viel Kreativität und Entschlossenheit hat sich die KVMV den Herausforderungen bei der zukünftigen Sicherstellung der ambulanten Versorgung gestellt. Alle ergriffenen Maßnahmen sollen dazu beitragen, das bisherige Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten. Dabei sind umfangreiche Förderprogramme entstanden, die nicht nur finanzielle Anreize für hausärztliche Niederlassungen in absehbar schlechter versorgten Regionen schaffen, sondern auch den ärztlichen Nachwuchs im Rahmen des Studiums und der ambulanten Facharztweiterbildung in vielerlei Hinsicht unterstützen.

## Nachwuchsgewinnung und Nachwuchsförderung

Die Aus- und Weiterbildung ist ein wesentlicher Aspekt, die Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis sicherzustellen. Voraussetzung für die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses ist eine entsprechende

Befugnis der zuständigen Ärztekammer. Aufgrund des administrativen und organisatorischen Aufwandes bei der Beantragung der Weiterbildungsbefugnis wird Vertragsärzten der unmittelbaren Patientenversorgung, denen eine Weiterbildungsbefugnis erteilt bzw. verlängert wurde, eine Förderung von 1.000 Euro durch die KVMV gewährt. In vielen Fachgruppen ist die Zahl der weiterbildungsbefugten Vertragsärzte im Jahr 2023 gegenüber dem Vergleichsjahr 2017 gestiegen. Allein in der Allgemeinmedizin (FÄ für Allgemeinmedizin und FÄ für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen) erhöhte sich der Anteil um ca. 40 Prozent von 221 auf 319 Ärzte.

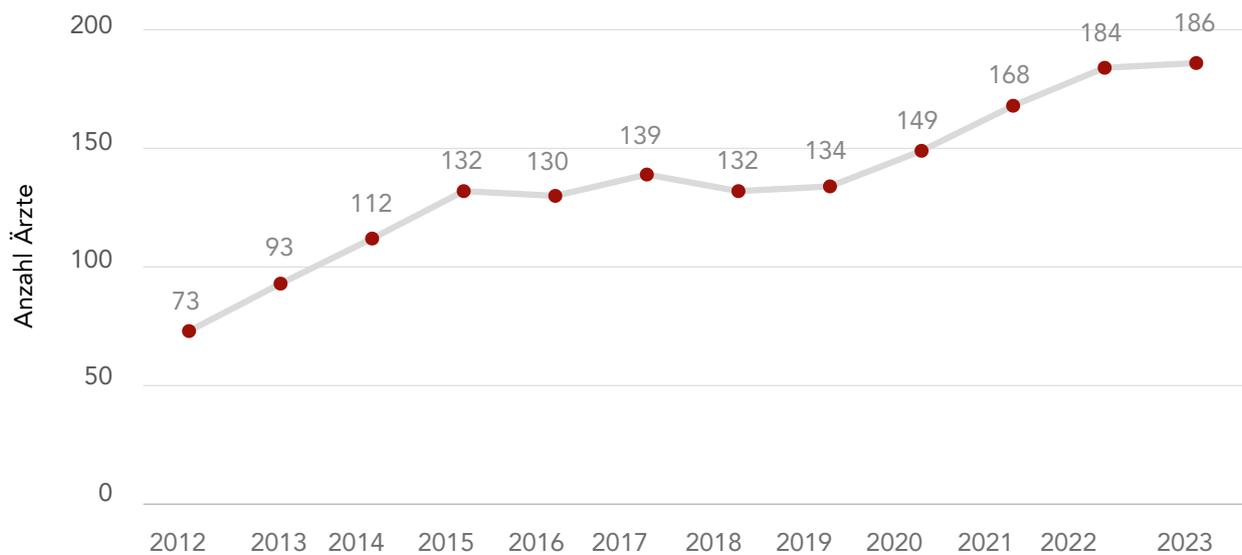
Ärzte mit Befugnis zur Weiterbildung



Im Berichtsjahr wurden 186 Ärzte im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin gefördert. Zuletzt betrug diese Förderung bei einer Vollzeittätigkeit mindestens 5.400 Euro in Form eines monatlichen

Gehaltskostenzuschusses. In drohend unterversorgten Gebieten erhöht sich der Zuschuss auf 5.650 Euro bzw. in Gebieten mit eingetretener Unterversorgung auf 5.900 Euro.

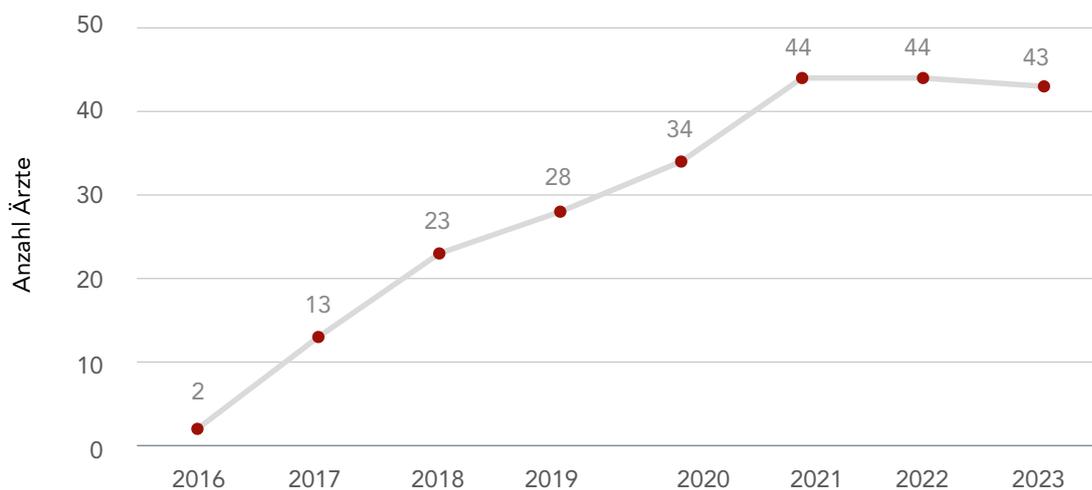
Anzahl geförderter Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin  
2012-2023



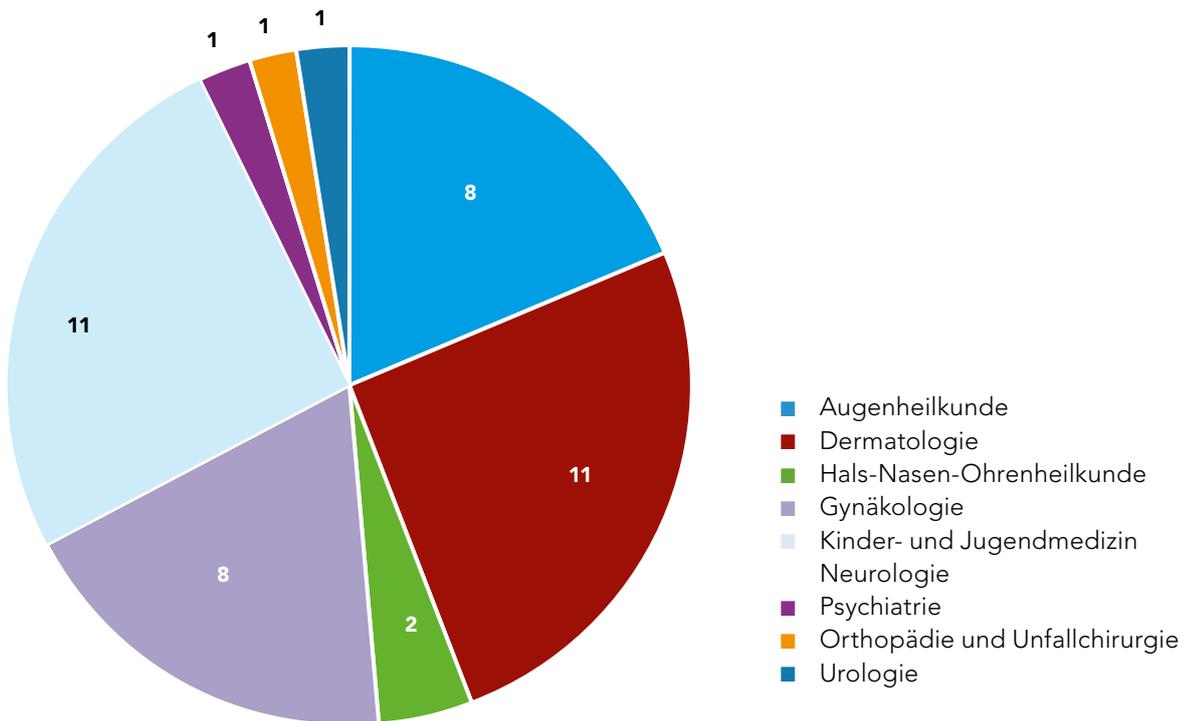
Eine entsprechende Förderung wird auch für die ambulante Weiterbildung in Gebieten der fachärztlichen Grundversorgung gewährt, wie beispielsweise der Pädiatrie, Dermatologie, Gynäkologie oder HNO-Heilkunde. Dafür stehen in M-V jährlich rund 38 Stellen zur Verfügung. Im Zuge dessen konnten im Berichtsjahr

43 Ärzte auf ihrem Weg zum Facharzt gefördert werden. Welche Fachgebiete nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung insoweit förderfähig sind, legen die KVMV und die Landesverbände der Krankenkassen jährlich fest.

Anzahl geförderter Ärzte in Weiterbildung weitere Fachgebiete (Kopfzahl)



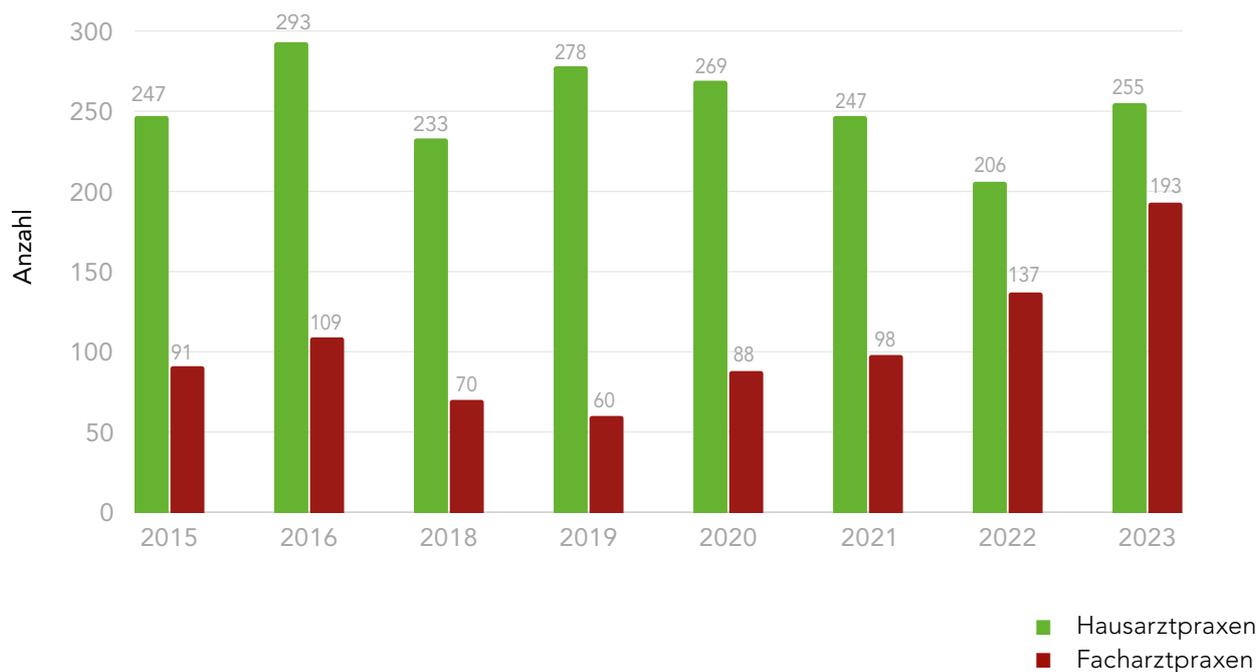
### Anzahl geförderte Weiterbildungsstellen im Jahr 2023 nach Fachgebieten



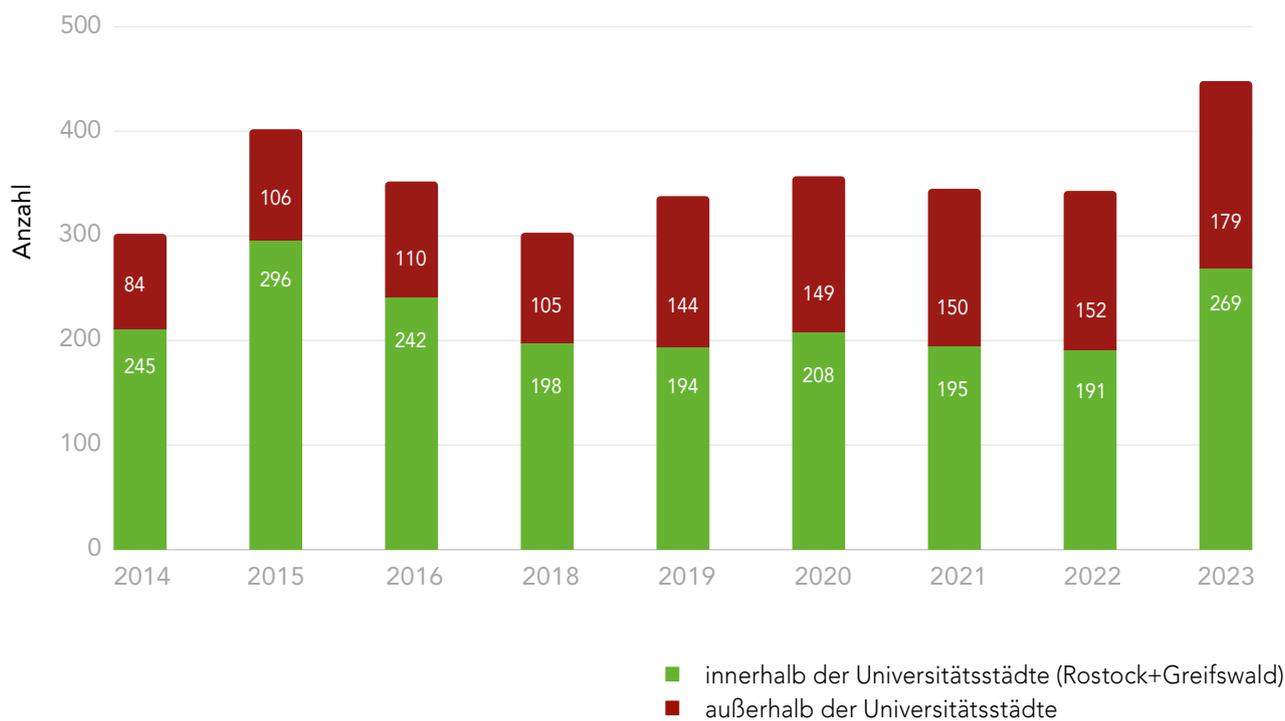
Für die Koordination der Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung wurde im Jahr 2007 das Referat Weiterbildung der Abteilung Sicherstellung der KVMV eingerichtet, das bei der Antragstellung unterstützt und zu allen Fragen der haus- und fachärztlichen Weiterbildung berät. Weitere finanzielle Mittel fließen in die Förderung des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin M-V, das die Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung stärken soll. Darüber hinaus werden Lehrpraxen niedergelassener Fachärzte für Allgemeinmedizin finanziell bei der praktischen studentischen Ausbildung im Lehrfach Allgemeinmedizin unterstützt. Während des Studiums können die Studenten im Rahmen ihrer Famulatur und ihres Praktischen

Jahres (PJ) umfassende Einblicke in die ambulanten Versorgungsstrukturen erhalten. Daher wurden auch hierfür finanzielle Anreize seitens der KVMV geschaffen. Für die Famulatur betrug der monatliche Zuschuss im Berichtsjahr zwischen 200 Euro und 300 Euro bzw. für das Praktische Jahr zwischen 200 Euro und 1.000 Euro. Allerdings besteht weiterhin der Trend, praktische Tätigkeiten während des Studiums überwiegend innerhalb der Universitätsstandorte Rostock und Greifswald wahrzunehmen. Um auch ländlichere Gebiete für die Studierenden attraktiver zu machen, erhöht sich der Zuschuss bei Famulaturen, die außerhalb der Universitätsstädte absolviert werden.

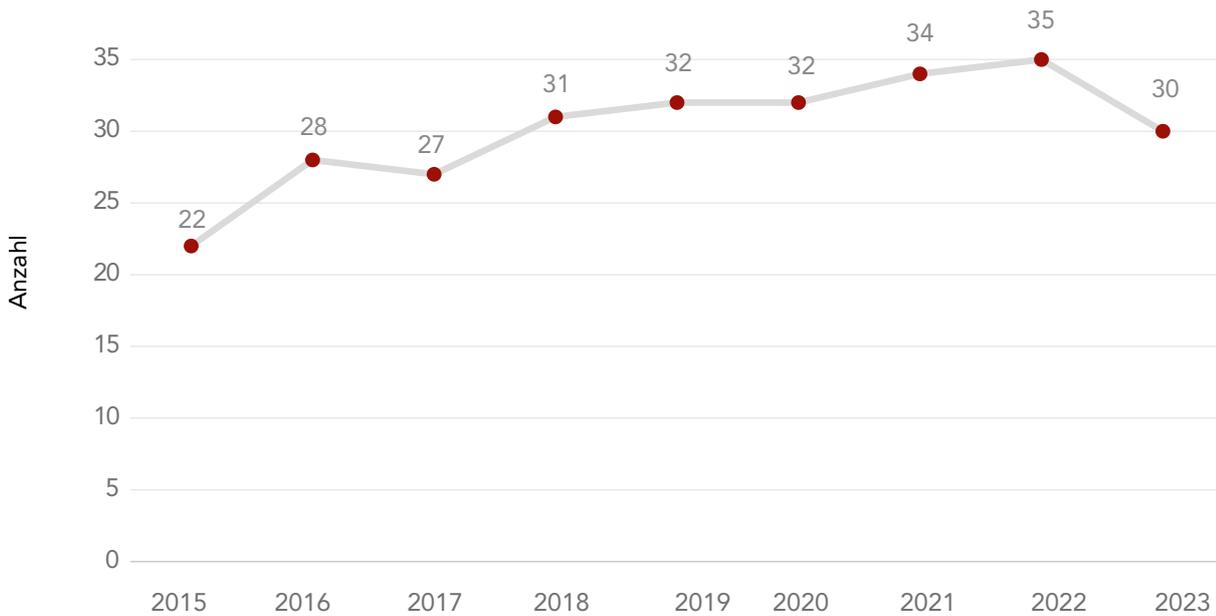
geförderte Famulaturen in Haus- bzw. Facharztpraxen



geförderte Famulaturen nach Praxisstandort



geförderte PJ-Studierende



### Förderung von Niederlassungen und Anstellungen

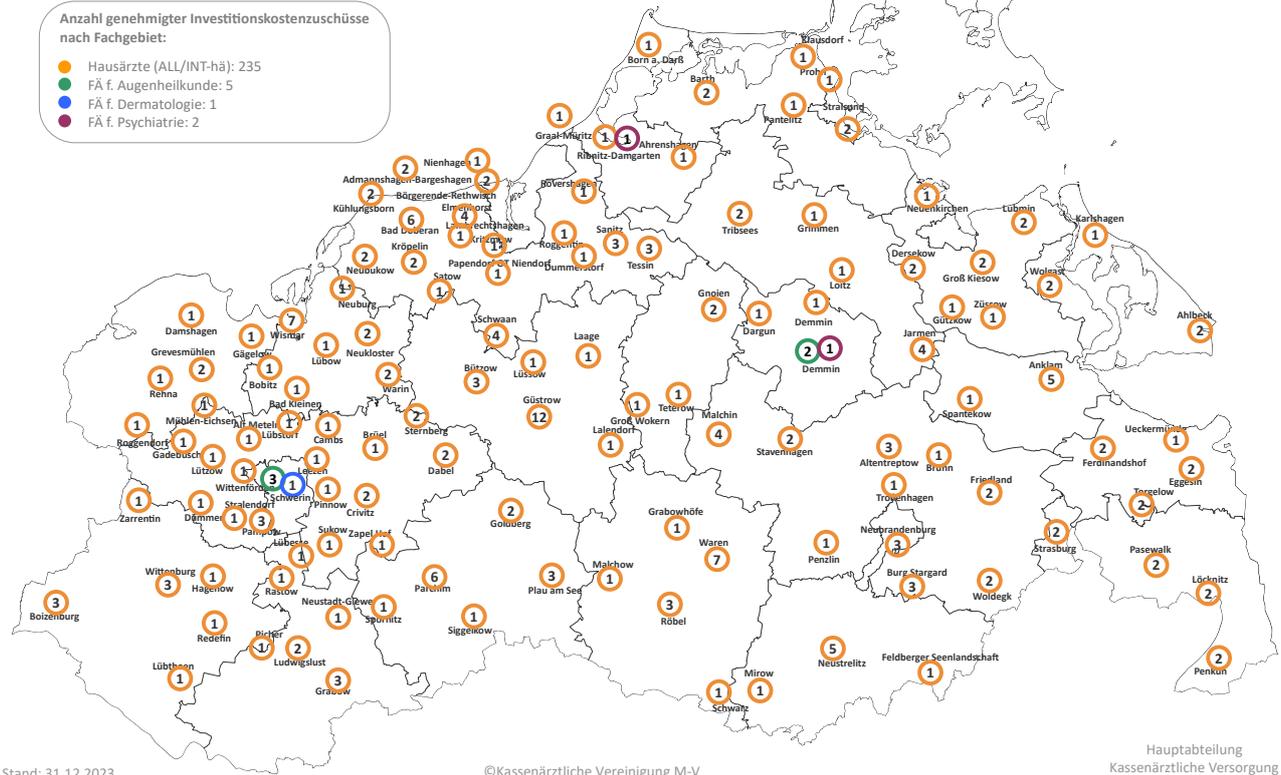
In den vergangenen 15 Jahren wurden zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung in drohend unterversorgten Gebieten Mecklenburg-Vorpommerns insgesamt 235 Niederlassungen und 80 Anstellungen von Hausärzten gefördert, davon allein im Berichtsjahr 24 Niederlassungen und 6 Anstellungen. Für Niederlassungen werden je nach Versorgungslage zwischen 25.000 Euro und 75.000 Euro je vollem Versorgungsauftrag gewährt. Die Förderung von Anstellungsverhältnissen hängt neben der Versorgungslage auch davon ab, ob diese der Vorbereitung einer Praxisübernahme innerhalb der folgenden 18 Monate dienen soll oder als dauerhafte Anstellung für mindestens zwei Jahre geplant ist. Dient die Anstellung der Praxisübergabe und Einarbeitung des Praxisnachfolgers in die Abläufe einer ambulanten Vertragsarztpraxis, werden unter bestimmten

Voraussetzungen für einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten bis zu 2.000 Euro als Gehaltskostenzuschuss an den Praxisinhaber gezahlt. Handelt es sich um eine dauerhaft geplante Anstellung, ist eine einmalige Förderung von bis zu 20.000 Euro möglich. Bei einer Teilzulassung bzw. Teilzeitanstellung verringern sich diese Förderbeträge entsprechend. In den Stadt-Umland-Räumen der Oberzentren Schwerin, Rostock, Greifswald, Stralsund und Neubrandenburg bestehen in der Regel Mitversorgungseffekte, weshalb die Förderung von Niederlassungen hier nur 10.000 Euro bis 30.000 Euro beträgt, es sei denn, in den genannten Oberzentren besteht selbst eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung, sodass von einer Mitversorgung der Umlandräume nicht ausgegangen werden kann.

