Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

QUALITÄT UND SICHERSTELLUNG

in der ambulanten medizinischen Versorgung in M-V

Berichtsjahr 2024 I Ausgabe 2025

IMPRESSUM

Herausgeber
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,
Körperschaft des öffentlichen Rechts,
Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin,
Internet: 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

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,

Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist und sollte trotz aller Herausforderungen ein zentrales Thema für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sein. Sie bildet die Grundlage für eine verlässliche, transparente und patientenorientierte Gesundheitsversorgung und trägt entscheidend dazu bei, das Vertrauen in das ambulante System zu stärken. Uns ist bewusst, dass Praxen anhaltend vor vielfältigen Herausforderungen stehen, die den Alltag zunehmend prägen und die Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung komplexer machen. Die Digitalisierung eröffnet enorme Chancen – von der verbesserten Kommunikation mit Patientinnen und Patienten über die Nutzung telemedizinischer Angebote bis hin zu einer effizienteren Vernetzung im Gesundheitswesen. Zugleich bringen neue digitale Anwendungen oftmals zusätzliche Investitionen, technische Hürden und Integrationsaufwand in die Praxisabläufe mit sich. Hinzu kommt eine stetig zunehmende Bürokratie, die wertvolle Ressourcen bindet und Zeit raubt, die eigentlich für die medizinische Kernaufgabe, die direkte Versorgung von Menschen, vorgesehen ist. Eine vernünftige Balance zwischen notwendigen bürokratischen Maßnahmen bei der Umsetzung und dem Erreichen der Ziele und Vorgaben der Qualitätssicherung muss dabei stets das Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) sein. Prozesse der Qualitätssicherung müssen so gestaltet sein , dass sie sowohl den rechtlichen Anforderungen gerecht werden als auch den Praxisalltag erleichtern – im Sinne einer Versorgung, die Patientinnen und Patienten wie auch Behandelnden zugutekommt.

Über 20 Jahre erstellt die KVMV Qualitätsberichte über die zahlreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und umgesetzt werden müssen. Seit circa 30 Jahren kontrolliert und vor allem unterstützt die KVMV mit dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung und den berufenen Qualitätssicherungskommissionen ihre Mitglieder, die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, bei der Gewährleistung der vorgegebenen Qualitätsstandards. Auf dieser Grundlage liefern wir für diesen Qualitätsbericht Daten und Fakten zur aktuellen Situation in Mecklenburg-Vorpommern 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	*Dr. med. Tilo Schneider*	*Dr. med. Markolf Oelze*
Vorstandsvorsitzende	*Stellv. Vorstandsvorsitzender*	*Stellv. Vorstandsvorsitzender*

Inhaltsverzeichnis

Ambulante vertragsärztliche Versorgung **6**

Zahlen und Fakten 7
Besondere Versorgungsform 14
Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung..... 15
Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVMV..... 21

Ambulante Qualitätssicherung **23**

Kernaufgabe Qualitätssicherung 24
Genehmigungsverfahren und deren Folgeverpflichtungen..... 25
Aktuelles von der Bundesebene 26
Qualitätssicherungsmaßnahmen und Kommissionsarbeit..... 29

Qualitätssicherung in Zahlen und Fakten **31**

Abklärungskolposkopie..... 32
Akupunktur..... 33
Ambulantes Operieren..... 34
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren 36
Arthroskopie..... 37
Balneophototherapie 38
Blutreinigungsverfahren/Dialyse 39
Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen..... 40
DMP 41
Spezialisierte geriatrische Diagnostik 43
Histopathologie Hautkrebs-Screening..... 44
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen..... 45
Hörgeräteversorgung..... 46
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom 48
Interstitielle LDR-Brachytherapie 49
Interventionelle Radiologie..... 50
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)..... 51
Invasive Kardiologie..... 52
Kapselendoskopie – Dünndarm..... 53
Koloskopie 54
Spezial-Labor 55
Langzeit-EKG-Untersuchungen..... 56

Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom 57
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III 58
Magnetresonanz-/Kernspintomographie 59
Magnetresonanz-Angiographie 60
Mammographie (kurativ) 61
Mammographie-Screening 62
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) 64
Molekulargenetik 65
Neuropsychologische Therapie 66
Onkologie 67
Otoakustische Emissionen 68
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung..... 69
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT) 70
Phototherapeutische Keratektomie (PTK) 71
PET und PET/CT 72
Rhythmusimplantat-Kontrolle..... 73
Schlafbezogene Atmungsstörungen..... 74
Schmerztherapie 75
Sozialpsychiatrie..... 76
Soziotherapie 77
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen 78
Strahlendiagnostik/-therapie..... 79
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger 81
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz 83
Ultraschalldiagnostik 84
Vakuumbiopsie der Brust 86
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri 87