## Geförderte Zulassungen in Mecklenburg-Vorpommern: Investitionskostenzuschüsse 2008 bis 2023

Anzahl genehmigter Investitionskostenzuschüsse  
nach Fachgebiet:

- Hausärzte (ALL/INT-hä): 235
- FÄ f. Augenheilkunde: 5
- FÄ f. Dermatologie: 1
- FÄ f. Psychiatrie: 2



Stand: 31.12.2023

©Kassenärztliche Vereinigung M-V

Hauptabteilung  
Kassenärztliche Versorgung

## Investitionskostenzuschüsse für die Anstellung eines Hausarztes in den Jahren 2012 bis 2023

- 🚩 Anstellungen beim Vertragsarzt
- 🚩 Anstellungen im MVZ



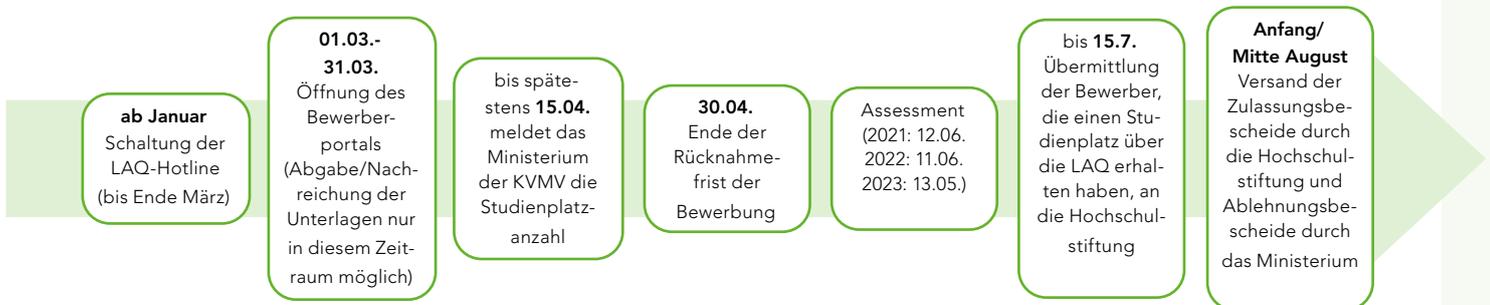
©Kassenärztliche Vereinigung M-V

Hauptabteilung  
Kassenärztliche Versorgung

## Durchführung des Auswahlverfahrens im Rahmen der Landarztquote M-V

Um auch zukünftig genügend Hausärzte für M-V zu finden, beteiligt sich die KVMV seit dem Jahr 2021 am Auswahlverfahren für die Vergabe von Studienplätzen der Humanmedizin im Rahmen der sogenannten Landarztquote. Auf die 95 Studienplätze, welche in den vergangenen drei Jahren insgesamt vergeben wurden, haben sich nahezu 500 Personen beworben. In einem umfassenden Auswahlverfahren, das auch aus mehrstündigen Assessments und individuellen Gesprächen mit Landärzten (Juroren) besteht, soll die Eignung für eine hausärztliche Tätigkeit gemessen an den Besonderheiten des Bundeslandes nachgewiesen werden. Bewerber, denen ein Studienplatz zuteilwurde, haben sich nach Abschluss ihres Studiums und der Facharztweiterbildung dazu verpflichtet, für einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren eine vertragsärztliche Tätigkeit in der

hausärztlichen Versorgung in schlechter versorgten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns auszuüben. Obwohl zwischenzeitlich weitere Bundesländer eine Landarztquote eingeführt haben, ist die Bewerberzahl in M-V nur geringfügig zurückgegangen. Im Schnitt haben 40 Prozent der Bewerber ihren Wohnsitz in M-V. Bemerkenswert ist insoweit, dass sich fast alle dieser Bewerber nach eigenen Angaben nur auf die Landarztquote M-V beworben haben. Um die Auswahlmöglichkeiten zu erhöhen und weiteren Personen die Möglichkeit einzuräumen, einen Studienplatz über die Landarztquote zu erhalten, wurden die Bewerber beginnend ab dem Jahr 2023 nicht mehr wie bisher im Umfang der 2-fachen, sondern der 2,5-fachen Zahl der zu vergebenden Studienplätze zu den Assessments eingeladen.



# Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVMV

---

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV deckt die vertragsärztliche Versorgung außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten der Vertragsarztpraxen ab. Es handelt sich somit um ärztliche Behandlungen, die nicht bis zur nächsten Sprechstunde einer Vertragsarztpraxis warten können, jedoch keine Notfälle sind. Der Bereitschaftsdienst wird durch die 12 Kreisstellen der KVMV regional in Form von Sitz- und Fahrdiensten organisiert. In den Städten Schwerin, Rostock, Stralsund, Greifswald und Güstrow übernehmen externe Vertragspartner den zusätzlichen Fahrdienst, wofür seitens der Kreisstellen eine Fahrdienstumlage von den teilnehmenden Ärzten erhoben wird. In allen anderen Regionen sind die diensthabenden Ärzte für ihren Fahrdienst allein verantwortlich, übernehmen diesen somit in der Regel selbst. Der Sitzdienst findet in einer von der KVMV eingerichteten Bereitschaftsdienstpraxis oder in der Vertragsarztpraxis eines niedergelassenen Arztes statt. Im Jahr 2023 unterhielt die KVMV landesweit an dreizehn Standorten Bereitschaftsdienstpraxen sowie zwei kinderärztliche Praxen. Bis auf drei dieser Bereitschaftsdienstpraxen (Neubrandenburg, Rostock-Nord und Bergen auf Rügen) befinden sich alle an Krankenhausstandorten. Im Berichtsjahr fanden Besichtigungen und eine umfassende Evaluation dieser Praxisstrukturen unter Einbindung der jeweiligen Krankenhäuser und Kreisstellenvertreter statt, die ein deutlich positives Ergebnis zeigten. Anhand der zur Abrechnung gebrachten Behandlungsfälle ließ sich feststellen, dass dieses Versorgungsangebot an einem zentralen Standort gern durch die Patienten in Anspruch genommen wird. Des Weiteren war eine deutliche Entlastung des Fahrdienstes und der Krankenhausnotfallambulanzen erkennbar.

Am ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVMV nehmen neben den Vertragsärzten und MVZ, deren entsprechende Verpflichtung aus dem Zulassungsstatus resultiert, auch andere Ärzte freiwillig

teil, wie beispielsweise Krankenhausärzte oder Ärzte im Ruhestand. Im Jahr 2023 waren dies 162 Ärzte. Wegen eines Urteils des Bundessozialgerichts musste die Einbindung dieser freiwillig teilnehmenden Ärzte auf den Prüfstand gestellt werden. Das Gericht kam hinsichtlich der Teilnahme eines Zahnarztes an Sitzdiensten in einer von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) eingerichteten Bereitschaftsdienstpraxis im Rahmen einer Einzelfallentscheidung zu dem Ergebnis, dass ein abhängiges sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bei der KZV bestand. Aufgrund dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung entschied die KVMV, freiwillig teilnehmende Ärzte nicht mehr auf einer eigenen Abrechnungsnummer in den von ihr eingerichteten Bereitschaftsdienstpraxen einzusetzen. Vertretungen für Vertragsärzte, die im Innenverhältnis durch den freiwillig teilnehmenden Arzt abgerechnet werden, blieben von dieser Regelung unberührt. Nach Vorliegen der schriftlichen Urteilsgründe wurde entschieden, die freiwillig teilnehmenden Ärzte auch an den Fahrdienstumlagen der eingangs genannten Regionen zu beteiligen.

Weiter entwickelt wurden die Prozesse rund um die Vermittlung der während des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eingehenden Anrufe. Allein im Berichtsjahr gingen etwas mehr als 170.000 Anrufe über die zentrale Rufnummer 116 117 zu den Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ein, davon ca. 51.000 Anrufe, die zentral über die Hauptverwaltung der KVMV disponiert wurden, wobei nur ca. ein Fünftel dieser Anrufe tatsächlich an den diensthabenden Arzt weitergeleitet werden mussten. Die Disponierung über die jeweiligen Rettungsleitstellen erfolgt in den Bereichen Stadt und Landkreis Rostock sowie in den Landkreisen Vorpommern-Rügen sowie teilweise auch im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Darüber hinaus liegt die Disponierung in der Hand der KVMV.



AMBULANTE

**QUALITÄTSSICHERUNG**

# Kernaufgabe Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), in deren Mittelpunkt der Patient und die Verbesserung der Versorgungsqualität stehen. Die KVMV ist der direkte Ansprechpartner der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bei 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 regio-

nal getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen 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 und -psychotherapeut besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien und unterliegt somit kontinuierlich den Anforderungen und Auflagen der ambulanten Qualitätssicherung.

Im Jahr **2023** haben **20** Kommissionen mit **85** Mitgliedern aus Ärzten, Psychotherapeuten, Fachwissenschaftlern, Sachverständigen und Krankenkassenvertretern Qualitätssicherungsprüfungen in **45** Kommissionssitzungen durchgeführt. In **24** Praxisbegehungen wurden die fachlichen, räumlichen, organisatorischen, hygienischen und apparativen Gegebenheiten der Ärzte persönlich geprüft.

# Genehmigungsverfahren und deren Folgeverpflichtungen

Die Arbeit der KVen bei allen qualitätsgesicherten Verfahren betrifft im Wesentlichen zwei Bereiche:

## 1. GENEHMIGUNGSERTEILUNG

Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungs-erteilung zu einem Verfahren

### ARZTBEOZEGEN

#### Fachliche Qualifikation

- ◆ Zeugnis / Bescheinigung
- ◆ Kolloquium
- ◆ Präparatebezogene Prüfung
- ◆ Fallsammlungsprüfung
- ◆ Vorlage von Dokumentationen
- ◆ Teilnahme an Fortbildungen

### BETRIEBSSTÄTTENBEZOGEN

#### Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen

- ◆ Schriftliche Nachweise / Erklärungen
- ◆ Kooperationsvereinbarungen
- ◆ Gewährleistungserklärungen
- ◆ Baupläne
- ◆ Hygienepläne
- ◆ Praxisbegehungen

#### Fachliche Befähigung der Mitarbeitenden

- ◆ Aus- und Fortbildungsnachweise
- ◆ Kooperationsbescheinigungen



## 2. GENEHMIGUNGSERHALT

Überprüfungen der Auflagen, die zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung bestehen

### AUFLAGENPRÜFUNGEN

je nach vertraglicher Regelung, z. B.

- ◆ Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung
- ◆ Hygieneprüfung
- ◆ Frequenzregelung
- ◆ Fallsammlungsprüfung
- ◆ Überprüfung der Präparatequalität
- ◆ Jahresstatistik
- ◆ kontinuierliche Fortbildung
- ◆ Qualitätszirkel
- ◆ Nachweise zur Praxisorganisation
- ◆ Konstanzprüfungen, Wartungsnachweise, Ringversuche
- ◆ Überprüfung der Nachweise zur internen und externen Qualitätsprüfung
- ◆ Regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter und -mitarbeiterinnen
- ◆ Praxisbegehungen bei Beanstandungen
- ◆ Teilnahme an Fallkonferenzen

### EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

- ◆ Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA
- ◆ Regelungen in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 und Abs. 1 SGB V
- ◆ Gemäß den jeweiligen bundesmantelvertraglichen Regelungen

### FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG nach § 95d SGB V

### QUALITÄTSMANAGEMENT nach § 135a Abs. 2 SGB V

# Aktuelles von der Bundesebene

Für eine 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. Einige Neuerungen des Jahres 2023 werden im Folgenden kurz vorgestellt.

## Abklärungskolposkopie

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben sich zum 1. Oktober 2023 auf die Streichung der Protokollnotiz der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Abklärungskolposkopie verständigt. Die Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Abklärungskolposkopie trat zum 1. Januar 2020 in Kraft und regelt in § 4 die Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung. Gemäß § 4 Absatz 2 müssen digitale Geräte in Bildqualität und Auflösung mindestens dem Standard der analogen Geräte entsprechen. In einer Protokollnotiz wurde festgelegt, dass die geforderten technischen Anforderungen nach § 4 zwei Jahre nach Inkrafttreten zu überprüfen und ggf. anzupassen sind. Die Überprüfung der apparativen Voraussetzungen ergab keine Auffälligkeiten in Bildqualität und Auflösung bei den eingesetzten digitalen Kolposkopen. Daher verständigten sich die Bundesmantelvertragspartner darauf, dass die geforderten technischen Anforderungen nach § 4 keiner weiteren Anpassung bedürfen.

## Koloskopie

Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen Datenerhebung wurde das IQTIG beauftragt, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen für die Anbindung der Krebsregister gemäß § 25 a Absatz 4 SGB V im Rahmen der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme zum Darmkrebs- und Zervixkarzinomscreening zu empfehlen. Im Rahmen der durch den G-BA beauftragten gesonderten Abstimmungen mit allen klinischen Krebsregistern über die Plattform § 65c, dem IQTIG, der Auswertungsstelle und der unabhängigen Vertrauensstelle des G-BA wurde festgestellt, dass eine Anpassung der Datenfelder aus der oKFE-RL zum Datenabgleich mit den Krebsregistern benötigt wird, um die Auswertung und eine Angleichung dieser Datenfelder mit den im – zuletzt im Jahr 2021 aktualisierten – einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (oBDS) enthaltenen Daten zu ermöglichen. Diese Anpassung wird empfohlen, da der oBDS als Datenquelle

für die Krebsregisterdatenspezifikation fungiert. In den Aufstellungen der zur Programmbewertung zu dokumentierenden Daten zum Darmkrebs- und Zervixkarzinomscreening wurden der Abschnitt VI der Anlage III und der Abschnitt VII der Anlage VII zum Datenabgleich mit den Krebsregistern entsprechend neu gefasst.

## Mammographie kurativ

In der kurativen Mammadiagnostik bildet die Mammographie-Vereinbarung einen wesentlichen Bestandteil der vertragsärztlichen Qualitätssicherung. Bereits 2005 waren hier u.a. Vorgaben zur Zusammensetzung von Fallsammlungen festgelegt worden. Diese dienen dem Nachweis der fachlichen Befähigung für die Befundung kurativ erbrachter Mammographien sowie der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung. Die Mammographie-Vereinbarung enthält detaillierte Vorgaben für die Zusammenstellung der Fallsammlungen. Die Zusammenstellung der Fallsammlungen erfolgt anhand von Fallinformationen aus der Begutachtung durch ein ärztlich besetztes Sachverständigen-gremium. Wie bisher soll in jeder Fallsammlung gemäß den §§ 6 und 10 der Mammographie-Vereinbarung mindestens ein Fall vorhanden sein, bei dem in beiden Mammae bösartigen Veränderungen vorliegen. Die Anforderungen an die Zusammensetzung der Fallsammlungen wurden nunmehr dahingehend konkretisiert, dass höchstens drei Fälle mit beidseitigen bösartigen Veränderungen enthalten sind. Dieser Konkretisierung liegt die Beobachtung zugrunde, dass Fälle mit beidseitigen Karzinomen in der Versorgung vergleichsweise selten vorkommen. Daher wird die Anzahl entsprechender Fälle in den Fallsammlungen nunmehr nicht nur nach unten auf einen Fall, sondern auch nach oben auf maximal drei Fälle begrenzt. Zudem wird durch diese Anpassung die Vergleichbarkeit der Fallsammlungen über verschiedene Jahre weiter gefördert.

## Mammographie-Screening

In Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte („Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening“) wurden die Vorgaben zur

- ♦ Vollständigkeit der Tumordokumentation sowie
- ♦ das Verfahren zur Sicherung der histopathologischen Befundqualität angepasst. Darüber hinaus wurden die Voraussetzungen zur
- ♦ Durchführung von Online-Bildkonferenzen

aktualisiert. Die Änderungen traten zum 1. Januar 2023 in Kraft. Nachfolgend möchten wir Ihnen die wesentlichen Punkte vorstellen.

### **Regelung zur Vollständigkeit der Tumordokumentation (Anhang 10)**

Für die Rezertifizierung einer Screening-Einheit bedarf es einer möglichst vollständigen Dokumentation, um die Erfüllung des Versorgungsauftrages einschätzen zu können. Über den gesamten Betrachtungszeitraum der Rezertifizierung von zehn Quartalen sollen präoperativ mindestens 90 Prozent vollständig dokumentierte Karzinome vorliegen. Da die postoperative Tumordokumentation einen längeren Nachbeobachtungszeitraum erfordern kann (z.B. bei neoadjuvanter Therapie), ist für die postoperative Ergebnisdokumentation der Betrachtungszeitraum der Rezertifizierung auf die ersten acht Quartale beschränkt. Der Programmverantwortliche Arzt (PVA) fordert die postoperative Dokumentation von den Brustzentren ein. Ist die Tumordokumentation unvollständig, beispielsweise weil Brustzentren keine Dokumentationen an die Screening-Einheit übermitteln, kann die Vorgabe von mindestens 90 Prozent vollständig dokumentierter Karzinome aber dennoch als erfüllt bewertet werden, wenn der PVA die Unvollständigkeit nicht zu vertreten hat. Entsprechend wird in Anhang 10 eine Fußnote aufgenommen.

### **Selbstüberprüfung der histopathologischen Befundqualität von Pathologen (Anhang 12)**

Ärzte, die im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms histopathologische Beurteilungen durchführen, sind verpflichtet, jährlich eine anonymisierte Auflistung (bezogen auf die Patientin) ihrer Befunde zu erstellen und diese dem zuständigen Referenzzentrum für eine statistische Auswertung zur externen Qualitätssicherung vorzulegen. Anhang 12 wurde an die in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geänderten Vorgaben zur Dokumentation der histopathologischen Beurteilung in der Abklärungsdiagnostik und der histopathologischen Beurteilung des Operationspräparates angepasst. Weitere Anpassungen in Anhang 12 betreffen die zeitlichen Vorgaben der eingeforderten Dokumentationen sowie die Teilnahme von Fortbildungen für Pathologen an den Referenzzentren. In Nummer 8 wird die Übermittlung der Befundaufstellung getrennt von den fallbezogenen Anforderungen zur Vorbereitung der Fortbildungsveranstaltungen. Dies ist erforderlich, da die Weitergabe der Daten bezogen auf die Teilnehmerin in anonymisierter Form erfolgt. In Folge dieser Änderungen werden die Vorgaben für die zur ärztlichen Dokumentation verwendete Software sowie die darauf basierende Schnittstelle im XML-Format angepasst.

### **Vorgaben für die Online-Durchführung von multidisziplinären Fallkonferenzen (Anhang 13)**

Die Vorgaben zur online-Durchführung von multidisziplinären Fallkonferenzen („Protokoll zu den technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung einer Fallkonferenz in Form einer Online-Bildkonferenz“ der Kooperationsgemeinschaft Mammographie vom 28. August 2012) bildeten nicht mehr den

aktuellen Stand der Technik ab und bedurften einer Überarbeitung. Analog zu Anhang 14 (online-Durchführung von Konsensuskonferenzen) wurden die aktualisierten technischen und organisatorischen Vorgaben in Anhang 13 Nummer 7 überführt und damit das Protokoll abgelöst. Neben redaktionellen Änderungen und Anpassungen wurde auch klargestellt, dass der PVA nicht nur den ärztlichen, sondern auch fachlich zuständigen nicht-ärztlichen Mitarbeitern der Referenzzentren die Teilnahme an den Online-Bildkonferenzen ermöglichen kann (Anhang 13 Nummer 4, Anhang 14 Nummer 5).

### **PDT und PTK**

Die Aussetzung der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT bzw. § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK wurde seit Inkrafttreten am 1. Oktober 2006 bzw. 1. Oktober 2007 bereits mehrfach verlängert, zuletzt am 1. April 2020. Aufgrund des anhaltend geringen Leistungsgeschehens werden die Überprüfungen der ärztlichen Dokumentation zunächst um weitere drei Jahre, bis zum 31. Dezember 2025, ausgesetzt. Danach können die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT bzw. § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK eine Überprüfung der ärztlichen Dokumentation vornehmen, sofern sie dies für erforderlich halten. Dieses Verfahren war vorher obligat und wird nun in ein fakultatives Prüfverfahren umgewandelt. Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation richtet sich in beiden Verfahren auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung. Weiterhin wurde in § 6 Abs. 7 bzw. § 7 Abs. 7 der Qualitätssicherungsvereinbarungen klargestellt, dass die Ergebnisse der Überprüfungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich zusammengefasst und übermittelt werden.

### **Schmerztherapie**

Die Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie aus dem Jahr 2005, zuletzt geändert im Jahr 2016, wurde notwendig, um Divergenzen zwischen dem Weiterbildungsrecht und den in der Qualitätssicherungsvereinbarung festgelegten fachlichen Anforderungen im Rahmen der Genehmigungserteilung zu vermeiden. Die bislang gültige Qualitätssicherungsvereinbarung orientierte sich an der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003. Die zwischenzeitlich vom Deutschen Ärztetag am 15.11.2018 erlassene novellierte (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sieht für die Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie eine kompetenzbasierte Weiterbildung mit neuen Richtzahlen vor. Die überarbeitete Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie berücksichtigt nun die Vorgaben der derzeit gültigen MWBO 2018. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens sind ausgewählte Nachweise zu Erfahrungen, Fertigkeiten und Richtzahlen zu erbringen, die aus der

geltenden MWBO 2018 entstammen (Vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 3 und 4). Mit der Vorlage der Urkunde der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ nach der MWBO 2018 entfällt die Notwendigkeit gesonderter Nachweise. Dies gilt auch für die Teilnahmebescheinigung des 80-stündigen interdisziplinären Kurses über Schmerztherapie, der Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ ist. Wenn die Kassenärztliche Vereinigung von sich aus weitere Nachweise fordert, sind diese von der schmerztherapeutisch tätigen Ärztin bzw. vom schmerztherapeutisch tätigen Arzt zusätzlich zu erbringen. Bei den fakultativ zu erbringenden schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren wurden vormals einzeln aufgeführte invasive Verfahren zusammengefasst und Behandlungsverfahren wie die Anwendung von Capsaicin 8% als Schmerzpflaster oder die Einstellung und Befüllung von implantierten Medikamentenpumpen hinzugefügt. Darüber hinaus wurden komplementäre Verfahren (z.B. Akupunktur) aufgenommen und übende Verfahren beispielhaft um Progressive Muskelrelaxation ergänzt. Operative Therapien und Denervationsverfahren und/oder augmentative Verfahren wurden als flankierende therapeutische Maßnahme gestrichen (§ 6 Abs. 2).

### Strahlendiagnostik

Die Prüfergebnisse der vergangenen Jahre waren in der Computertomographie durchwegs gut. Auch wiederholte befristete Aussetzungen der Prüfungen zeigten keine nachteiligen Auswirkungen auf die Beanstandungsquoten. Insofern folgt der Beschluss des G-BA, die Verpflichtung zur Durchführung von Stichprobenprüfungen in der Computertomographie dauerhaft aufzuheben, der Evaluationsempfehlung des aQua-Instituts und trägt dazu bei, die Ärzte sowie die QS-Kommissionen zu entlasten. Eine neue Übergangsregelung (in Paragraf 8 QB-RL Radiologie) soll es den KVen ermöglichen, bereits begonnene oder für das Jahr 2023 geplante Stichprobenprüfungen in der Computertomographie abzuschließen. Eine Berichterstattung an den G-BA erfolgt für diese Prüfungen nicht.

### Bundesweit geltende Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien

- ♦ Abklärungskolposkopie
- ♦ Akupunktur
- ♦ ambulantes Operieren
- ♦ Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- ♦ Arthroskopie
- ♦ Balneophototherapie
- ♦ Blutreinigungsverfahren/Dialyse
- ♦ DMP Asthma/COPD
- ♦ DMP Brustkrebs
- ♦ DMP chronischer Rückenschmerz
- ♦ DMP Depression
- ♦ DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- ♦ DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- ♦ DMP koronare Herzkrankheit (KHK)
- ♦ Histopathologie Hautkrebs-Screening
- ♦ HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen
- ♦ Hörgeräteversorgung
- ♦ Hörgeräteversorgung – Kinder
- ♦ Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO)
- ♦ Interventionelle Radiologie
- ♦ Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
- ♦ Invasive Kardiologie
- ♦ Kapselendoskopie – Dünndarm
- ♦ Koloskopie
- ♦ Langzeit-EKG-Untersuchungen
- ♦ Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
- ♦ Liposuktion bei Lipödem im Stadium III
- ♦ Magnetresonanztomographie
- ♦ Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie
- ♦ Magnetresonanztomographie/Kernspintomographie der Mamma
- ♦ Mammographie (kurativ)
- ♦ Mammographie-Screening
- ♦ Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
- ♦ Molekulargenetik
- ♦ Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- ♦ Neuropsychologische Therapie
- ♦ Onkologie
- ♦ Otoakustische Emissionen
- ♦ Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung
- ♦ Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- ♦ Phototherapeutische Keratektomie
- ♦ Positronenemissionstomographie (PET und PET/CT)
- ♦ Psychotherapie
- ♦ Rhythmusimplantat-Kontrolle
- ♦ Schlafbezogene Atmungsstörungen
- ♦ Schmerztherapie
- ♦ Sozialpsychiatrie
- ♦ Soziotherapie
- ♦ spezialisierte geriatrische Diagnostik
- ♦ Spezial-Labor
- ♦ Stoßwellenlithotripsie
- ♦ Strahlendiagnostik/-therapie
  1. konventionelle Röntgendiagnostik
  2. Computertomographie
  3. Osteodensitometrie
  4. Strahlentherapie
  5. Nuklearmedizin
- ♦ Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
- ♦ Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
- ♦ Ultraschall Diagnostik
- ♦ Ultraschall Diagnostik der Säuglingshüfte
- ♦ Vakuumbiopsie der Brust
- ♦ Wundinfektion (postoperativ)
- ♦ Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)

# Qualitätssicherungsmaßnahmen und Kommissionsarbeit

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) der Qualitätssicherungsbeauftragte, die Qualitätssicherungskommissionen und die Geschäftsstelle Qualitätssicherung gehören.

Der Qualitätssicherungsbeauftragte wird durch die KV berufen und berät diese in Fragen der Qualitätssicherung. Zur Unterstützung der KV können für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie) 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. 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:

- ♦ 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)
- ♦ Geschäftsführung der Qualitätssicherungskommissionen
- ♦ Betreuung von Qualitätszirkeln, die im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen arbeiten
- ♦ Information und Beratung von Vertragsärzten in Fragen der Qualitätssicherung (z.B. Praxisdokumentation, Erstellung von Qualitätssicherungskonzepten für die einzelne Praxis)
- ♦ Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit den anderen KVen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.



# Qualitätssicherungskommissionen der KVMV

## Ehrenamt mit vielen Facetten am Beispiel der Arthroskopie .....

In der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) engagieren sich rund einhundert Mitglieder in Qualitätssicherungskommissionen. Diese Gremien unterstützen den Vorstand der KVMV bei der Umsetzung der landes- und bundesweit gültigen Qualitätssicherungsvereinbarungen und Richtlinien. Der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV arbeitet eng mit den Kommissionsmitgliedern bei der Bewältigung von Antrags- und Stichprobenprüfungen, Kolloquien, beratenden Fachgesprächen und der Durchführung von Begehungen zusammen.



Für die Tätigkeit in einer Kommission können sich erfahrene Ärzte der jeweiligen Genehmigungsbereiche bewerben. Der Vorstand der KVMV beruft die Mitglieder. Die Zusammensetzung jeder Kommission ist in Vereinbarungen, Richtlinien und Verträgen verankert. In der Regel sind mindestens drei Ärzte in einer Kommission tätig, aber auch Psychotherapeuten und Mitglieder

der Krankenkassen oder auch des Medizinischen Dienstes können in Kommissionen tätig sein. Offene Positionen werden auf der Internetseite der KVMV ausgeschrieben. Erstansprechpartner für die Kommissionen sind die Mitarbeiter des Geschäftsbereichs Qualitätssicherung (QS).

Die Kommissionen sind zum einen bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen als beratende Fachgremien tätig. Hierbei werden gemeinsam mit dem Geschäftsbereich QS der KVMV fachliche, räumliche, apparative oder auch hygienische Voraussetzungen zur Erlangung einer Genehmigung geprüft. Aus dieser Prüfung entsteht ein Votum, welches der Vorstand der KVMV in seine Entscheidung über die endgültige Erteilung einer Genehmigung einbezieht.

Fast jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut besitzt eine oder mehrere Genehmigungen und unterliegt somit den Anforderungen und Auflagen der ambulanten Qualitätssicherung – häufig auch noch nach Genehmigungserhalt. Neben der Genehmigungsprüfung sind die Fachkommissionen zum anderen für verschiedenste Begutachtungen zur Aufrechterhaltung von Genehmigungen zuständig. Neben der Prüfung des Einhaltens von Fortbildungsverpflichtungen oder vorgeschriebener Fallzahlen stehen vor allem Stichprobenprüfungen, wie z.B. in der Arthroskopie, auf der Tagesordnung der Kommissionssitzungen.

Bei den Arthroskopien werden jährlich mindestens vier Prozent der Genehmigungsinhaber – ausgewählt per Zufalls-generator der KVMV – mit je zwölf Patientenfällen geprüft sowie obligat alle Ärzte im ersten Jahr einer neuen Genehmigung. 2023 wurden in M-V vier von 60 Genehmigungsinhabern überprüft; bei zwei Prüfungen wurde nichts beanstandet, bei zwei Ärzten gab es Beanstandungen.

### Hilfestellung Dokumentation – Was wird geprüft?

#### 1. Fachgerechte Indikationsstellung

Der Entscheidungsweg zur Durchführung einer Arthroskopie muss nachvollziehbar und verständlich dokumen-

tiert sein. Dabei muss deutlich werden, dass der gesundheitliche Nutzen der arthroskopischen Operation (OP) die Risiken (auch in Abwägung der Behandlungsalternativen) überwiegt.

#### 2. Fachgerechte Durchführung der arthroskopischen OP

Die Auswahl und Durchführung der medizinischen Intervention müssen sowohl fachgerecht als auch nachvollziehbar dokumentiert sein.

#### 3. Nachvollziehbare Dokumentation der arthroskopischen OP

Die schriftliche und bildliche Dokumentation muss bestimmte Angaben enthalten bzw. Vorgaben erfüllen.

#### 4. Zuordnungsfähigkeit der ärztlichen Schrift- und Bilddokumentation

Der OP-Bericht und die Einzelbilder, Videos oder Teilsequenzen müssen ohne weitere Hilfsmittel der operierten Person zugeordnet werden können.

### Wie erfolgt die Bewertung?

Die KVMV überprüft die Zuordnungsfähigkeit der Unterlagen zum Patienten. Danach werden die Dokumentationen pseudonymisiert der Arthroskopie-Kommission vorgelegt, die die Unterlagen anhand der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie prüft. Zwölf Einzelbewertungen ergeben ein Gesamturteil – „keine“, „geringe“, „erhebliche“ oder „schwerwiegende“ Beanstandungen.

### Welche Maßnahmen bei Beanstandungen?

Gemäß der Qualitätsprüfungs-Richtlinie sind auf Basis der Bewertung und Meinung der Kommission eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen zu ergreifen:

- ♦ schriftliche Empfehlung zur Beseitigung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist
- ♦ Beratungsgespräch
- ♦ schriftliche Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist
- ♦ Festsetzung eines weiteren Prüfverfahrens
- ♦ Durchführung eines Kolloquiums
- ♦ Praxisbegehung
- ♦ Widerruf der Genehmigung

### Unterstützung und Beratung für Ärzte

Es gibt diverse Beratungsmöglichkeiten: Ärzte können an einer Arthroskopie-Sitzung teilnehmen und eigene Dokumentationen mitbringen, die gemeinsam mit der Kommission besprochen werden. Zudem sind Hospitationen bei den Kommissionsmitgliedern möglich oder auch eine telefonische Beratung durch die Kommission.



## **Interview mit Dr. med. Thomas Freitag, Vorsitzender der Arthroskopie-Kommission**

### **■ Seit wann sind Sie in der Kommission tätig?**

Ich bin seit August 2012 in der Arthroskopiekommission tätig.

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

Es war für mich immer wichtig nachweisen zu können, dass die ambulant tätigen Operateure die gleichen qualitativen Anforderungen erfüllen, wie sie aus dem klinischen Sektor bekannt sind. Aufgrund der ohnehin vorhandenen Bilddokumentation bieten sich hier die arthroskopischen Operationen besonders an.

### **■ Welche Aufgaben hat die Arthroskopie-Kommission?**

Die Arthroskopiekommission prüft regelmäßig eine Stichprobe von Operationen eines arthroskopisch tätigen Kollegen anhand seines OP-Berichtes und der entsprechenden Bilddokumentation. Wobei die zu Prüfenden von der KV ausgewählt werden.

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

Ich halte es für wichtig, dass wir nachweisen können, dass wir die uns auferlegten Qualitätsziele auch erfüllen. Bei unserer Arbeit handelt es sich ja um eine interne, das heißt im Rahmen der KV-Mitglieder durchgeführte Prüfung. Somit kann man bei Auffälligkeiten in einem kollegialen Gespräch die Mängel ansprechen. Bei Prüfungen durch die Kostenträger wäre dieses sicherlich nicht möglich.

### **■ Wie werden die Anforderungen aus der Arthroskopie-Vereinbarung in MV umgesetzt?**

Alle Kollegen die arthroskopische Operationen durchführen wollen, müssen eine Mindestanzahl an Eingriffen nachweisen können. Des Weiteren müssen die technischen und räumlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Dieses wird durch uns und die KV geprüft und erst dann eine Genehmigung zur Arthroskopie erteilt.

Mit Erteilung der Genehmigung erhalten alle Kollegen eine Broschüre der KBV, in der die Anforderungen an die Dokumentation ausführlich dargestellt werden.

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

Ich möchte allen Kollegen raten, sich die Anforderungen zur bildlichen und textlichen Dokumentation aufmerksam durchzulesen. Diese sind in der schon erwähnten Broschüre der KBV mit Beispielen sehr gut dargestellt. Wir merken immer wieder, dass die von uns angemahnten Mängel in den meisten Fällen nicht auf fachlichen Defiziten beruhen, sondern darauf zurückzuführen sind, dass diese Anforderungen zur Dokumentation nicht eingehalten werden.

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

Ich denke, dass die Arbeit der Kommission in der Zukunft immer wichtiger wird, da der Druck der Kostenträger zum Nachweis eines Qualitätsstandards immer größer wird. Hier haben wir dem stationären Sektor gegenüber einen Vorteil, denn dort erfolgt so eine Kontrolle in keiner Weise.

Vielen Dank für das Gespräch.

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

## Erfahrungsbericht zu einer Qualitätsprüfung.....

Von Dr. Utz Fechner\*

Ich bin als Unfallchirurg in einer Berufsausübungsgemeinschaft niedergelassen. In unserer Praxis werden regelmäßig Arthroscopien diverser Gelenke durchgeführt. Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätskontrolle wurden bei zwei von mir arthroskopierten Patienten die Bilddokumentationen diesbezüglich moniert, als dass nicht alle obligaten Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses eingehalten wurden. Die Abweichungen wurden mir schriftlich mitgeteilt. Auch wurde mir ein individuelles Beratungsgespräch mit der Arthroscopie-Kommission angeboten. Dieses habe ich dann wahrgenommen.

Bei diesem Treffen haben wir uns gemeinsam die beanstandeten Bilder angeschaut. Bei beiden Patientendokumentationen waren einzelne Bilder im Rahmen des diagnostischen Rundgangs, der verpflichtend auch bildlich zu dokumentieren ist, nur unvollständig abgebildet. Zum einen handelte es sich um unvollständig abgebildete Hinterhörner am Innen- und Außenmeniskus, zum anderen um eine nicht vollständige Abbildung des Ansatzes von Supra- und Infraspinatusehne.

Das Gespräch mit den Kollegen empfand ich zu jedem Zeitpunkt als einen Dialog auf Augenhöhe. Zu keinem Zeitpunkt wurde sich mir gegenüber vorwurfsvoll artikuliert. Letztlich entwickelte sich ein äußerst interessanter Dialog zwischen den anwesenden Kollegen, der sicher für jeden der Anwesenden auch die ein oder andere Inspiration geben konnte.

Ich persönlich kann es unbedingt empfehlen, sich bei Fragen oder Problemen auch im Vorfeld einer solchen Prüfung an die Arthroscopie-Kommission zu wenden, um sicherzugehen, und um sich den einen oder anderen Ratschlag einzuholen. Der Sinn dieser Prüfung ist lediglich, die gute Qualität unserer Operationen transparent darzustellen. Und die Kommission kann zur Beurteilung nur nutzen, was ihr auch tatsächlich zur Prüfung vorgelegt wird. Für mich besteht nun Klarheit. Und auch die obligate Nachprüfung lief dann ohne jegliche Beanstandung, da wir unsere tägliche Routine aufgrund der Hinweise nochmals geschärft haben.

*\*Dr. med. Utz Fechner ist niedergelassener Facharzt für Chirurgie/SP Unfallchirurgie in Güstrow.*



QUALITÄTSSICHERUNG  
IN ZAHLEN UND FAKTEN

# Abklärungskolposkopie .....

## Kontakt Abklärungs- kolposkopie:

Jenny Klammer  
Tel.: 0385.7431 210  
E-Mail: jklammer@kvmv.de

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie),**  
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2023

**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 zum: 26.01.2023

✓	AKKREDITIERUNG	<p>Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Abklärung auffälliger Befunde zur Früherkennung des Zervixkarzinoms durch eine Differenzialkolposkopie (Abklärungskolposkopie) gesichert werden soll. Sie dient der histologischen Sicherung von squamösen und glandulären Atypien/Neoplasien sowie der Festlegung der operativen Strategie und muss vor operativen Eingriffen durchgeführt werden. Sie regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen sowie die Befundung für die Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie nach der Gebührenordnungsposition 01765 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gemäß Teil III. D § 8 Abs. 4 - 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme in der vertragsärztlichen Versorgung. Das neue Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhaltskrebs wurde zum 1. Januar 2020 gestartet. Frauen im Alter zwischen 20 und 34 Jahren haben danach jährlich Anspruch auf eine zytologische Untersuchung. Ab 35 Jahren erfolgt dann alle drei Jahre ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und einem HPV-Test. Neu ist zudem, dass die Krankenkassen die Frauen alle fünf Jahre mit einer Einladung an die Untersuchung erinnern.</p>
	EINGANGSPRÜFUNG	
✓	KOLLOQUIUM	
✓	FREQUENZREGELUNG	
✓	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG	
	REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE	
✓	PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG	
✓	FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL	
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION	
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG	
✓	RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION	<p><b>Ärzte mit Genehmigung, Stichtag 31.12.2023</b> <b>22</b></p> <hr/> <p><b>beschiedene Anträge</b> <b>2</b></p> <p>- davon Anzahl Genehmigungen <b>2</b></p> <p>- davon Anzahl Ablehnungen <b>0</b></p> <hr/> <p><b>im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme</b> <b>2</b></p> <p>- davon analog <b>1</b></p> <p>- davon digital <b>1</b></p> <p>- davon Kombisysteme <b>0</b></p>
	BERATUNG	

# Akupunktur

**Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur),**  
 Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2007, zuletzt geändert zum: 01.01.2016

Die Akupunktur ist eine Leistung, die die gesetzliche Krankenversicherung für

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

erstattet. Die „Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) orientiert sich eng an den detaillierten Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung und konkretisiert insbesondere die Teilnahme an Qualitätszirkeln beziehungsweise an Fallkonferenzen (mindestens viermal pro Jahr), die Ausgestaltung von Stichprobenprüfungen (mindestens fünf Prozent der akupunktierenden Ärzte mit jeweils bis zu 30 Dokumentationen) sowie die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen. Sie regelt außerdem die fachlichen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen sowie die Anforderungen an die Durchführung und an die Dokumentation für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur in der vertragsärztlichen Versorgung.

## Kontakt Akupunktur:

Anika Gilbrich  
 Tel.: 0385.7431 249  
 E-Mail: agilbrich@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- ✓ FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
- .....
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

Ärzte mit Genehmigung, Stichtag 31.12.2023	99
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0

### Dokumentationsprüfung – Ärzte in Prozent



### Dokumentationsprüfung – Arztzahl



## Ambulantes Operieren .....

### Kontakt Ambulantes Operieren:

Stefanie Moor  
Tel.: 0385.7431 384  
E-Mail: smoor@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- ✓ FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-
- ✓ KONFERENZ / DOPPELBE-
- FUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/ WAR-
- TUNGSNACHWEIS/
- KONSTANZPRÜFUNG/
- RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/ HYGI-
- ENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/
- QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE
- DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG
- DURCH STICHPROBEN- /
- DOKUMENTATIONS-PRÜ-
- FUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/
- BENCHMARKBERICHTE/
- EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

### Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.12.2011

Um die Qualität beim ambulanten Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung zu sichern, wurde zum 01.12.2011 die Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren in Kraft gesetzt. Diese Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von endoskopischen und operativen Maßnahmen und Eingriffen des Kapitels 31.2 des EBM und §115b SGB V. Erst nach Prüfung und Genehmigung durch die KV ist die Durchführung und Abrechnung von Endoskopien und operativen Eingriffen möglich. In Mecklenburg-Vorpommern erfolgt die Prüfung unter Mitwirkung der Kommission Ambulantes Operieren, d.h. durch ehrenamtlich tätige Ärzte, die ebenfalls ambulant operieren und gerne auch mit einem guten Rat zur Seite stehen.