Glossar 89
Ansprechpartner 95

Service **88**

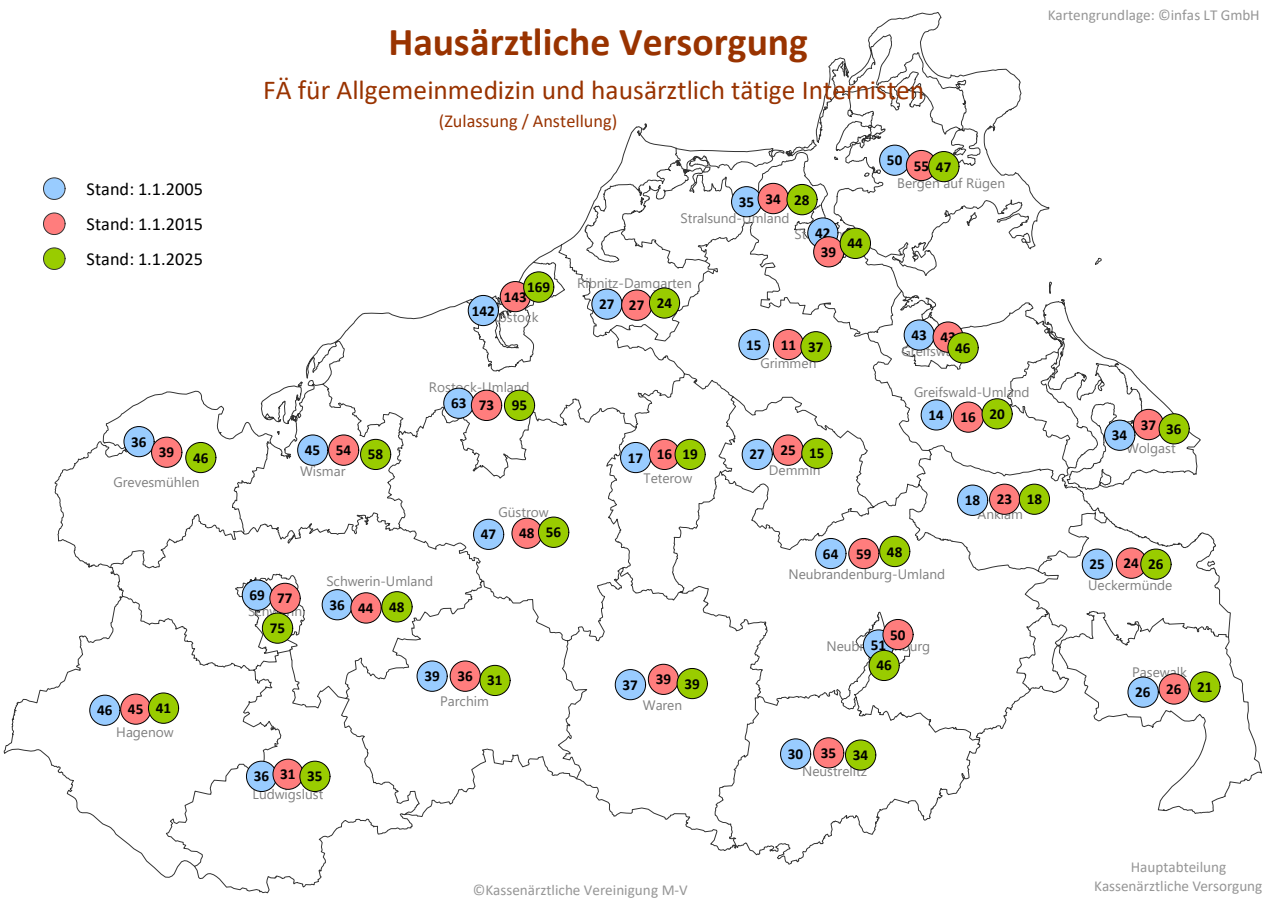
V

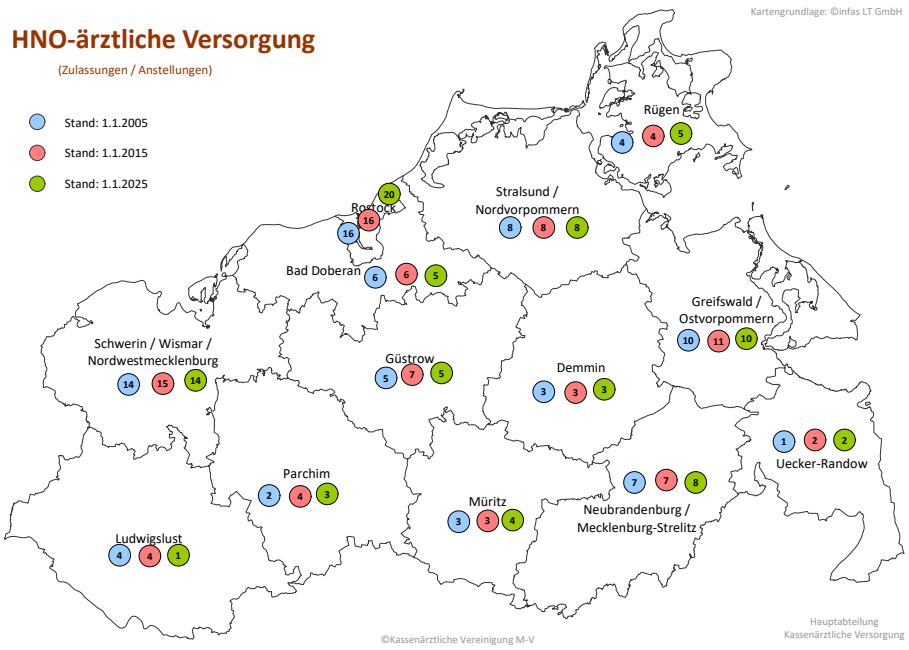
AMBULANTE
VERTRAGSÄRZTLICHE
VERSORGUNG

Zahlen und Fakten

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland befindet sich in einem strukturellen Wandel, der nicht zuletzt aus den seit Jahren steigenden Versichertenbeiträgen und dem Fachkräftemangel resultiert. Der Handlungsdruck wächst, die Gesundheitsausgaben zu verringern, mindestens aber zu stabilisieren, und die Versorgung effizienter zu gestalten. Dies zeigen auch die vielen Gesetzgebungsvorhaben der vergangenen Jahre, die leider viel zu häufig zu einseitigen Einschränkungen für die Leistungserbringer bei gleichzeitiger Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Gesundheitsversorgung geführt haben und den Schein eines „Weiter-So" für die Patienten aufrechterhalten sollten.