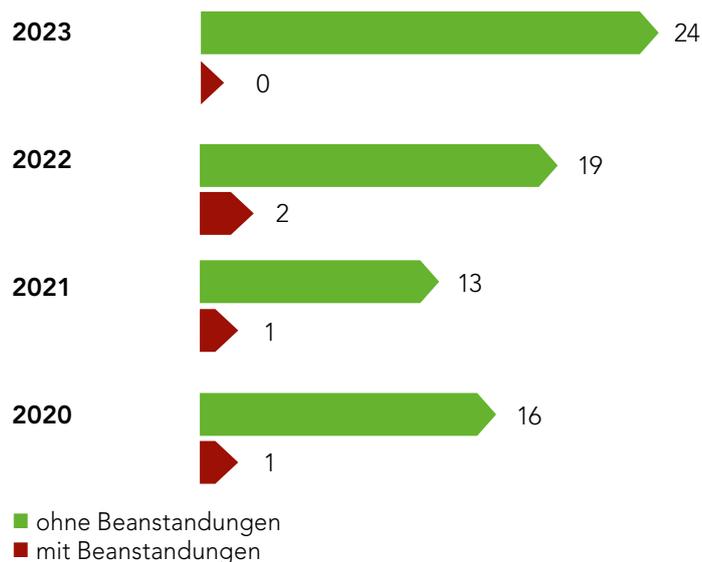
Neben der ambulanten Qualitätssicherung im Bereich des Ambulanten Operierens gibt es auch ein sektorenübergreifendes Verfahren (in Erprobung), das ambulant und stationär erbrachte Leistungsbereiche gleichermaßen betrifft. Die Vermeidung von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen ist das Ziel eines Verfahrens, für das seit dem 1. Januar 2017 Chirurgen, Orthopäden, Gynäkologen und Urologen in Praxen und Kliniken verpflichtend dokumentieren müssen. Das Verfahren fußt auf zwei Säulen. Zum einen werden postoperative Wundinfektionen, die zur stationären Aufnahme geführt haben, im Krankenhaus erfasst. Zum anderen beantworten operierende Ärztinnen und Ärzte jährlich Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement ihrer Einrichtung. Die Dokumentationspflicht bezieht sich immer auf das Hygiene- und Infektionsmanagement des Vorjahres. Durch eine Verknüpfung dieser Daten mit Sozialdaten, die den Krankenkassen vorliegen, ist es möglich, Wundinfektionen zurückzuverfolgen und festzustellen, ob diese tatsächlich in Folge einer Operation entstanden sind und, ob dieser Eingriff ambulant oder stationär erfolgt ist. Seit 2021 werden den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Krankenhäusern auch die Ergebnisse zu den Wundinfektionsraten zur Verfügung gestellt. Wie erwartet, sind die Wundinfektionsraten im vertragsärztlichen Bereich sehr niedrig und liegen unter einem Promille. Die aggregierten Ergebnisse zu den Wundinfektionsraten und zum Hygiene- und Infektionsmanagement werden jährlich in den Bundesqualitätsberichten veröffentlicht.

Der Gesetzgeber hatte die KBV, die DKG und den GKV-Spitzenverband im Jahr 2019 beauftragt, das ambulante Operieren nach Paragraph 115b SGB V weiterzuentwickeln und höhere Anreize zu setzen, dass mehr Operationen am Krankenhaus ambulant erfolgen. Dazu soll unter anderem der AOP-Katalog erweitert werden. Der Katalog ambulant durchführbarer Operationen am Krankenhaus wurde zum 1. Januar 2023 um erste Verfahren erweitert. Außerdem ist dann bei allen Rezidivoperationen eine Differenzierung nach Schweregraden möglich. In der ersten Stufe der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens nach Paragraph 115b SGB V wurden 208 Operationen und Eingriffe in den Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen – kurz AOP-Katalog – aufgenommen. Der Katalog enthält alle Operationen und sonstigen Eingriffe, die die Krankenhäuser ambulant vornehmen und nach EBM abrechnen können.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stichtag 31.12.2023</b>	<b>472</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	31
- davon Anzahl Genehmigungen	31
- davon Anzahl Ablehnungen	0

### Praxisbegehungen

– Anzahl Ärzte



## Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren .....

### Kontakt Apherese:

Lisa Hinz  
Tel.: 0385.7431 383  
E-Mail: lhinz@kvmv.de

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.1991, zuletzt geändert zum: 06.03.2015

Die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren benennt unter anderem für die Apherese die vom G-BA für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztliche 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.

✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
	REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
	PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
	FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
✓	RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
	BERATUNG

### Ärzte mit Genehmigung, Stichtag 31.12.2023

**46**

#### beschiedene Anträge

11\*

- davon Genehmigungen

8

- davon Ablehnungen

0

\*beinhaltet auch Anträge auf Beendigung von Versorgungsaufträgen

# Arthroskopie .....

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

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

## Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2020 (Neufassung)

Die Arthroskopie ist einer der häufigsten orthopädischen beziehungsweise unfallchirurgischen Eingriffe, die bei etwa der Hälfte der Patienten ambulant erfolgt. Die Ausführung und Abrechnung setzt eine Genehmigung der KV voraus. Die Erteilung der Genehmigung erfolgt auf der Grundlage der Arthroskopie-Vereinbarung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren, die u.a. Vorgaben zur fachlichen Weiterbildung sowie zur räumlichen und apparativen Ausstattung definieren.

Zur Förderung der Qualität arthroskopischer Eingriffe hat der G-BA bereits vor Jahren die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie beschlossen. Diese Richtlinie wurde 2019 neu gefasst, da sich unter anderem die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen geändert haben. Auf dieser Grundlage werden wieder Stichprobenprüfungen durchgeführt. Dabei sind weiterhin vornehmlich der OP-Bericht und die bei der Operation (OP) erstellte Bilddokumentation die Grundlage der Prüfung. Viele Vorgaben an die Schrift- und Bilddokumentation sind so ähnlich oder genau wie früher. Geändert wurde unter anderem, dass künftig alle Ärzte geprüft werden, die erstmals eine Genehmigung für die Arthroskopie bei ihrer KV beantragen. Im Kalenderjahr 2020 wurden zwei Prozent der Ärzte geprüft, die eine Genehmigung für die Arthroskopie besitzen oder beantragt haben. Seit 2021 werden vier Prozent der Ärzte geprüft.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>60</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>2</b>
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0

### Kontakt Arthroskopie:

Anke Maaß  
Tel.: 0385.7431 382  
E-Mail: amaass@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG
- .....
- ✓ DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG



**Stichprobenprüfung**  
– Ärzte in Prozent

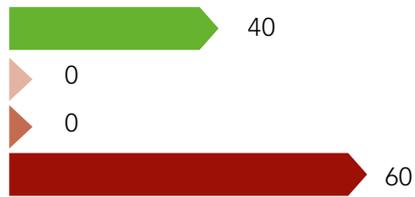
**2023**



**2022**



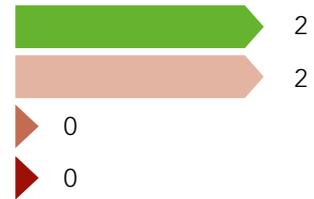
**2021**



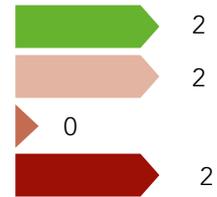
- ohne Beanstandungen
- geringe Beanstandungen
- erhebliche Beanstandungen
- schwerwiegende Beanstandungen

**Stichprobenprüfung**  
– Ärzte in Anzahl

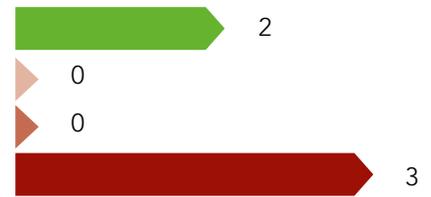
**2023**



**2022**



**2021**



- ohne Beanstandungen
- geringe Beanstandungen
- erhebliche Beanstandungen
- schwerwiegende Beanstandungen

## Balneophototherapie .....

**Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2010, zuletzt geändert zum: 01.10.2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 2008 die Behandlungsmethode „Balneophototherapie“ als Nr. 15 in die Anlage I der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) aufgenommen. Demnach dürfen die genannten Verfahren zur Balneophototherapie bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung als vertragsärztliche Leistungen erbracht werden. Von einem mittelschweren bis schweren Verlauf wird in der Regel bei einem PASI-Score größer 10 ausgegangen. Für Patienten mit primär palmoplantarer Ausprägung gilt dieser Grenzwert bei der Bade-PUVA-Behandlung nicht. 2020 hat der G-BA die Erweiterung der Nr. 15 der Anlage I MVV-RL um die Indikation „atopisches Ekzem“ beschlossen. Dementsprechend darf die Photosoletherapie bei Patienten mit mittelschwerem bis schwerem atopischen Ekzem angewendet werden. Von einem mittelschweren Ekzem wird in der Regel bei einem SCORAD-Score größer 25 ausgegangen. Die Indikationsstellung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren darf nur nach sorgfältiger Prüfung der zur Verfügung stehenden Therapieoptionen erfolgen. Entsprechend wurde auch die Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie angepasst. Deren geänderte Fassung trat zum 1.10.2020 in Kraft.

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität der Leistungen der Balneophototherapie gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung mittels Bade-PUVA-Therapie, synchroner oder asynchroner Photo-Sole-Therapie gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Balneophototherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Neben der Überprüfung der Genehmigungsvoraussetzungen ist die Überprüfung des technischen Gerätezustandes der Bestrahlungskabinen Kernpunkt der Vereinbarung.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>5</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>2</b>
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0

### Kontakt Balneophototherapie:

Anika Gilbrich  
Tel.: 0385.7431 249  
E-Mail: agilbrich@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/
- ✓ WARTUNGSNACHWEIS/
- KONSTANZPRÜFUNG/
- RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/
- HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/
- QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE
- DOKUMENTATION
- .....
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG
- DURCH STICHPROBEN- /
- DOKUMENTATIONS-
- PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/
- ✓ BENCHMARKBERICHTE/
- EVALUATION
- .....
- BERATUNG

## Blutreinigungsverfahren/Dialyse .....

### Kontakt Blutreinigungsverfahren/Dialyse:

Lisa Hinz  
Tel.: 0385.7431 383  
E-Mail: lhinz@kvmv.de

✓ AKKREDITIERUNG

.....  
EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM

✓ FREQUENZREGELUNG

.....  
✓ KOOPERATION/FALL-  
KONFERENZ / DOPPEL-  
BEFUNDUNG

.....  
REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE

✓ PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG

.....  
FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL

.....  
ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION

.....  
EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG

.....  
RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION

.....  
BERATUNG

**Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1997, zuletzt geändert zum: 01.04.2014

**Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten,** Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.07.2020

**Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL),** Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit seit: 01.01.2019, zuletzt hierzu geändert zum: 01.01.2023

Mit der Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren zur Qualitätssicherung soll die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Dialyse (Extrakorporale Blutreinigungsverfahren und Peritonealdialyse zur Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz) in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden. 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.

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) verfolgt das Ziel, die Qualität der Behandlung von Dialysepatienten zu sichern und zu verbessern. Mit dieser Richtlinie werden alle ambulanten Dialyse-Einrichtungen dazu verpflichtet, versorgungsrelevante Daten zu erheben und zur Auswertung weiterzuleiten. Seit dem Erfassungsjahr 2018 analysiert das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die ihm quartalsweise zur Verfügung gestellten Daten und spiegelt den Dialyse-Einrichtungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen die Ergebnisse in Quartalsberichten wider. Durch eine Änderung des SGB V ist es seit 2024 möglich, zum Zweck der Qualitätssicherung Daten zu erheben, die längsschnittliche – also am Behandlungsverlauf der Patienten orientierte – Betrachtungen erlauben. Durch die Längsschnitt-Erhebungen können auch Datenauswertungen vorgenommen werden, die genauere Aussagen über Zusammenhänge von einzelnen Krankheits- und Einflussfaktoren und ihre Bedeutung für die Behandlung der Dialyse-Patienten ermöglichen.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>65</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	12*
- davon Genehmigungen	8
- davon Ablehnungen	0

\*beinhaltet auch Anträge auf Beendigung von Versorgungsaufträgen

## Disease-Management-Programm (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. Ein Hauptelement der Disease-Management-Programme ist die standardisierte und strukturierte elektronische Dokumentation. Die medizinischen Dokumentationsdaten werden vom koordinierenden Arzt oder der koordinierenden Ärztin anlässlich der regelmäßigen Verlaufskontrollen (quartalsweise oder halbjährlich) erhoben. Die elektronische Dokumentation besteht aus dem indikationsübergreifenden Teil, in dem grundlegende administrative und medizinische Daten erhoben werden und einem indikationsspezifischen Teil. Die Dokumentation ist die Basis der Informations- und Steuerungsprozesse im Behandlungsprogramm. Die Daten werden genutzt für die Erstellung der Arzt-Feedbackberichte, der indikationsspezifischen Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen und für die Evaluation. Aus den Berichten ist für den Arzt erkennbar, ob und in welchem Maße die Qualitätsziele erreicht wurden und wie die Praxis im Vergleich zu den anderen teilnehmenden Praxen steht. Die Qualitätsziele werden genauso abgebildet, wie sie in den Anlagen zur Qualitätssicherung im DMP-Vertrag zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung formuliert sind. Zum 31.12.2023 waren rund 200.000 Patienten in die DMPe für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) eingeschrieben, wobei Mehrfacheinschreibungen möglich sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 2019 für die Indikationen Depression und chronischer Rückenschmerz, 2020 für Osteoporose, 2021 für Rheumatoide Arthritis und 2023 für Adipositas (Erwachsene) neue DMP beschlossen.

### Kontakt DMP:

Manuela Ahrens  
Tel.: 0385.7431 378  
E-Mail: mahrens@kvmv.de

### Diabetes mellitus Typ 1

<b>Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023</b>	<b>55</b>
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	49
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	6
- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0

### Diabetes mellitus Typ 2

<b>Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023</b>	<b>1.093</b>
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.043
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	50

### Brustkrebs

<b>Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023</b>	<b>149</b>
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	149

### Koronare Herzkrankheit

<b>Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023</b>	<b>1.069</b>
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.016
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	53
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung "Invasive Kardiologie" (diagnostisch oder therapeutisch)	2

### Asthma bronchiale

<b>Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023</b>	<b>794</b>
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	762
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	32

### Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

<b>Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023</b>	<b>739</b>
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	710
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	29

## 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 01.07.2016

Ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen haben mitunter einen besonderen Behandlungsbedarf. Hier setzt die spezialisierte geriatrische Diagnostik an. Durch sie sollen spezialisierte Geriater den individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten ermitteln und einen Behandlungsplan erstellen. Der Vertragsarzt, der den Patienten überwiesen hat, nutzt diesen dann für das Einleiten und Koordinieren geeigneter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen. Die spezialisierte geriatrische Diagnostik wurde 2016 in den EBM aufgenommen. Spezialisierte geriatrische Vertragsärzte und Geriatrische Institutsambulanzen (GIA), die zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, können die neuen Leistungen abrechnen. Sie müssen eine Genehmigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beantragen. Die Anforderungen hierzu regelt die Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik.

Konkret werden die fachlichen, organisatorischen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung geriatrischer Patienten geregelt.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>8</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

### Kontakt Spezialisierte geriatrische Diagnostik:

Anke Voglau  
Tel.: 0385.7431 377  
E-Mail: avoglau@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- ✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- ✓ FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG
- .....
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION
- .....
- BERATUNG

# Histopathologie Hautkrebs-Screening .....

## Kontakt Histopathologie:

Silke Seemann  
 Tel.: 0385.7431 387  
 E-Mail: sseemann@kvmv.de

✓ AKKREDITIERUNG  
 .....  
 EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM

✓ FREQUENZREGELUNG

✓ KOOPERATION/FALL-  
 KONFERENZ / DOPPEL-  
 BEFUNDUNG

REZERTIFIZIERUNG/  
 WARTUNGSNACHWEIS/  
 KONSTANZPRÜFUNG/  
 RINGVERSUCHE

✓ PRAXISBEGEHUNG/  
 HYGIENEPRÜFUNG

FORTBILDUNG/  
 QUALITÄTSZIRKEL

ELEKTRONISCHE  
 DOKUMENTATION

✓ EINZELFALLPRÜFUNG  
 DURCH STICHPROBEN- /  
 DOKUMENTATIONS-  
 PRÜFUNG

✓ RÜCKMELDESYSTEME/  
 BENCHMARKBERICHTE/  
 EVALUATION

✓ BERATUNG

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009**

**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 01.07.2008, zuletzt hierzu geändert zum: 01.01.2019**

Alle zwei Jahre können Dermatologen und Hausärzte eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs vornehmen. Dieses sogenannte Hautkrebs-Screening hat der Gemeinsame Bundesausschuss in die vertragsärztliche Versorgung als Präventionsleistung eingeführt, da Hautkrebs bereits in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden kann. Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls durch eine Gewebeentnahme. Die histopathologische Beurteilung der Gewebeproben ist in der diagnostischen Kette von ausschlaggebender Bedeutung für das weitere therapeutische Vorgehen. Die Voraussetzungen für die Genehmigungserteilung werden in der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening definiert. Sie regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>14</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>0</b>
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0



## 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 01.07.2009

Die ärztliche Betreuung und Behandlung von HIV-infizierten beziehungsweise an Aids erkrankten Patienten (HIV-/Aids-Patienten) hat nicht zuletzt durch die in den letzten Jahren rasant weiterentwickelte medikamentöse Therapie erhebliche Fortschritte gemacht. Die aufgrund der antiretroviralen Therapieoptionen erzielte Verlängerung der Lebenserwartung der HIV-/Aids-Patienten führte in den Praxen zu einer Erweiterung des Therapiespektrums, auch aufgrund von altersbedingten Begleiterkrankungen. Doch sind die spezifischen Nebenwirkungen dieser Kombinationstherapien nicht unerheblich, so dass engmaschige Kontrollen und häufig individuelle Anpassungen der Zusammenstellung der Kombinationen notwendig werden. Die Betreuung und Behandlung von HIV-/Aids-Patienten erfordert somit von den verantwortlichen Ärzten ein hohes Maß an Engagement hinsichtlich einer individuellen aktivierenden Patientenführung, aber auch hinsichtlich der Aneignung ständig weiter entwickelter Therapieoptionen in den verschiedenen Stadien des Krankheitsbildes HIV/Aids. Um diesen besonderen Anforderungen Rechnung zu tragen und um die spezialisierte Versorgung von HIV-/Aids-Patienten weiter zu fördern sowie künftig eine flächendeckende Versorgung nach einheitlichen Qualitätsstandards gewährleisten zu können, haben sich die Partner der Bundesmantelverträge auf die Einführung einer Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion / Aids-Erkrankung geeinigt. Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung gesichert werden soll. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden leitliniengerechten Steuerung und Durchführung der Behandlung und Betreuung HIV-Infizierter und an Aids erkrankter Patienten in allen Krankheitsstadien durch den behandlungsführenden Arzt. Im Einzelnen regelt sie die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>3</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>0</b>
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

### Kontakt HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen:

Jenny Klammer  
Tel.: 0385.7431 210  
E-Mail: jklammer@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- ✓ FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- ✓ FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

# Hörgeräteversorgung

## Kontakt Hörgeräteversorgung:

Stefanie Moor  
Tel.: 0385.7431 384  
E-Mail: smoor@kvmv.de

✓ AKKREDITIERUNG

EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM

FREQUENZREGELUNG

✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG

✓ REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE

✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG

✓ FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL

✓ ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION

✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG

✓ RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION

BERATUNG

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2019**

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2019**

Im Jahr 2012 wurden die neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen worden. Damit kommt der ärztlichen Leistung im Zusammenhang mit der Verordnung von Hörgeräten eine höhere Bedeutung zu. Zur Nachhaltung dieser Aufwertung und zur Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden, wurde eine entsprechende „Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung nach § 135 Abs. 2 SGB V“ abgeschlossen. Für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Hörgeräteversorgung sind durch den Vertragsarzt fachliche, apparative und organisatorische Anforderungen zu erfüllen und gegenüber der zuständigen KV nachzuweisen. Hinsichtlich der fachlichen Qualifikation müssen zusätzlich zur Facharztbezeichnung im Gebiet „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ oder im Gebiet „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ (bzw. „Phoniatrie und Pädaudiologie“) 20 Hörtests unter Anleitung sowie theoretische Kenntnisse auf dem Gebiet der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätekategorie gegenüber der zuständigen KV nachgewiesen werden. Durch die Spezifizierung des Fachwissens und anhand der zusätzlichen Anforderungen soll der Kenntnisstand des Arztes mit Bezug auf die aktuelle Hörgerätekategorie dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Neben der fachlichen Befähigung des Arztes ist eine adäquate Organisation und Ausstattung der Praxis maßgeblich für die sachgerechte Befunderhebung und Überprüfung des Versorgungsergebnisses. In der Vereinbarung werden daher Anforderungen an die Struktur der Praxis, an die zum Einsatz kommenden Untersuchungsgeräte sowie an die Instrumentarien definiert, die gegenüber der zuständigen KV nachzuweisen sind und von dieser überprüft werden können.

Ebenfalls im Jahr 2012 wurden die neuen GOP zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Kinder) in den EBM aufgenommen. Damit wurde die ärztliche Leistung rund um die Verordnung von Hörgeräten bei Kindern – ähnlich wie im Bereich der Hörgeräteversorgung bei Erwachsenen – durch eine detaillierte Leistungsbeschreibung in den GOP inhaltlich aufgewertet. Zur Nachhaltung dieser Aufwertung und zur Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Kindern, die mit Hörgeräten versorgt werden, wurde ebenso eine entsprechende „Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder nach § 135 Abs. 2 SGB V“ abgeschlossen, die 2012 in Kraft getreten ist. Die Grundlage für die Festlegungen der Qualitätssicherungsvereinbarung bildet die Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Im Rahmen der Betreuung der Patienten übernimmt der behandelnde

Arzt die zentrale Steuerung des Versorgungsprozesses. Für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Hörgeräteversorgung sind durch den Vertragsarzt fachliche, apparative und organisatorische Anforderungen zu erfüllen und gegenüber der zuständigen KV nachzuweisen. Mit der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder soll insbesondere erreicht werden:

- die Sicherstellung einer patientenindividuellen, adäquaten Versorgung, einschließlich Information der Erziehungsberechtigten bzw. der Bezugspersonen
- die Förderung der fachlichen Kooperation zwischen dem verordnenden Arzt und dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker
- Förderung der sachgerechten und kontinuierlichen Nutzung der Hörgeräte.

### Erwachsene

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>86</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0

### Kinder

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>2</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

## Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom .....

### Kontakt Hyperbare Sauerstofftherapie:

Manuela Ahrens  
Tel.: 0385.7431 378  
E-Mail: mahrens@kvmv.de

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2019

Am 1. Oktober 2019 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen 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 zur fachlichen Befähigung geforderte Facharztbezeichnung und legt die Zusatzqualifikationen fest sowie die Anforderungen an die Sicherheit der Druckkammern, in denen die Behandlung durchgeführt wird. Zudem werden die Vorgaben zur Gewährleistung einer leitliniengerechten Wundversorgung und für die Berichterstattung an den überweisenden Facharzt definiert.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung müssen die entsprechenden Ärzte jährlich eine gültige Druckkammertauglichkeitsbescheinigung, sowie auf Verlangen die jeweils aktuellen Protokolle über die sicherheitstechnischen Kontrollen gemäß § 11 Abs. 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung einreichen. Des Weiteren definiert sie die Vorgaben zur schriftlichen Dokumentation an das Druckkammerzentrum, die maßgeblich auf die im Rahmen der ärztlichen Dokumentationspflicht erhobenen Angaben abstellen. Die Vorgaben betreffen einerseits die patientenbezogenen zu dokumentierenden Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom. Andererseits wird festgelegt, welche vom überweisenden Arzt übermittelten Dokumente im Druckkammerzentrum für eventuell durchzuführende Stichprobenprüfungen vorzuhalten sind. Die ärztliche Dokumentation kann stichprobenhaft von der Kassenärztlichen Vereinigung auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit geprüft werden.

✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
✓	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
✓	REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
✓	PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
	FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
✓	RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
✓	BERATUNG

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>0</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>0</b>
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

## Interstitielle LDR-Brachytherapie .....

**Richtlinie für die Behandlung mit interstitieller LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil,**  
Rechtsgrundlage: § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, Gültigkeit: seit 08.01.2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 2020 beschlossen, dass die interstitielle LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden darf. Zugleich fasste er den Beschluss über eine sektorübergreifende Richtlinie zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Die interstitielle LDR-Brachytherapie ist eine Bestrahlung, bei der umschlossene radioaktive Stoffe (Seeds) transperineal in die Prostata permanent implantiert werden. Voraussetzung für die Durchführung der interstitiellen LDR-Brachytherapie ist das Vorliegen eines lokal begrenzten, stanzbioptisch oder histologisch gesicherten Adenokarzinoms der Prostata mit niedrigem Risikoprofil.

Zur Anwendung berechtigt sind Fachärztinnen und Fachärzte für Strahlentherapie und Fachärztinnen und Fachärzte für Urologie. Voraussetzung ist, dass diese über die von der zuständigen Genehmigungsbehörde für die Anwendung der LDR-Brachytherapie zugrunde gelegte erforderliche Fachkunde gemäß Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin verfügen.

Der Patient sowie der weiterbehandelnde Arzt sind über die Notwendigkeit der Durchführung der Untersuchungen zur qualitätssichernden Postimplantationskontrolle zu informieren.

Alle diese Regelungen gelten als Mindestanforderungen. Die fachlichen Anforderungen sind vor erstmaliger Erbringung und danach jeweils nach Verlängerung der Fachkunde gemäß Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin bei der zuständigen KV nachzuweisen, die eine entsprechende Genehmigung zu erteilen hat. Die Erfüllung der übrigen Mindestanforderungen ist in jedem Behandlungsfall in der Patientenakte zu bestätigen.

Die KVen sind als konkrete Stellen benannt worden. Sie sind dafür zuständig, ein Nichteinhalten der Mindestanforderungen festzustellen sowie die Folgen des Nichteinhaltens festzulegen und durchzusetzen. Anders als für Krankenhäuser sind für Vertragsärzte keine regelmäßigen Stichprobenprüfungen vorgesehen. Die Richtlinie verweist stattdessen auf die allgemeine Überwachungspflicht der KVen gemäß § 75 Absatz 2 SGB V. Für den Fall, dass die definierten Mindestanforderungen nicht erfüllt werden, ist als Folge der Verlust des Vergütungsanspruchs festgelegt. Die KVen melden jährlich die Anzahl der erteilten und aufgehobenen Genehmigungen über die KBV an den G-BA.

### Kontakt LDR-Brachytherapie:

Anette Winkler  
Tel.: 0385.7431 244  
E-Mail: awinkler@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- BERATUNG

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>0</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

# Interventionelle Radiologie .....

## Kontakt Interventionelle Radiologie:

Martina Lanwehr  
Tel.: 0385.7431 375  
E-Mail: mlanwehr@kvmv.de

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert zum: 01.10.2010

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Katheterangiographien und/oder therapeutischen Eingriffe am arteriellen Gefäßsystem in der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die KV zulässig. Eine Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem sowie die Nachbetreuung.

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

✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM
✓	FREQUENZREGELUNG
	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG
✓	REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
✓	PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
	FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
	EINZELFALLPRÜFUNG
✓	DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
	RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
	BERATUNG

### Diagnostische Katheterangiographien

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>0</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

### Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>7</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

## Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM) .....

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2014, zuletzt geändert zum: 01.07.2021

Nach Beschluss des Bewertungsausschusses im Jahr 2014 wurden die ambulante beziehungsweise belegärztliche Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe, mehrere Gebührenordnungspositionen sowie der Operationenschlüssel 5-156.9 „Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt“ in den EBM aufgenommen. Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe trat zum selben Zeitpunkt in Kraft. Die QS-Vereinbarung IVM regelt für derzeit insgesamt 6 Indikationen die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die räumliche und apparativ-technische Ausstattung, die hygienischen Anforderungen und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Laut QS-Vereinbarung sind weitere Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation festgelegt. Die KV fordert jährlich von mindestens 10 Prozent der Ärzte, die Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe erbringen und abrechnen, die Dokumentation zur Indikationsstellung von 10 abgerechneten Fällen an. Werden dabei die Anforderungen an eine sachgerechte Indikationsstellung bei mehr als 2 Dokumentationen nicht erfüllt, muss der Arzt innerhalb von 6 Monaten an einer erneuten Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilnehmen. Die Dokumentationsprüfungen sind bis zum 31. Dezember 2024 befristet. Die Partner des Bundesmantelvertrages nehmen bis spätestens zum 30. Juni 2024 Beratungen über eine mögliche Fortführung der Dokumentationsprüfungen ab dem 1. Januar 2025 auf. Abhängig von den Prüfergebnissen wird vereinbart, ob und ggf. in welcher Form die Dokumentationsprüfungen weitergeführt werden. Bei beanstandungsfreier Überprüfung der ärztlichen Dokumentation eines Arztes wird die Dokumentationsprüfung für einen Zeitraum von drei Jahren ausgesetzt.

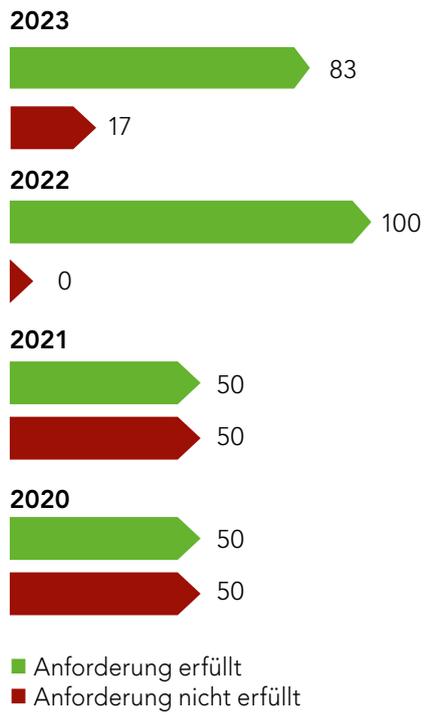
<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>56</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>5</b>
- davon Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	0

### Kontakt IVM:

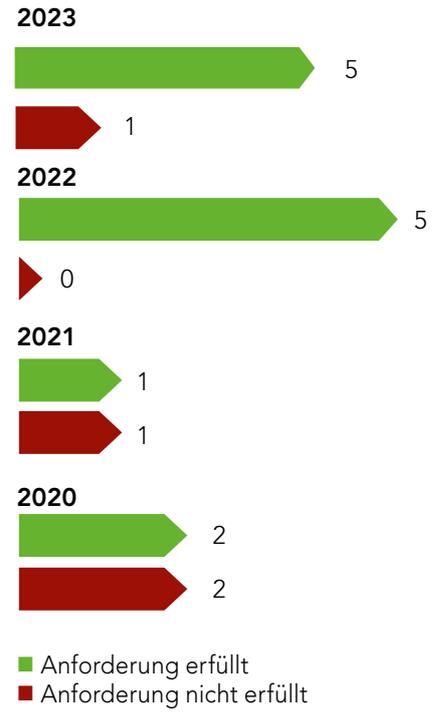
Anke Maaß  
Tel.: 0385.7431 382  
E-Mail: amaass@kvmv.de

✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
	REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
✓	PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
	FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
✓	RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
	BERATUNG

**Dokumentationsprüfung  
nach § 6 Abs. 2**  
– Ärzte in Prozent



**Dokumentationsprüfung  
nach § 6 Abs. 2**  
– Anzahl Ärzte



## Invasive Kardiologie .....

**Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1999, zuletzt geändert zum: 01.01.20191

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 bundesweiten 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 Überprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik.

### Diagnostische Katheterisierungen

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>1</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

### Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>7</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

### Kontakt Invasive Kardiologie:

Anette Winkler  
Tel.: 0385.7431 244  
E-Mail: awinkler@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- ✓ FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-
- ✓ KONFERENZ / DOPPEL-
- BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG
- ✓ DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-PRÜ-  
FUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/  
✓ BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION
- .....
- BERATUNG

# AUFLAGEN NACH ERTEILUNG DER GENEHMIGUNG ZUR ERBRINGUNG VON LEISTUNGEN DER VEREINBARUNG ZUR INVASIVEN KARDIOLOGIE

## DIAGNOSTIK

### Prüfung der Auflagen zwölf Monate ab Erhalt der Genehmigung

- ◆ Nachweis über die Durchführung von mindestens 150 Linksherzkatheteruntersuchungen
- ◆ Prüfung erfolgt anhand der Abrechnungsfrequenzen

## DIAGNOSTIK UND THERAPIE

### Prüfung der Auflagen zwölf Monate ab Erhalt der Genehmigung

- ◆ Nachweis über die Durchführung von mindestens 150 Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterinterventionen
- ◆ Prüfung erfolgt anhand der Abrechnungsfrequenzen

## ERFÜLLT

keine weiteren Auflagen, es greift der nächste Prüfzeitraum

### NICHT ERFÜLLT

- ◆ Der Arzt hat die Möglichkeit, das Ziel im nächsten Prüfzeitraum zu erreichen.
- ◆ Entzug der Genehmigung
- ◆ Antrag auf Wiedererteilung, sechs Monate nach Entzug der Genehmigung möglich
- ◆ Nachweis, dass innerhalb von sechs aufeinanderfolgenden Monaten seit Widerruf der Genehmigung mindestens 50 Linkskatheteruntersuchungen unter der Anleitung eines von der Ärztekammer hierzu befugten Arztes durchgeführt wurden

### NICHT ERFÜLLT

- ◆ Der Arzt hat die Möglichkeit, das Ziel im nächsten Prüfungszeitraum zu erreichen.
- ◆ Entzug der Genehmigung
- ◆ Antrag auf Wiedererteilung, sechs Monate nach Entzug der Genehmigung möglich
- ◆ Nachweis, dass innerhalb von 6 aufeinanderfolgenden Monaten seit Widerruf der Genehmigung mindestens 50 Katheterisierungen und mindestens 25 therapeutische Katheterinterventionen unter Anleitung eines von der Ärztekammer hierzu befugten Arztes durchgeführt wurden.
- ◆ Nachweis der sonstigen Genehmigungsvoraussetzungen (fachlich, organisatorisch, apparativ)



# Koloskopie

## Kontakt Koloskopie:

Anke Maaß  
 Tel.: 0385.7431 382  
 E-Mail: amaass@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- ✓ FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ✓ ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG
- .....
- ✓ DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

**Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2002, zuletzt geändert zum: 01.04.2020

**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 zum: 07.07.2023

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.

**Ärzte mit Genehmigung ausschließlich kurative Koloskopie, Stand 31.12.2023** **40**

**Ärzte mit Genehmigung kurative und präventive Koloskopie, Stand 31.12.2023** **40**

<b>beschiedene Anträge</b>	<b>4</b>
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0

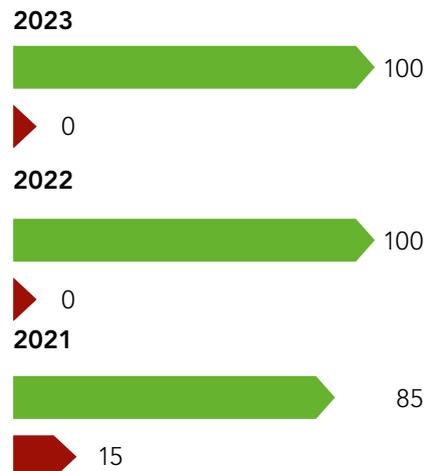


**Totale Koloskopie  
Dokumentationsprüfung  
nach § 6 Abs. 3a-e**  
– Ärzte in Prozent



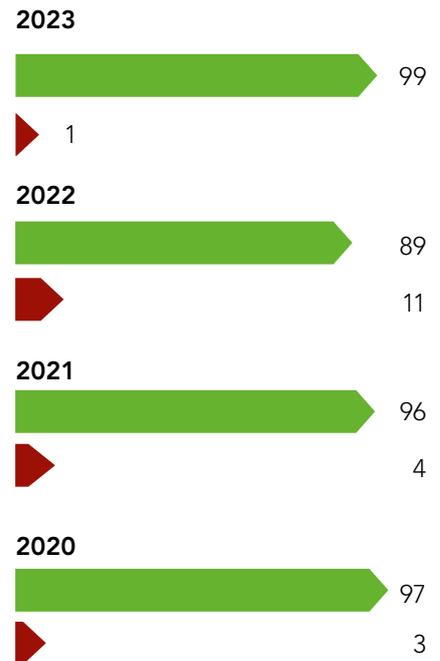
■ Anforderung erfüllt  
■ Anforderung nicht erfüllt

**Polypektomie  
Dokumentationsprüfung  
nach § 6 Abs. 4a-c**  
– Ärzte in Prozent



■ Anforderung erfüllt  
■ Anforderung nicht erfüllt

**Prüfung zur Hygienequalität**  
– Praxen in Prozent



■ Anforderung erfüllt  
■ Anforderung nicht erfüllt

## Spezial-Labor

### Kontakt Spezial-Labor:

Silke Seemann  
Tel.: 0385.7431 387  
E-Mail: sseemann@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- ✓ EINGANGSPRÜFUNG
- ✓ KOLLOQUIUM
- FREQUENZREGELUNG
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- ✓ REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- ✓ FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- BERATUNG

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor)** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2024

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung spezieller laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Die Vereinbarung regelt die allgemeinen Anforderungen an die fachliche Befähigung und die Organisation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von speziellen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die KV überprüft regelmäßig, ob die Anforderungen der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ (Rili-BÄK) an die interne und externe Qualitätssicherung erfüllt werden. Sie fordert dafür pro Jahr von mindestens 15 Prozent aller Ärzte, die Laborleistungen erbringen und abrechnen, Dokumentationen an. Die einzureichenden Dokumentationen betreffen das interne Qualitätsmanagementsystem (z.B. QM-Handbuch, Gerätenachweise, Mitarbeiterqualifikationen, Fehlermanagement) und die erfolgreiche Teilnahme an der externen Qualitätssicherung (Ringversuche). Ärzte, die die Anforderungen der Rili-BÄK an die interne und externe Qualitätssicherung erfüllen und hierzu bei den Stichprobenprüfungen ohne Beanstandungen geprüft wurden, werden für einen Zeitraum von fünf Jahren von der Stichprobenprüfung ausgenommen. Legen Ärzte eine gültige Akkreditierungsurkunde nach DIN EN ISO 15189 (Medizinische Laboratorien – Anforderungen an die Qualität und Kompetenz) vor, entfällt sowohl die Nachweispflicht innerhalb von zwölf Monaten als auch die Teilnahme an den Stichprobenprüfungen.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	136
<b>beschiedene Anträge</b>	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0



## Langzeit-EKG-Untersuchungen .....

**Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen,** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

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.

<b>Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung, Stand 31.12.2023</b>	<b>78</b>
<b>Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2023</b>	<b>326</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	25
- davon Genehmigungen	25
- davon Ablehnungen	0

### Kontakt Langzeit-EKG :

Anette Winkler  
Tel.: 0385.7431 244  
E-Mail: awinkler@kvmv.de

✓ AKKREDITIERUNG

EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM

FREQUENZREGELUNG

KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG

REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE

PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG

FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL

ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION

EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG

RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION

BERATUNG

## Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom .....

### Kontakt Laserbehandlung bPS:

Stefanie Moor  
Tel.: 0385.7431 384  
E-Mail: smoor@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- ✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- ✓ FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ✓ ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG
- .....
- ✓ DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostata-syndroms (Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS),**  
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2018, zuletzt geändert zum: 01.01.2019

Grundlage der Qualitätssicherungs-Vereinbarung sind die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Holmium-Laserbehandlung und die Thulium-Laserbehandlung bei bPS in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Die beiden Laserverfahren der Resektion und der Enukleation der Prostata mittels Holmium-Laser sind als Nummern 17 und 18 in der Anlage I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgeführt, die Thulium-Laserresektion als Anlage 21. In 2019 wurde die QS-Vereinbarung um die Verfahren der Thulium-Laserenukleation und der Photospektiven Vaporisation ergänzt. Die beiden Laserverfahren sind als Nummern 24 und 25 in der Anlage I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgeführt.

Ziel der QS-Vereinbarung Laserbehandlung bei bPS ist die Sicherstellung der Qualität der Durchführung der Laser-Behandlungen unter Berücksichtigung definierter fachlicher und apparativer Mindestanforderungen sowie der organisatorischen Voraussetzungen und der festgelegten Behandlungsabläufe.

Die Anforderungen an die Dokumentation umfassen u.a. Angaben zu präoperativen Beschwerden und zu anamnestischen Befunden sowie ggf. zu Voruntersuchungen, intraoperative Angaben insbesondere zu Komplikationen und postoperative Befunde u.a. zum Enukleations- bzw. Resektionsgewicht, Früh- und ggf. Spätkomplikationen, Hinweise zum weiteren Vorgehen und zum Miktionsstatus bei der Entlassung.

Um einen Überblick über die Qualität der erbrachten Laser-Behandlungen zu erhalten, wurde als ein weiterer wesentlicher Bestandteil der QS-Vereinbarung die verpflichtende Übermittlung einer Jahresstatistik durch jeden Arzt festgelegt. Die Erfassung und Übermittlung der aggregierten Daten erfolgt dabei in einem elektronischen Dokumentationsverfahren und ist in der Anlage 1 der Vereinbarung beschrieben. Diese Verpflichtung ist an das Erreichen einer Mindestzahl von Genehmigungen gebunden.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>0</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
.....	0
- davon Genehmigungen	0
.....	0
- davon Ablehnungen	0

## Liposuktion bei Lipödem im Stadium III.....

**Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)**, Rechtsgrundlage: §136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 07.12.2019, zuletzt geändert zum: 16.09.2020

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.12.2011

Ziele der Richtlinie sind die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung sowie der Sicherheit von Patientinnen, bei denen eine Liposuktion durchgeführt werden soll. Die chirurgische Fettabsaugung soll bei Lipödem im Stadium III insbesondere eine Bewegungseinschränkung beseitigen, um so eine Steigerung der körperlichen Aktivität zu ermöglichen. Der G-BA beschloss diese Richtlinie als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit der Leistungsvoraussetzungen und Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität bei der Indikationsstellung, Durchführung und Versorgung von Patientinnen, bei denen die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems im Stadium III zur Anwendung kommt, festgelegt werden.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>0</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

### Kontakt Liposuktion:

Stefanie Moor  
Tel.: 0385.7431 384  
E-Mail: smoor@kvmv.de

✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
✓	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
	REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
	PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
	FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS- PRÜFUNG
✓	RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
	BERATUNG

# Magnetresonanz-/Kernspintomographie .....

## Kontakt Magnetresonanz-/Kernspintomographie:

Martina Lanwehr  
Tel.: 0385.7431 375  
E-Mail: mlanwehr@kvmv.de

✓ AKKREDITIERUNG  
.....  
EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM

✓ FREQUENZREGELUNG

.....  
KOOPERATION/FALL-  
KONFERENZ / DOPPEL-  
BEFUNDUNG

.....  
REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE

✓ PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG

.....  
FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL

.....  
ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION

✓ EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG

✓ RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION

✓ BERATUNG

**Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 9: Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust (MRM)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2006, zuletzt hierzu geändert zum: 23.05.2020

**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 01.04.2001, zuletzt geändert zum: 01.01.2020

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. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden, bei deren Unterschreitung ein Kolloquium verpflichtend ist. Wird auf Grund einer Magnetresonanz-Tomographie der Mamma eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis zu dokumentieren.

### Allgemeine Kernspintomographie

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>83</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0

### Kernspintomographie der Mamma

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>4</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

# Magnetresonanz-Angiographie.....

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007, zuletzt geändert zum: 01.10.2015

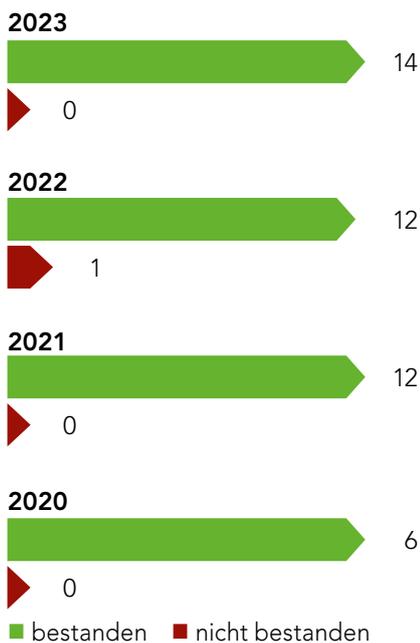
**Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie),** Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt geändert zum: 01.01.2020

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 die in der Vereinbarung geregelten fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographien nachweisen.

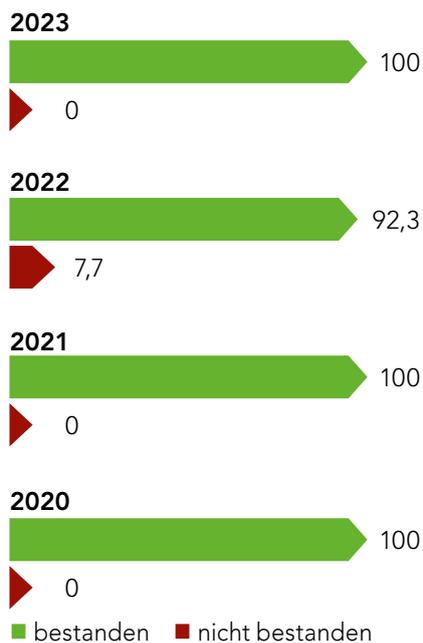
Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung erfolgt eine Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Jährlich werden von mindestens 20 Prozent der Ärzte, die Leistungen nach erbringen und abrechnen, die Dokumentationen zu zwölf abgerechneten MR-Angiographien angefordert.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	60
beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	0

**Dokumentationsprüfung**  
– Anzahl Ärzte



**Dokumentationsprüfung**  
– Ärzte in Prozent



## Kontakt Magnetresonanz-Angiographie:

Martina Lanwehr  
Tel.: 0385.7431 375  
E-Mail: mlanwehr@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

# Mammographie (kurativ) .....

## Kontakt Mammographie:

Martina Lanwehr  
 Tel.: 0385.7431 375  
 E-Mail: mlanwehr@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- ✓ EINGANGSPRÜFUNG
- ✓ KOLLOQUIUM
- FREQUENZREGELUNG
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- ✓ REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- ✓ FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- ✓ BERATUNG

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert zum: 01.01.2023

In der kurativen Mammadiagnostik bildet die Mammographie-Vereinbarung einen wesentlichen Bestandteil der vertragsärztlichen Qualitätssicherung. Bereits 2005 waren hier u.a. Vorgaben zur Zusammensetzung von Fallsammlungen festgelegt worden. Diese dienen dem Nachweis der fachlichen Befähigung für die Befundung kurativ erbrachter Mammographien sowie der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung. Die Mammographie-Vereinbarung enthält detaillierte Vorgaben für die Zusammenstellung der Fallsammlungen. Die Zusammenstellung der Fallsammlungen erfolgt anhand von Fallinformationen aus der Begutachtung durch ein ärztlich besetztes Sachverständigengremium. 2023 wurden Änderungen in der Mammographie-Vereinbarung vorgenommen. Wie bisher soll in jeder Fallsammlung der Mammographie-Vereinbarung mindestens ein Fall vorhanden sein, bei dem in beiden Mammæ bösartigen Veränderungen vorliegen. Die Anforderungen an die Zusammensetzung der Fallsammlungen wurde nunmehr dahingehend konkretisiert, dass höchstens drei Fälle mit beidseitigen bösartigen Veränderungen enthalten sind. Dieser Konkretisierung liegt die Beobachtung zugrunde, dass Fälle mit beidseitigen Karzinomen in der Versorgung vergleichsweise selten vorkommen. Daher wird die Anzahl entsprechender Fälle in den Fallsammlungen nunmehr nicht nur nach unten auf einen Fall, sondern auch nach oben auf maximal drei Fälle begrenzt. Zudem wird durch diese Anpassung die Vergleichbarkeit der Fallsammlungen über verschiedene Jahre weiter gefördert.

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie ist in der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die KV zulässig. Die Voraussetzungen für die Genehmigungserteilung werden in der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur kurativen Mammographie definiert. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen. Genehmigungsinhaber müssen für die Aufrechterhaltung der Genehmigung in einem zweijährlichen Abstand an der Beurteilung einer Fallsammlungsprüfung teilnehmen. Dazu sind 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen zu befunden. Daneben findet eine Überprüfung der ärztlichen Dokumentation statt. Diese umfasst die Qualität der mammographischen Untersuchung mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Indikationsstellung und Befundung. Dazu werden die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von zehn Patientinnen angefordert. Diese Überprüfung findet ebenfalls in zweijährlichem Abstand statt.



Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	34
<b>beschiedene Anträge</b>	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0

**Fallsammlungsprüfung nach  
Abschnitt C – Erstprüfung**  
- Ärzte in Prozent

**2023**



**2022**



**Fallsammlungsprüfung nach  
Abschnitt D – reguläre Prüfung**  
- Ärzte in Prozent

**2023**



**2022**



■ bestanden ■ nicht bestanden

# Mammographie-Screening .....

## Kontakt Mammographie:

Martina Lanwehr  
Tel.: 0385.7431 375  
E-Mail: mlanwehr@kvmv.de

**Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening**, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2021 (Neufassung), zuletzt geändert zum: 01.01.2023

**Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), 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 01.01.2004, zuletzt hierzu geändert zum: 14.08.2020

Internationale Studien haben gezeigt: Ein Programm zur systematischen Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50- bis 75-jährigen Frauen, das sogenannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs senken. Die Einführung in Deutschland setzt neue Standards der Qualitätssicherung in der medizinischen Regelversorgung. Es umfasst alle Ebenen des Versorgungsbereiches: von der schriftlichen Einladung der Frau, über die Screening-Untersuchung und die Durchführung der Abklärungsdiagnostik bis zur Diagnosestellung und Überleitung in die Therapie. 2004 sind die Regelungen zur Einführung des Mammographie-Screenings in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten. Seitdem haben Frauen zwischen 50 und 69 Jahren Anspruch auf eine solche Untersuchung. Ab dem 1. Juli 2024 wurde die Altersgrenze auf 75 Jahre angehoben.

Voraussetzung für eine frühzeitige Erkennung von Brustkrebs sind eine hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote. In Mecklenburg-Vorpommern lag die Teilnahmequote im Jahr 2020 bei ca. 55 Prozent.

### Genehmigung, Stand 31.12.2023

<b>Screeningeinheiten</b>	4
<b>Programmverantwortliche Ärzte</b>	7
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	7
<b>kooperierende Ärzte (gesamt)</b>	29
- Befunder von Mammographieaufnahmen	14
- histopathologische Beurteilung	9
- Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	6
-- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	1

	Programmver- antwortlicher Arzt	Befundung von Screening- Mammo- graphien	Biopsien unter Röntgen- kontrolle	Histopatho- logische Beurteilung im Screening
AKKREDITIERUNG	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG	✓	✓		
KOLLOQUIUM	✓	✓		
FREQUENZREGELUNG	✓	✓	✓	✓
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG	✓	✓	✓	✓
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGS- NACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE	✓	✓	✓	
PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG	✓			
FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL	✓	✓	✓	✓
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION	✓	✓	✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG	✓		✓	
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION	✓	✓	✓	✓
BERATUNG	✓	✓	✓	✓

## Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) .....

### Kontakt MRSA:

Silke Seemann  
Tel.: 0385.7431 387  
E-Mail: sseemann@kvmv.de

**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 01.07.2016**

✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
✓	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
	REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
✓	PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
	FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
✓	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS- PRÜFUNG
✓	RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
	BERATUNG

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und zur ambulanten Eradikationstherapie von mit dem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) besiedelten und infizierten Patienten sowie von Risikopatienten gesichert werden soll.

Die Vereinbarung regelt die fachlichen und organisatorischen Anforderungen für die Ausführung und Abrechnung von MRSA-Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung (außer für die Laborleistungen). Sie gibt vor, dass die Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie von Risikopatientinnen und -patienten entsprechend der Inhalte der MRSA-Fortbildung und der Vorgaben des Robert Koch-Instituts (u.a. RKI-Ratgeber für Ärzte) erfolgen. Unterstützend sind die Kenntnisse des Projektes EurSafety Health net/EUREGIO MRSA-net einzubeziehen.

Eine Diagnostik und gegebenenfalls ambulante Eradikationstherapie werden empfohlen für:

Risikopatientinnen und Risikopatienten,  
MRSA-besiedelte Patientinnen und Patienten,  
MRSA-infizierte Patientinnen und Patienten  
sowie Kontakt-/Bezugspersonen (soweit erforderlich).

Die Leistungen sind vom an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt elektronisch zu dokumentieren. Die Dokumentation erfolgt auf Basis von patientenbezogenen pseudonymisierten Abrechnungsdaten bei der Kassenzentralen Bundesvereinigung. Die Daten werden für die Auswertung patientenbezogen zusammengeführt. Die Auswertung erfolgt einmal jährlich quartalsbezogen für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr und ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum Ende des 8. Monats des Folgejahres zu übermitteln.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>656</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	18
- davon Genehmigungen	18
- davon Ablehnungen	0

# Molekulargenetik.....

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2017

Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt zunächst die allgemeinen Anforderungen an die Indikationsstellung, die Durchführung, Organisation und Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von molekulargenetischen Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Weiterhin sind die Anforderungen des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) und die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen durch den Arzt zu berücksichtigen.

Zu den wesentlichen Regelungen der QS-Vereinbarung Molekulargenetik gehört die fachliche Qualifikation. So können vor allem Fachärzte für Humangenetik, Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin die Untersuchung durchführen.

Weiterhin soll durch die Vereinbarung eine strukturierte Zusammenarbeit mit der verantwortlichen ärztlichen Person durch Bereitstellung eines Verzeichnisses seiner molekulargenetischen Leistungen und indikationsbezogener Auftragshinweise gewährleistet werden. So ist der Arzt verpflichtet, ein System der internen Qualitätssicherung sowie die regelmäßige Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ringversuchen) nachzuweisen. Die molekulargenetische Untersuchung darf erst dann durchgeführt werden, wenn die Indikationsstellung aus den Auftragshinweisen geprüft und beurteilt wird. Die Auftragshinweise müssen dabei mindestens den Nachweis über die Aufklärung und die Einwilligung des Patienten, Angaben zu den allgemeinen und krankheitsspezifischen Fragestellungen und zum eingesendeten Untersuchungsmaterial beinhalten. Die weiteren krankheitsbezogenen Kriterien an die Indikationsstellung werden in den spezifischen Anhängen definiert. Der Arzt hat die Indikation, eine ggf. erfolgte konsiliarische Erörterung, Durchführung und Befundbeurteilung nachvollziehbar zu dokumentieren. Die zuständige KV ist für die Überprüfung der in der Vereinbarung genannten Anforderungen zuständig und kann einen Nachweis über deren Einhaltung verlangen. Ergeben sich daraus Hinweise auf mögliche Qualitätsdefizite (z. B. wiederholtes Nichtbestehen eines Ringversuches), kann die KV qualitätssichernde Maßnahmen einleiten.

## Kontakt Molekulargenetik:

Silke Seemann  
Tel.: 0385.7431 387  
E-Mail: sseemann@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- ✓ REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- ✓ FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ✓ ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>14</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

## Neuropsychologische Therapie .....

### Kontakt neuropsychologische Therapie:

Anke Voglau  
Tel.: 0385.7431 377  
E-Mail: avoglau@kvmv.de

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.02.2012, zuletzt geändert zum: 22.07.2020

**Vereinbarungen von QS-Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 zur neuropsychologischen Diagnostik und Therapie (Qualitätssicherungsvereinbarung NT)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2022

✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
✓	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
✓	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
	REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
	PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
	FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS- PRÜFUNG
✓	RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
✓	BERATUNG

Hintergrund der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung ist der am 22. Juli 2020 in Kraft getretene Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. Juni 2020 über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) in Anlage I Nr. 19 (Neuropsychologische Therapie). Die Partner des Bundesmantelvertrages eröffnen durch die neue Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V die Option, dass in den Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin fakultative Stichprobenprüfungen durchgeführt werden können. Gemäß G-BA Beschluss beschränken sich diese Prüfungen auf die Inhalte der bisherigen Prüfungen. Nach 3 Jahren werden die Ergebnisse der Dokumentationsprüfungen bewertet. Abhängig von den Prüfergebnissen wird vereinbart, ob und ggf. in welcher Form die Dokumentationsprüfungen angepasst oder ob sie beendet werden.

Die Erteilung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie erfolgt weiterhin nach Anlage I Nummer 19 der MVV-RL des G-BA. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage I Nummer 19 der MVV-RL erfüllt sind. Die KVen können von den Leistungserbringern, denen eine Genehmigung nach der MVV-RL erteilt worden ist, stichprobenhaft Dokumentationen zu abgerechneten Leistungen nach Abschnitt 30.11 des EBM anfordern. Da das Leistungsvolumen stark variiert, entscheiden die KVen über die Größe der Stichprobe (Anzahl Ärzte) und die Anzahl der einzureichenden Dokumentationen (Anzahl Fälle/Patienten).

Für die Durchführung der Dokumentationsprüfungen richten die Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätssicherungskommissionen ein. Die Dokumentationen werden dahingehend überprüft, ob die Inhalte nach § 9 der Anlage I Nummer 19 der MVV-RL vollständig und nachvollziehbar sind. Für die gesamte Dokumentation jeder Patientin oder jedes Patienten der Stichprobe wird eine Einzelbewertung vorgenommen.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>7</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

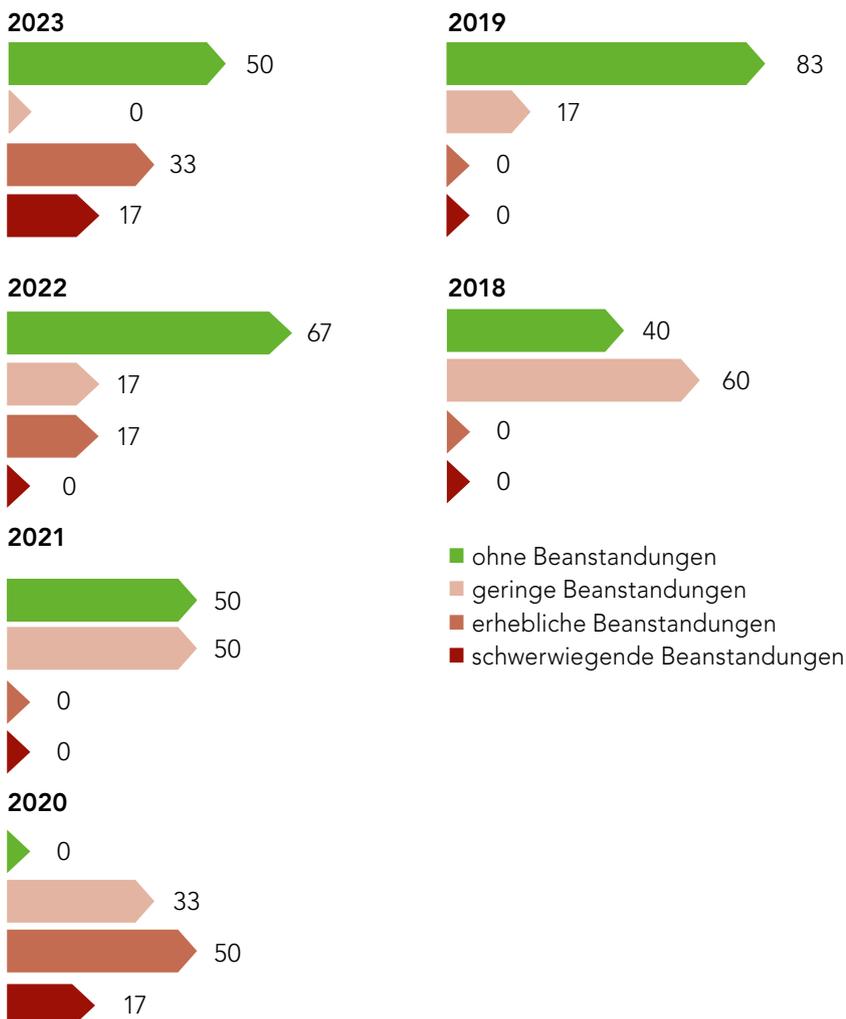
# Onkologie

**Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung),** Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2024

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	66
<b>beschiedene Anträge</b>	6
- davon Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	1

## Stichprobenprüfung – Ärzte in Prozent



## Kontakt Onkologie:

Kirsten Martensen  
Tel.: 0385.7431 243  
E-Mail: kmartensen@kvmmv.de

✓ AKKREDITIERUNG

EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM

✓ FREQUENZREGELUNG

✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG

REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE

PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG

✓ FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL

✓ ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION

✓ EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG

RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION

BERATUNG

# Otoakustische Emissionen .....

## Kontakt otoakustische Emissionen:

Stefanie Moor  
Tel.: 0385.7431 384  
E-Mail: smoor@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- BERATUNG

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

Mittels otoakustischer Emissionen (OAE) können Schallempfindungsschwerhörigkeiten ohne aktives Zutun der Patienten diagnostiziert werden. Dies macht die OAE-Messung vor allem auch in der Diagnostik kindlicher Hörstörungen zu einer viel genutzten Methode in der vertragsärztlichen Versorgung. Entscheidungsgrundlage zur Leistungserbringung und Abrechnung otoakustischer Emissionen bildet die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Anlage 1, Punkt 5 – Bestimmung der otoakustischen Emissionen. Als Voraussetzung zur Genehmigung ist die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für HNO-Heilkunde“ oder „Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie“ nachzuweisen. Darüber hinaus sind der Kassenärztlichen Vereinigung neben den fachlichen auch die apparativen Voraussetzungen des Geräteherstellers vorzulegen.

Die Richtlinie benennt in Anlage I die vom G-BA für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztliche 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, die nach Überprüfung durch den G-BA nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen. In Anlage III werden die Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt ist, genannt.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>76</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>6</b>
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0

# Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische 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 01.01.2017

Ziel dieser Vereinbarung ist die Festlegung der Voraussetzungen für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung 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.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>106</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0

## Kontakt Palliativmedizin:

Anke Voglau  
Tel.: 0385.7431 377  
E-Mail: avoglau@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- ✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
- .....
- PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- ✓ FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- BERATUNG



# Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT) .....

## Kontakt PDT:

Anke Maaß  
 Tel.: 0385.7431 382  
 E-Mail: amaass@kvmv.de

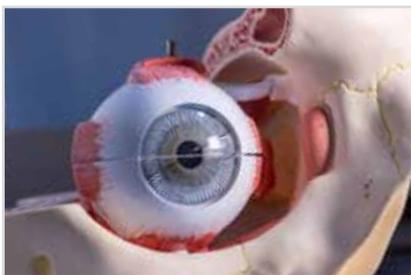
**Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.08.2001, zuletzt geändert zum: 01.07.2023

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.

Nach Erteilung der Genehmigung ist die Ausführung und Anwendung der PDT an eine jährliche Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden, die in erster Linie auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung gerichtet ist. Die stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation für die PDT ist allerdings bis zum 31. Dezember 2025 ausgesetzt. Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband verständigt. Nach diesem Zeitpunkt können die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Überprüfung der ärztlichen Dokumentation vornehmen, wenn sie dies für erforderlich halten. Damit wurde das ursprünglich obligate Verfahren zur Qualitätssicherung in ein fakultatives Prüfverfahren umgewandelt. Im Fokus der Überprüfung steht die Indikationsstellung.

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG
- ✓ DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>6</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>0</b>
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0



# Phototherapeutische Keratektomie (PTK) .....

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007, zuletzt geändert: 01.07.2023

Das Verfahren der phototherapeutischen Keratektomie (PTK) gleicht technisch dem der photorefraktiven Keratektomie – einer laserinduzierten Veränderung der Brechkraft der Hornhaut. Bei der PTK handelt es sich jedoch nicht um einen refraktiv-chirurgischen, sondern um einen medizinisch indizierten therapeutischen Eingriff bei verschiedenen Augenerkrankungen. Im Unterschied zu photorefraktiven Verfahren wird hierbei ein refraktionsneutrales planparalleles Vorgehen angestrebt.

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.

Die stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation für die PTK ist allerdings bis zum 31. Dezember 2025 ausgesetzt. Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband verständigt. Nach diesem Zeitpunkt können die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Überprüfung der ärztlichen Dokumentation vornehmen, wenn sie dies für erforderlich halten. Damit wurde das ursprünglich obligate Verfahren zur Qualitätssicherung in ein fakultatives Prüfverfahren umgewandelt. Im Fokus der Überprüfung steht die Indikationsstellung.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>4</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>0</b>
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

## Kontakt PTK:

Anke Maaß  
Tel.: 0385.7431 382  
E-Mail: amaass@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG
- ✓ DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG

# Positronenemissionstomographie (PET) und PET/Computertomographie (CT) .....

## Kontakt PET und PET/CT:

Martina Lanwehr  
Tel.: 0385.7431 375  
E-Mail: mlanwehr@kvmv.de

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16.05.2015, zuletzt hierzu geändert zum: 05.10.2021

**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 01.07.2016, zuletzt geändert zum: 01.01.2023

✓ AKKREDITIERUNG  
.....  
EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM  
.....  
FREQUENZREGELUNG

✓ KOOPERATION/FALL-  
KONFERENZ / DOPPEL-  
BEFUNDUNG

.....  
REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE

✓ PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG

✓ FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL

.....  
ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION

✓ EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG

.....  
RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION

.....  
BERATUNG

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomographie und Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET, PET/CT) bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen Indikationen bei onkologischen Fragestellungen gesichert werden soll. Sie regelt, welche fachlichen Befähigungen sowie apparative und organisatorische Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung erfüllt sein müssen. Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht sind bei Durchführung einer PET bzw. PET/CT patientenbezogen bestimmte Parameter zu dokumentieren.

Ärzte, denen eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der PET bzw. PET/CT erteilt worden ist, müssen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen, nachgewiesen durch mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von jeweils 24 Monaten teilnehmen.

Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation richtet sich darauf, ob das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen der Anwendung der PET bzw. PET/CT begründet. Die Kassenärztliche Vereinigung fordert von Ärzten, die Leistungen erbringen und abrechnen, die Dokumentationen zu 12 abgerechneten PET- bzw. PET/CT-Untersuchungen innerhalb eines Zeitraumes von jeweils drei Jahren an.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>3</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

# Rhythmusimplantat-Kontrolle

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2018

**Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung** im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V, Rechtsgrundlage: Anlage 31 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2017

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher 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) gesichert werden 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.

## Genehmigungen Herzschrittmacherkontrolle

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	3
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

## Genehmigungen Herzschrittmacherkontrolle und ICD

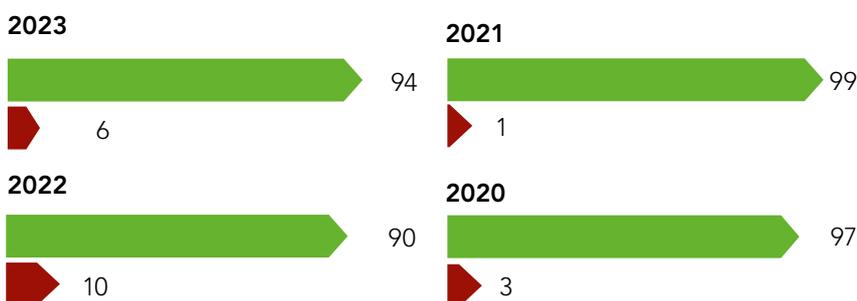
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	3
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

## Genehmigungen Herzschrittmacherkontrolle, ICD und CRT

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	63
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0

## Prüfergebnis

– Dokumentation in Prozent



## Kontakt Rhythmusimplantat-Kontrolle:

Silke Seemann  
Tel.: 0385.7431 387  
E-Mail: sseemann@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- EINGANGSPRÜFUNG
- ✓ KOLLOQUIUM
- FREQUENZREGELUNG
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- ✓ FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- BERATUNG

# Schlafbezogene Atmungsstörungen .....

## Kontakt schlafbezogene Atmungsstörungen:

Anke Voglau  
Tel.: 0385.7431 377  
E-mail: avoglau@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- BERATUNG

**Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum: 01.04.2022

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage I Nr. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) definiert.

### Was ist eine Polygrafie?

**Quelle:** <https://www.netdokter.de/diagnostik/polygrafie/>

Die Polygrafie, auch kleines Schlaflabor genannt, ist eine ambulante Voruntersuchung bei Verdacht auf eine Atmungsstörung im Schlaf, insbesondere Schlafapnoe (nächtliche Atemaussetzer). Daher bezeichnet man die Polygrafie mitunter als Schlafapnoe-Screening. Im Unterschied zur Untersuchung im Schlaflabor findet die Polygrafie zu Hause in gewohnter Schlafumgebung statt. Nach einer ärztlichen Einweisung bei der Übergabe des Polygrafiegeräts legen sich die Patienten vor dem Zubettgehen selbstständig das kleine tragbare System an, das verschiedene Biosignale während des Schlafes misst und aufzeichnet. Am nächsten Tag wertet der schlafmedizinisch ausgebildete Haus- oder Facharzt (meist ein HNO- oder Lungenfacharzt) die Daten aus. Die Untersuchung ist absolut schmerzfrei. Weil dabei vor allem Biosignale gemessen werden, die Herz und Atmung betreffen, sprechen Expertinnen und Experten auch von der kardiorespiratorischen Polygrafie.

### Was ist eine Polysomnographie

**Quelle:** <https://de.wikipedia.org/wiki/Polysomnographie>

Die Polysomnographie ist ein diagnostisches Verfahren zur Messung physiologischer Funktionen und stellt die umfangreichste Untersuchung des Schlafes einer Person dar. Mit dieser Technik werden mehrere unterschiedliche Körperfunktionen kontinuierlich während der ganzen Nacht überwacht. In der Regel geschieht dies stationär in einem Schlaflabor. Mit Hilfe der Aufzeichnungen kann ein individuelles Schlafprofil erstellt werden, womit eine Diagnose von Schlafstörungen ermöglicht werden soll.

<b>Ärzte mit Genehmigung Polygrafie, Stand 31.12.2023</b>	<b>96</b>
---	-----------

<b>Ärzte mit Genehmigung Polysomnographie, Stand 31.12.2023</b>	<b>6</b>
---	----------

<b>beschiedene Anträge</b>	<b>1</b>
.....	
- davon Genehmigungen	1
.....	
- davon Ablehnungen	0

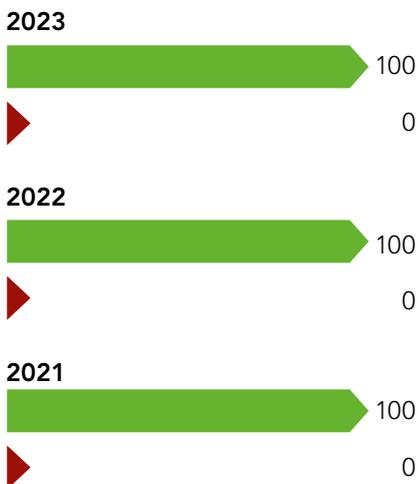
# Schmerztherapie .....

**Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie),** Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum: 01.10.2023

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. Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen eigenständigen Krankheitswert erlangt und Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist, haben die Möglichkeit, sich an Ärzte zu wenden, die sich in ihrem Schwerpunkt der Behandlung chronischer Schmerzen verschrieben und eine entsprechende Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten inne haben. Diese QSV 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.

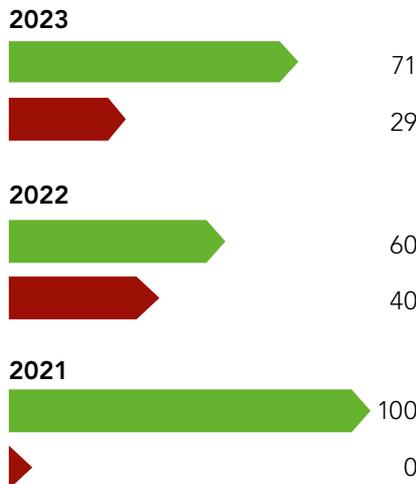
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	35
<b>beschiedene Anträge</b>	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

**Dokumentationsprüfung nach § 7**  
– Ärzte in Prozent



■ Anforderung erfüllt  
■ Anforderung nicht erfüllt

**Dokumentationsprüfung nach § 8**  
– Ärzte in Prozent



■ Anforderung erfüllt  
■ Anforderung nicht erfüllt

## Kontakt Schmerztherapie:

Stefanie Moor  
Tel.: 0385.7431 384  
E-Mail: smoor@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- ✓ FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- ✓ REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- ✓ FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- BERATUNG

## Kontakt Sozialpsychiatrie:

Anke Voglau  
 Tel.: 0385.7431 377  
 E-mail: avoglau@kvmv.de

**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 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2019, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 01.07.2013

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- KOLLOQUIUM
- .....
- ✓ FREQUENZREGELUNG
- .....
- ✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE
- .....
- PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- ✓ FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION
- .....
- BERATUNG

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. Die sozialpsychiatrische Behandlung nach dieser Vereinbarung ist bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Patienten aufzunehmen. Zu einem späteren Zeitpunkt begonnene Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung. Eine Fortführung einer aufgenommenen sozialpsychiatrischen Behandlung nach dieser Vereinbarung über die Vollendung des 21. Lebensjahres des Patienten hinaus ist nur unter Angabe einer besonderen Begründung möglich.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>11</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>0</b>
<b>- davon Genehmigungen</b>	<b>0</b>
- davon Ablehnungen	0
- davon Ablehnungen	0

# Soziotherapie .....

**Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie)**, Rechtsgrundlage: § 37a i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2002, Neufassung seit 15.04.2015, zuletzt geändert zum: 01.04.2021

Soziotherapie 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 selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie regelt neben der Indikation, der Voraussetzung der Therapiefähigkeit und dem Leistungsinhalt und -umfang auch die Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle sowie die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus und den soziotherapeutischen Leistungserbringern.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>76</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>1</b>
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

## Kontakt Soziotherapie:

Anke Voglau  
Tel.: 0385.7431 377  
E-Mail: avoglau@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- ✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- BERATUNG



## Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen .....

### Kontakt Stoßwellenlithotripsie:

Anette Winkler  
Tel.: 0385.7431 244  
E-Mail: awinkler@kvmv.de

✓ AKKREDITIERUNG

.....  
EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM

.....  
FREQUENZREGELUNG

.....  
KOOPERATION/FALL-  
KONFERENZ / DOPPEL-  
BEFUNDUNG

.....  
REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE

.....  
PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG

.....  
FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL

.....  
ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION

.....  
EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG

.....  
RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION

.....  
BERATUNG

---

**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 Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen setzt eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Die Richtlinie benennt die für die vertragsärztliche Versorgung anerkannten ärztliche 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.

### Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023

**12**

#### beschiedene Anträge

0

#### - davon Genehmigungen

0

- davon Ablehnungen

0

- davon Ablehnungen

0

# 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 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.10.2020

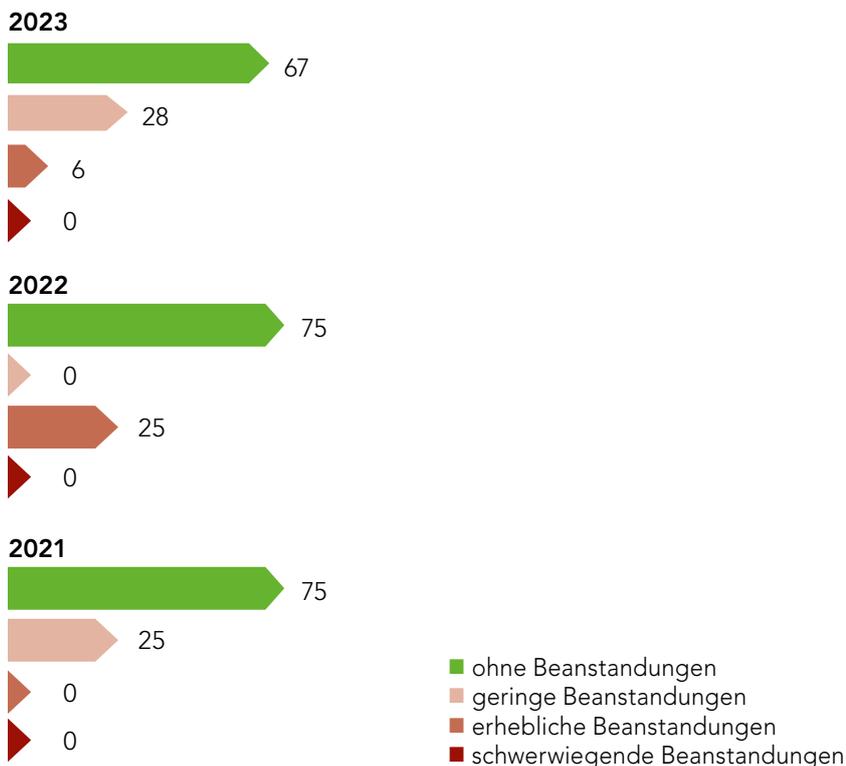
**Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie),** Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1992, zuletzt geändert zum: 25.07.2023

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. Sie regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung, insbesondere die Voraussetzungen der fachlichen Befähigung und der apparativen Ausstattung.

## Konventionelle Röntgendiagnostik

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	400
beschiedene Anträge	17
- davon Genehmigungen	17
- davon Ablehnungen	0

## Stichprobenprüfung Röntgendiagnostik – Routineprüfung – Ärzte in Prozent



## Kontakt Strahlendiagnostik:

Martina Lanwehr  
Tel.: 0385.7431 375  
E-Mail: mlanwehr@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- .....
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- .....
- RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
- .....
- ✓ BERATUNG



### Computertomographie

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>91</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0

### Osteodensitometrie

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>14</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

### Strahlentherapie

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>26</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0

### Nuklearmedizin

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>24</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

# Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger .....

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1991, zuletzt hierzu geändert zum: 07.12.2018

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“) 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 Drogenersatzstoff 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.

Die Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger ist eine genehmigungspflichtige Leistung. Qualifikationsvoraussetzung für eine Genehmigung ist der Nachweis der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Die Substitutionsgenehmigung ist an die Auflage geknüpft, dass innerhalb von jeweils drei Jahren der substituierende Arzt den Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbringt, dass er zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung seiner fachlichen Befähigung an einer von der Ärztekammer anerkannten Fortbildungsveranstaltung zum Thema Drogen/ Sucht teilgenommen hat. Bei den quartalsweisen Stichproben kontrolliert die Kommission anhand der patientenbezogenen Behandlungsdokumentation, ob die Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung noch gegeben sind. Es wird schwerpunktmäßig überprüft, ob die patientenbezogenen Behandlungsunterlagen nachvollziehbar sind und Folgendes dokumentiert ist:

- Substitutionsmittel, Abgabemenge, Vergaberhythmus und Vergabeort,
  - Voraussetzungen und Gründe für eine Take-Home-Verschreibung,
  - ggf. Begründung für die Änderung der Abgabemenge oder Wechsel des Substituts,
  - Durchführung von Beigebrauchskontrollen, Auswertungsgespräche mit dem Patienten,
  - (wiederholte) Aufklärung über das Substitutionsmittel und dessen Wirkungen und Nebenwirkungen / Wechselwirkungen mit anderen psychoaktiven Substanzen,
  - ggf. Veranlassung von notwendigen Begleitmaßnahmen (Einbeziehung der Drogenberatungsstelle),
  - ggf. Ergreifung von Konsequenzen bei Verstößen gegen Absprachen,
  - ggf. Einleitung von ergänzenden medizinischen Maßnahmen,
  - ggf. Dokumentation in Bezug auf eine Konsiliar- und/ oder Vertreterregelung,
  - Gründe für eine Beendigung der Behandlung und eingeleitete Maßnahmen.
- Desweiterem wird überprüft, ob betäubungsmittelrechtliche Vorgaben eingehalten werden.

## Kontakt Substitution:

Jenny Klammer  
Tel.: 0385.7431 210  
E-Mail: jklammer@kvmv.de

✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✓	FREQUENZREGELUNG
	KOOPERATION/FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG
	REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
✓	PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
✓	FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
✓	RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
✓	BERATUNG

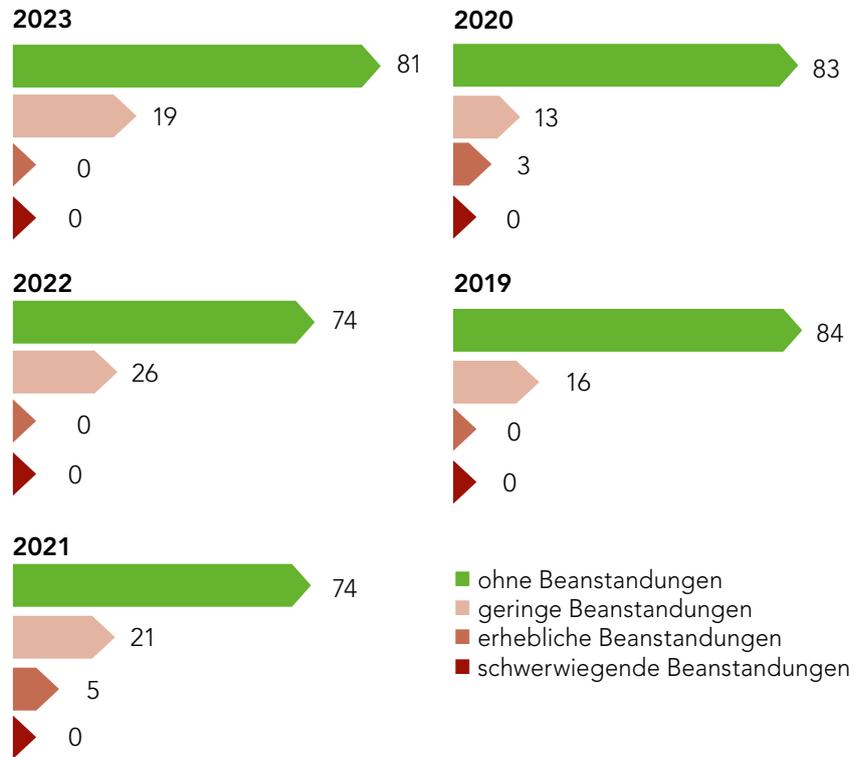
**Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023**

**52**

<b>beschiedene Anträge</b>	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0

**Dokumentationsprüfung**

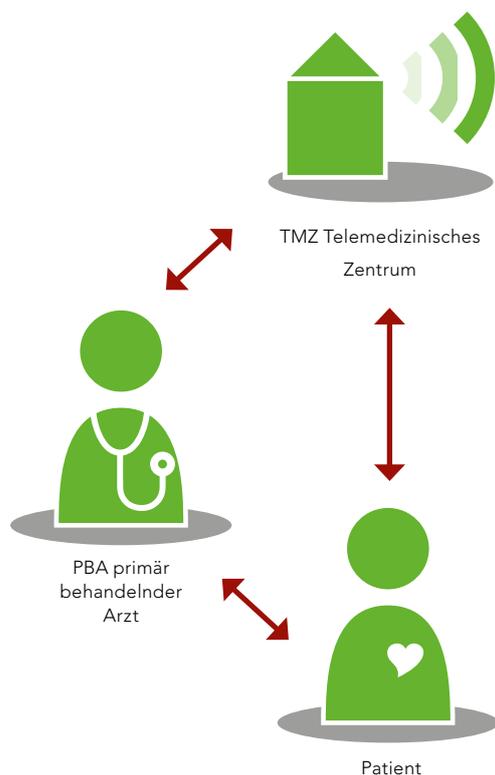
– Dokumentationen in Prozent



## Telemonitoring bei Herzinsuffizienz .....

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz „QS-V TmHi“), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2022**

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich nach langen Verhandlungen auf den Abschluss einer Qualitätssicherungsvereinbarung zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (QS-Vereinbarung TmHi) verständigt. Diese trat zum 1. April 2022 in Kraft, sodass das Genehmigungsverfahren dann starten konnte. Die neue QS-Vereinbarung regelt die fachlichen und technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz in der vertragsärztlichen Versorgung. Während der primär behandelnde Arzt (PBA) (Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kardiologen, Internisten ohne Schwerpunkt, Nephrologen und Pneumologen) seine Leistungen im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz ohne Genehmigung abrechnen kann, benötigen die Telemedizinischen Zentren (TMZ-Ärzte) zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gemäß der QS-Vereinbarung. Die neue QS-Vereinbarung regelt neben den fachlichen und technischen Genehmigungsvoraussetzungen vor allem die Aufgaben von PBA und TMZ und deren innerärztliche Zusammenarbeit. Weitergehende Maßnahmen beziehungsweise Aufgaben wie Frequenzregelungen oder Dokumentationsprüfungen sind nicht vorgesehen.



### Kontakt Telemonitoring:

Anette Winkler  
Tel.: 0385.7431 244  
E-Mail: awinkler@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- .....
- EINGANGSPRÜFUNG
- .....
- ✓ KOLLOQUIUM
- .....
- FREQUENZREGELUNG
- .....
- ✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- .....
- REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE
- .....
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG
- .....
- FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL
- .....
- ✓ ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION
- .....
- EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG
- .....
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION
- .....
- BERATUNG

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>17</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>7</b>
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0

## Ultraschalldiagnostik

### Kontakt Ultraschalldiagnostik:

Anette Winkler  
Tel.: 0385.7431 244  
E-Mail: awinkler@kvmv.de

✓ AKKREDITIERUNG

✓ EINGANGSPRÜFUNG

✓ KOLLOQUIUM

FREQUENZREGELUNG

KOOPERATION/FALL-  
KONFERENZ / DOPPEL-  
BEFUNDUNG

✓ REZERTIFIZIERUNG/  
WARTUNGSNACHWEIS/  
KONSTANZPRÜFUNG/  
RINGVERSUCHE

✓ PRAXISBEGEHUNG/  
HYGIENEPRÜFUNG

FORTBILDUNG/  
QUALITÄTSZIRKEL

ELEKTRONISCHE  
DOKUMENTATION

✓ EINZELFALLPRÜFUNG  
DURCH STICHPROBEN- /  
DOKUMENTATIONS-  
PRÜFUNG

✓ RÜCKMELDESYSTEME/  
BENCHMARKBERICHTE/  
EVALUATION

✓ BERATUNG

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.01.2024

Die Sonographie ist deutschlandweit das am häufigsten eingesetzte bildgebende Untersuchungsverfahren in der erweiterten klinischen Untersuchung. Sie ist flächendeckend verfügbar, basiert auf dem Einsatz nichtionisierender Strahlen und unterliegt im Gegensatz zu anderen Schnittbildverfahren keinen patientenbezogenen Kontraindikationen. Zudem erlaubt die kontinuierliche Bildgebung in Echtzeit die Beantwortung morphologischer und funktioneller Fragestellungen.

Die Ultraschall-Vereinbarung regelt alle relevanten fachlichen und apparativen Anforderungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung definiert die Vereinbarung Mindestanforderungen an die ärztliche Dokumentation. Jährlich finden Stichprobenprüfungen statt, sie umfasst die Dokumentationsprüfung, Prüfung aller Anforderungen für zu genehmigende Ultraschallsysteme und Prüfung der Leistungsfähigkeit der Ultraschallsysteme. Dazu werden sechs Prozent der Genehmigungsinhaber überprüft. Dabei können die Partner des Bundesmantelvertrages Vorgaben für eine schwerpunktmäßige Überprüfung spezifischer Bereiche festlegen. Die Vorgaben umfassen bis zu drei Prozent der Genehmigungsinhaber.

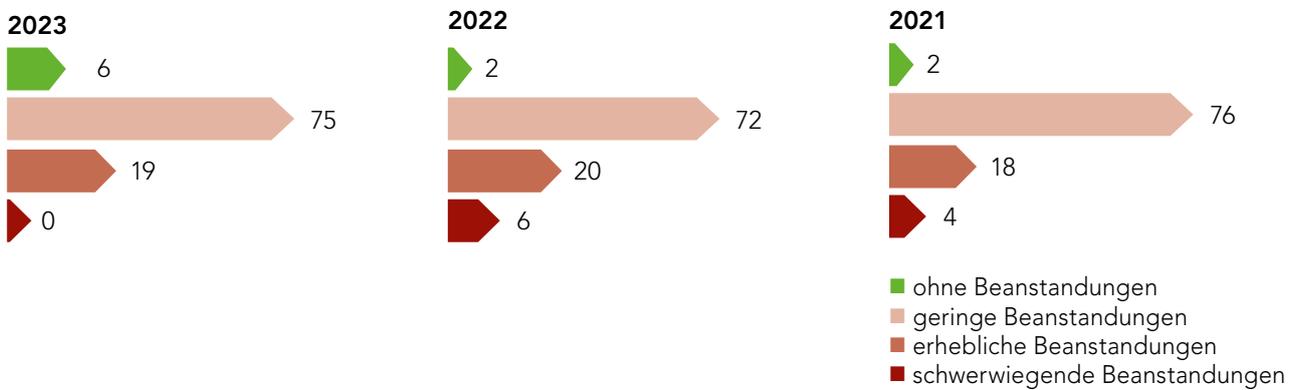
Die Qualitätssicherung umfasst die Dokumentationsprüfung, Prüfung aller Anforderungen für zu genehmigende Ultraschallsysteme und Prüfung der Leistungsfähigkeit der Ultraschallsysteme.

Anlage V der Ultraschall-Vereinbarung regelt die zusätzlichen Voraussetzungen für die Genehmigungserteilung zur sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte. Genehmigungsinhaber werden einer Überprüfung der ärztlichen Dokumentation unterzogen. Die erste Überprüfung erfolgt unmittelbar nach der Genehmigungserteilung anhand der ersten zwölf abgerechneten Leistungen (Initialprüfung). Je nach Erfolg der Überprüfungen findet die nächste Überprüfung nach zwölf Monaten, 24 Monaten oder fünf Jahren statt.

## Ultraschalluntersuchung

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1337
beschiedene Anträge Ärzte	144
- davon Genehmigungen	143
- davon Ablehnungen	1

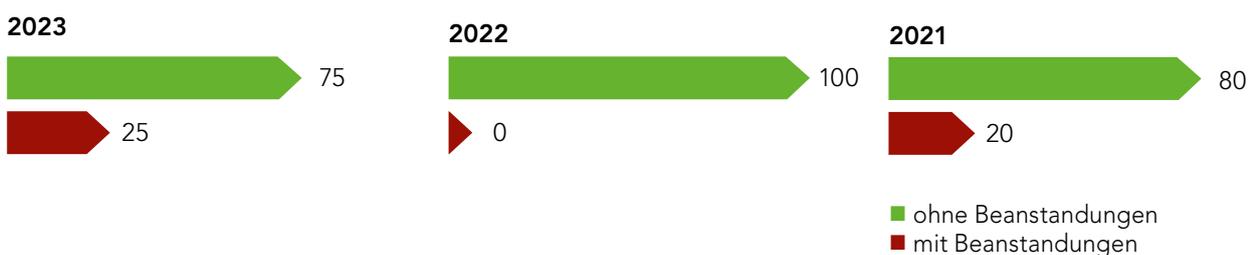
## Dokumentationsprüfung nach § 11 – Ärzte in Prozent



## Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	82
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0

## Dokumentationsprüfung – Ärzte in Prozent



## Vakuumbiopsie der Brust .....

### Kontakt Vakuumbiopsie:

Martina Lanwehr  
Tel.: 0385.7431 375  
E-Mail: mlanwehr@kvmv.de

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

Die Vakuumbiopsie der Brust ist ein Verfahren, das zur Abklärung von nur mammographisch sichtbaren kleinen Herden und insbesondere winzigen Kalkablagerungen (Mikrokalk) als vertragsärztliche Leistung zur Verfügung steht.

Diese Vereinbarung 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.

Genehmigungsinhaber müssen innerhalb von jeweils zwölf Monaten mindestens 25 Vakuumbiopsien durchführen. Des Weiteren werden Anforderungen an die ärztliche Dokumentation definiert. Zweijährlich werden vom Genehmigungsinhaber die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen zu zehn abgerechneten Vakuumbiopsien angefordert und überprüft.

- ✓ AKKREDITIERUNG

---

- EINGANGSPRÜFUNG

---

- ✓ KOLLOQUIUM

---

- ✓ FREQUENZREGELUNG

---

- KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG

---

- REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE

---

- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG

---

- FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL

---

- ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION

---

- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG

---

- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION

---

- ✓ BERATUNG

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>11</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	<b>1</b>
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

# 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 01.01.2015 (vormalige Versionen seit dem 01.07.1992), zuletzt geändert zum: 01.01.2024

**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 zum: 07.07.2023

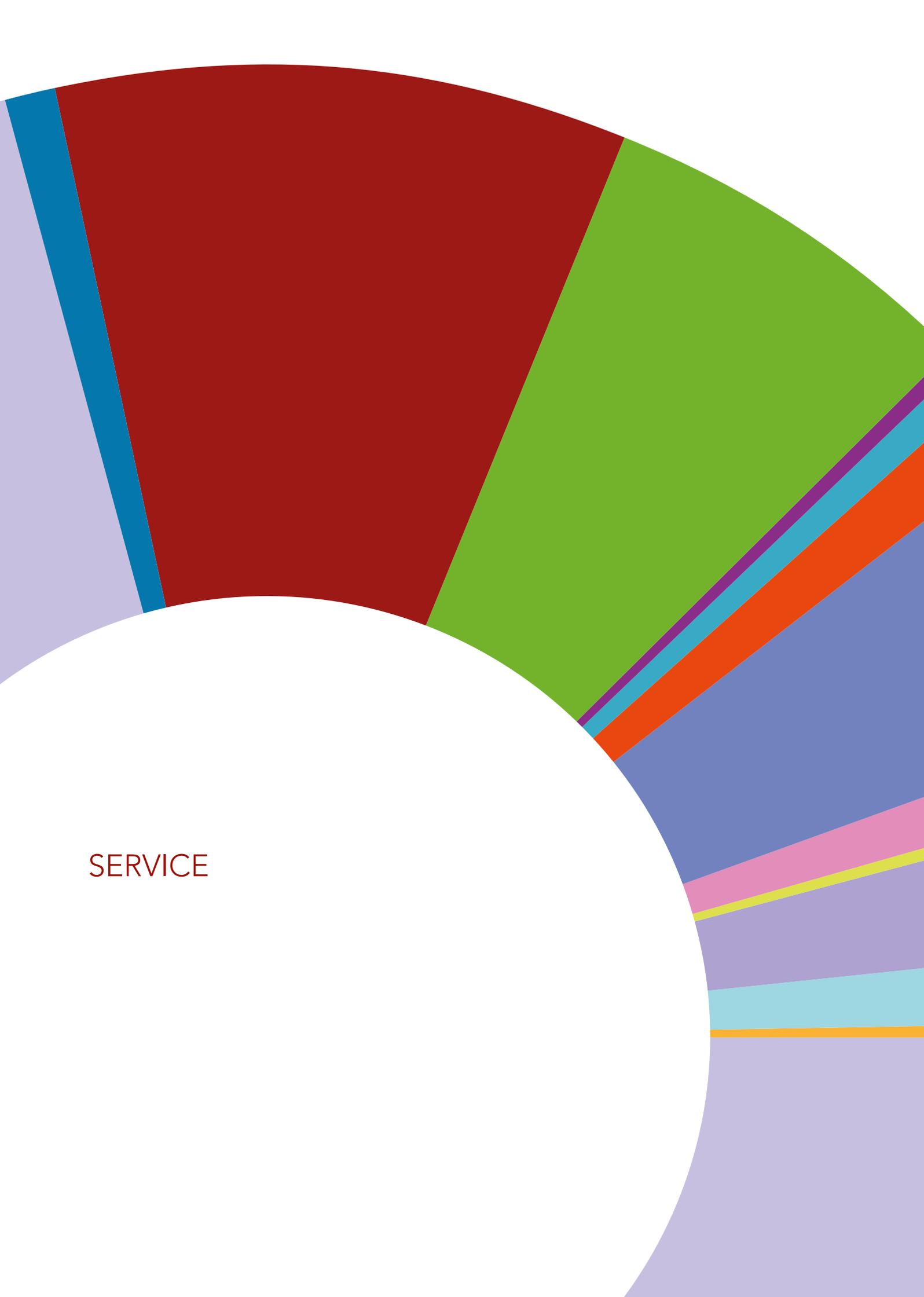
Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität zytologischer Untersuchungen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gesichert werden soll. Sie regelt die fachlichen, räumlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der 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.

<b>Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023</b>	<b>14</b>
<b>beschiedene Anträge</b>	1
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	1

## Kontakt Zytologie:

Silke Seemann  
Tel.: 0385.7431 387  
E-Mail: sseemann@kvmv.de

- ✓ AKKREDITIERUNG
- ✓ EINGANGSPRÜFUNG
- ✓ KOLLOQUIUM
- ✓ FREQUENZREGELUNG
- ✓ KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
- ✓ REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE
- ✓ PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG
- ✓ FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL
- ✓ ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- ✓ EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG
- ✓ RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION
- ✓ BERATUNG



SERVICE

## Glossar.....

### A

**Akkreditierung:** Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution.

**Audit:** Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditchweisen 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 Qualitätsmanagementsystems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die KVen gehören hierzu unter anderem (optionale) Praxisbegehungen als Standardmaßnahme fast aller Qualitätssicherungsvereinbarungen.

### B

**Behandlungspfad:** Steuerungsinstrument, das den optimalen Weg eines speziellen Patientinnen- oder 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, Patientinnen- und Patientenzufriedenheit oder vergleichbares sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie mit ihrer vergleichenden Ergebnismitteilung für Fallsammlungsprüfungen.

**Besondere Versorgung:** Mit der besonderen Versorgung gem. § 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 Kostenträger können mit hierfür zugelassenen (sogenannten) 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.

### D

**DIN EN ISO 9000 ff.:** Diese internationale, erstmals Ende der 1980er-Jahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen).

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 Überwachungs- beziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

**Disease-Management-Programme (DMP):** Sektorenübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientengruppen mit speziellen 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.

### E

**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 alternativ 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-Spitzenverbands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammensetzt. Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit.

**Einzelfallprüfung durch Stichproben-/Dokumentationsprüfung:** Die Kassenärztlichen Vereinigungen (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 und jeder Ärztin, der oder die die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientinnen- oder 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. Voraussetzung für ein statistisch aussagekräftiges Ergebnis ist, dass die Stichprobe einem repräsentativen Querschnitt der Grundgesamtheit entspricht. 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. Gleichmaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Kriterien zum Bestehen der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

**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 und Patientinnen unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

## F

**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, zum Beispiel in der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie und der DMP.

**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. Erstmals war dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall.

**Frequenzregelung:** 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. Mit der Festlegung einer Frequenz wird versucht, Erfahrungswissen zu operationalisieren.

## G

**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 bei gesetzlich Versicherten. Der oder die Antragstellende muss beispielsweise anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nachweisen, dass er oder sie die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegten Anforderungen an die 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 G-BA, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

## H

**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 Hygienepflicht und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei Darmspiegelungen erfolgt 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.

## I

**Integrierte Versorgung:** Mit dem zum 23. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden die an unterschiedlichen 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. Siehe „Besondere Versorgung“

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

## K

**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 der Kollektivverträge auf Bundesebene, in denen 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.

## L

**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.

## M

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

**Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG):**

Das MPDG ist seit dem 26. Mai 2021 in Kraft und löst das bislang geltende Medizinproduktegesetz (MPG) ab. Für den Anwendungsbereich In-vitro-Diagnostika war für eine Übergangsfrist bis zum 25. Mai 2022 das MPG gültig. Hiernach gilt auch das MPDG. Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) ist weiterhin gültig.

**N**

**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.

**P**

**Peer Review:** Darunter versteht man die kritische und systematische Reflexion des Handelns einer Ärztin oder eines Arztes beziehungsweise einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten durch Angehörige der eigenen Berufsgruppe. Unter Anwendung eines strukturierten Verfahrens beobachten und beraten sich gleichgestellte Kolleginnen und Kollegen gegenseitig oder tauschen sich aus mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung (siehe auch Qualitätszirkel). Idealerweise findet Peer Review im Vor-Ort-Besuch in Praxen und MVZ statt.

**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 Hygieneprüfungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung in den Qualitätssicherungsvereinbarungen 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“

**Q**

**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 van 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 Definition des Wissenschaftlers 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 Ausprägungen 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 (QM):** Darunter versteht man das systematische Herausarbeiten der Unterschiede zwischen angestrebten Zielen und Vorgaben und den tatsächlich erreichten Ergebnissen, die Analyse der Ursachen und die Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen (PDCA-Zyklus). Es umfasst alle Tätigkeiten der Unternehmensführung, die dazu beitragen, die Unternehmensziele und Verantwortlichkeiten festzulegen und die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, damit diese realisiert werden können. Dabei geht es um eine Standardisierung der Abläufe innerhalb einer Organisation/Praxis, nicht um eine praxisübergreifende Normierung (Norm).

**Qualitätssicherung:** Synonym für Qualitätssicherung; darunter 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 wird 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.

**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 (QZ):** Hier finden sich Ärzte sowie Psychotherapeuten in kleineren Gruppen zusammen, um ihre tägliche Arbeit zu reflektieren, kritisch zu hinterfragen und gemeinsam nach bestmöglichen Lösungen für die Patientenversorgung zu suchen. Qualitätszirkel bieten eine Struktur, in der die Teilnehmenden freiwillig und selbstbestimmt Themen zur Qualitätsförderung bearbeiten können – im Sinne des Peer Reviews und auf der Grundlage des Erfahrungswissens der Teilnehmenden. Sie unterstützen den Transfer von Wissen in die Praxis. Viele Qualitätszirkel arbeiten dabei mit Echtdateien oder realen Patientenfällen aus den beteiligten Praxen/MVZ oder nutzen aufbereitete Daten und externe Evidenzquellen. So kann Versorgungsqualität abgebildet, mit verfügbaren Evidenzquellen abgeglichen und auf diese Weise verbessert werden.

**Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®:** Ein von der KBV und den KVen speziell für den niedergelassenen Bereich entwickeltes modulares Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements in Praxen. Es handelt sich dabei um ein indikatorenbasiertes, handbuchgestütztes, modular aufgebautes System, das von den Anwendern schrittweise umgesetzt werden kann. Kernstück ist der QEP-Qualitätsziel-Katalog®. Weitere Bausteine sind das QEP-Einführungseminar® und das QEP-Manualplus®.

## R

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

**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.

## S

**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“

## V

**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.

## W

**Wirksamkeit:** siehe „Effektivität“

## Z

**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 KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2007, und aus: Glossar zum QEP-Qualitätsziel-Katalog® und -Manual®, Version 2017*

# ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	Ansprechpartner	Durchwahl	E-Mail	
<b>A</b>	Abklärungskolposkopie	Jenny Klammer	<b>210</b>	jklammer@kvmv.de
	Akupunktur	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
	Ambulantes Operieren	Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	Kirsten Martensen	<b>243</b>	kmartensen@kvmv.de
	Apheresen	Lisa Hinz	<b>383</b>	lhinz@kvmv.de
	Arthroskopie	Anke Maaß	<b>382</b>	amaass@kvmv.de
	Außerklinische Intensivpflege	Jenny Klammer	<b>210</b>	jklammer@kvmv.de
	Autogenes Training	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
<b>B</b>	Baby on time	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	Balneophototherapie	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
<b>C</b>	Chirotherapie	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
	Computertomographie	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
<b>D</b>	Diabetes Begleiterkrankungen DAK	Manuela Ahrens	<b>378</b>	mahrens@kvmv.de
	Diabetischer Fuß	Manuela Ahrens	<b>378</b>	mahrens@kvmv.de
	Diabetische Schwerpunktpraxis	Manuela Ahrens	<b>378</b>	mahrens@kvmv.de
	Dialyse	Lisa Hinz	<b>383</b>	lhinz@kvmv.de
	DMP	Manuela Ahrens	<b>378</b>	mahrens@kvmv.de
	Dünndarm-Kapselendoskopie	Anke Maaß	<b>382</b>	amaass@kvmv.de
<b>E</b>	Entwicklungsneurologie	Anke Voglau	<b>377</b>	avoglau@kvmv.de
<b>F</b>	Früherkennungsuntersuchung	Kirsten Martensen	<b>243</b>	kmartensen@kvmv.de
	Frühe Hilfen	Marie Krethe	<b>385</b>	mkrethe@kvmv.de
	Funktionsstörung der Hand	Anke Maaß	<b>382</b>	amaass@kvmv.de
<b>G</b>	Genetische Beratung	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
	Gesund schwanger	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	Gestationsdiabetes	Manuela Ahrens	<b>378</b>	mahrens@kvmv.de
<b>H</b>	Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	Hautkrebsscreening	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
	Hallo Baby	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	Histopathologie Hautkrebsscreening	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
	HIV/Aids	Jenny Klammer	<b>210</b>	jklammer@kvmv.de
	Holmium-, Thuliumlaser	Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
	Homöopathie	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
	Humangenetik	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
	Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
		Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
	Hypnose	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de

# ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	Ansprechpartner	Durchwahl	E-Mail	
	Interstitielle LDR-Brachytherapie	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
<b>I</b>	Interventionelle Radiologie	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
	Intravitreale Medikamenteneingabe	Anke Maaß	<b>382</b>	amaass@kvmv.de
	Invasive Kardiologie	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
<b>K</b>	Koloskopie	Anke Maaß	<b>382</b>	amaass@kvmv.de
<b>L</b>	Labor	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
	Langzeit-EKG	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	Liposuktion	Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
<b>M</b>	Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
	Mammographie-Screening	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
	Molekulargenetische Untersuchung	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
	MRSA	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
	MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
<b>N</b>	Neugeborenencreening	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
	Nuklearmedizin	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
<b>O</b>	Onkologie-Vereinbarung	Kirsten Martensen	<b>243</b>	kmartensen@kvmv.de
	Organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme	Kirsten Martensen	<b>243</b>	kmartensen@kvmv.de
	Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
	Otoakustische Emissionen	Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
<b>P</b>	Palliativversorgung	Anke Voglau	<b>377</b>	avoglau@kvmv.de
	PDT/PTK	Anke Maaß	<b>382</b>	amaass@kvmv.de
	PET/CT	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
	Pflegeheim Plus – AOK	Jenny Klammer	<b>210</b>	jklammer@kvmv.de
	Pflegeheim Versorgung gemäß Kapitel 37 EBM	Jenny Klammer	<b>210</b>	jklammer@kvmv.de
	Physikalisch-medizinische Leistungen	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
	Polygraphie/Polysomnographie	Anke Voglau	<b>377</b>	avoglau@kvmv.de
	<b>Praxisassistenten</b>			
	NäPa	Marie Krethe	<b>385</b>	mkrethe@kvmv.de
	VERAH®-Care	Marie Krethe	<b>385</b>	mkrethe@kvmv.de
	Praxisnetze	Jenny Klammer	<b>210</b>	jklammer@kvmv.de
	Proktologie	Anke Maaß	<b>382</b>	amaass@kvmv.de
	Progressive Muskelrelaxation	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de

# ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

	Ansprechpartner	Durchwahl	E-Mail	
	<b>Psychosomatische Grundversorgung</b>	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
	<b>Psychotherapie Informationsstelle</b>	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
	<b>Psychotherapie/Neuropsychologische Therapie</b>	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
<b>Q</b>	<b>Qualitätsmanagement</b>	Manuela Ahrens	<b>378</b>	mahrens@kvmv.de
		Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
	<b>Qualitätszirkel</b>	Anika Gilbrich	<b>249</b>	agilbrich@kvmv.de
<b>R</b>	<b>Radiologie</b>	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
	<b>Reproduktionsmedizin</b>	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
	<b>Rhythmusimplantat-Kontrolle</b>	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de
<b>S</b>	<b>Schmerztherapie</b>	Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
	<b>Schwerpunktpraxen Sucht</b>	Jenny Klammer	<b>210</b>	jklammer@kvmv.de
	<b>Sektorenübergreifende Qualitätssicherung</b>	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	<b>Sozialpädiatrie</b>	Anke Voglau	<b>377</b>	avoglau@kvmv.de
	<b>Sozialpsychiatrie</b>	Anke Voglau	<b>377</b>	avoglau@kvmv.de
	<b>Soziotherapie</b>	Anke Voglau	<b>377</b>	avoglau@kvmv.de
	<b>Spezialisierte geriatrische Diagnostik</b>	Anke Voglau	<b>377</b>	avoglau@kvmv.de
	<b>Stoßwellenlithotripsie</b>	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	<b>Strahlendiagnostik/-therapie</b>	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
	<b>Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger</b>	Jenny Klammer	<b>210</b>	jklammer@kvmv.de
<b>T</b>	<b>Transurethrale Botulinuminjektion</b>	Stefanie Moor	<b>384</b>	smoor@kvmv.de
	<b>Telemonitoring bei Herzinsuffizienz</b>	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
<b>U</b>	<b>Ultraschall</b>	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
	<b>Ultraschall Konstanzprüfung</b>	Silvia Floss	<b>244</b>	sfloss@kvmv.de
<b>V</b>	<b>Vakuumbiopsie der Brust</b>	Martina Lanwehr	<b>375</b>	mlanwehr@kvmv.de
<b>W</b>	<b>Willkommen Baby</b>	Anette Winkler	<b>244</b>	awinkler@kvmv.de
<b>Z</b>	<b>Zweitmeinung</b>	Manuela Ahrens	<b>378</b>	mahrens@kvmv.de
	<b>Zytologie</b>	Silke Seemann	<b>387</b>	sseemann@kvmv.de

*„ Natürlich kostet Qualität,  
aber fehlende Qualität  
kostet mehr. „*

*Prof. Dr. Hans-Jürgen Quadbeck-Seeger (\*1939),  
deutscher Chemiker, Mitglied der Enquête-Kommission  
für Gentechnik des Deutschen Bundestages*

**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)