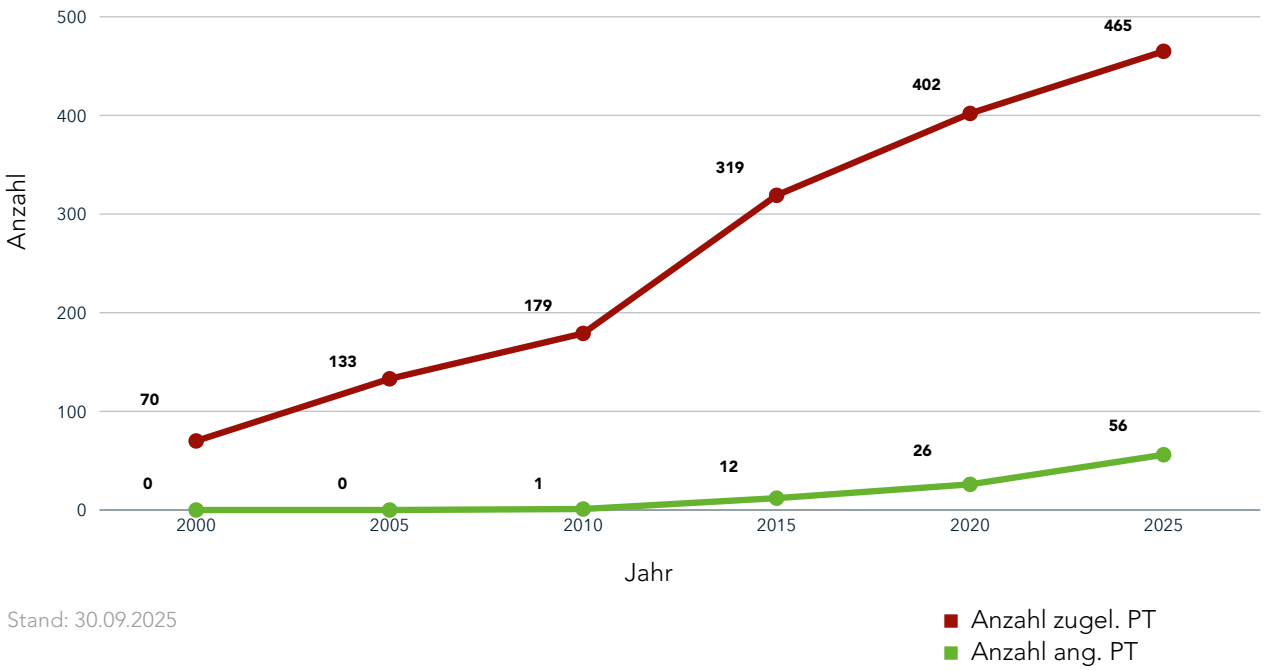
Die aktuellen Rahmenbedingungen könnten nicht schlechter sein. Wenig Handlungsspielräume im bestehenden System und das Fehlen eines echten Reformwillens, der auch Einschränkungen und Mitwirkungspflichten auf Seiten der Versichertengemeinschaft vorsieht, lähmen die Gesundheitsversorgung. Auch die ambulante vertragsärztliche Versorgung als Teil des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt von diesem Wandel nicht unberührt. Die nachstehenden Grafiken zeigen, wie sich die Zahl niedergelassener und angestellter Vertragsärzte am Beispiel der Hausärzte und der Hals-Nasen-Ohrenärzte in den vergangenen 20 Jahren entwickelt hat. Ähnliche Entwicklungen sind auch bei anderen grundversorgenden Fachgebieten (allgemeine fachärztliche Versorgung laut Bedarfsplanungsrichtlinie) festzustellen.





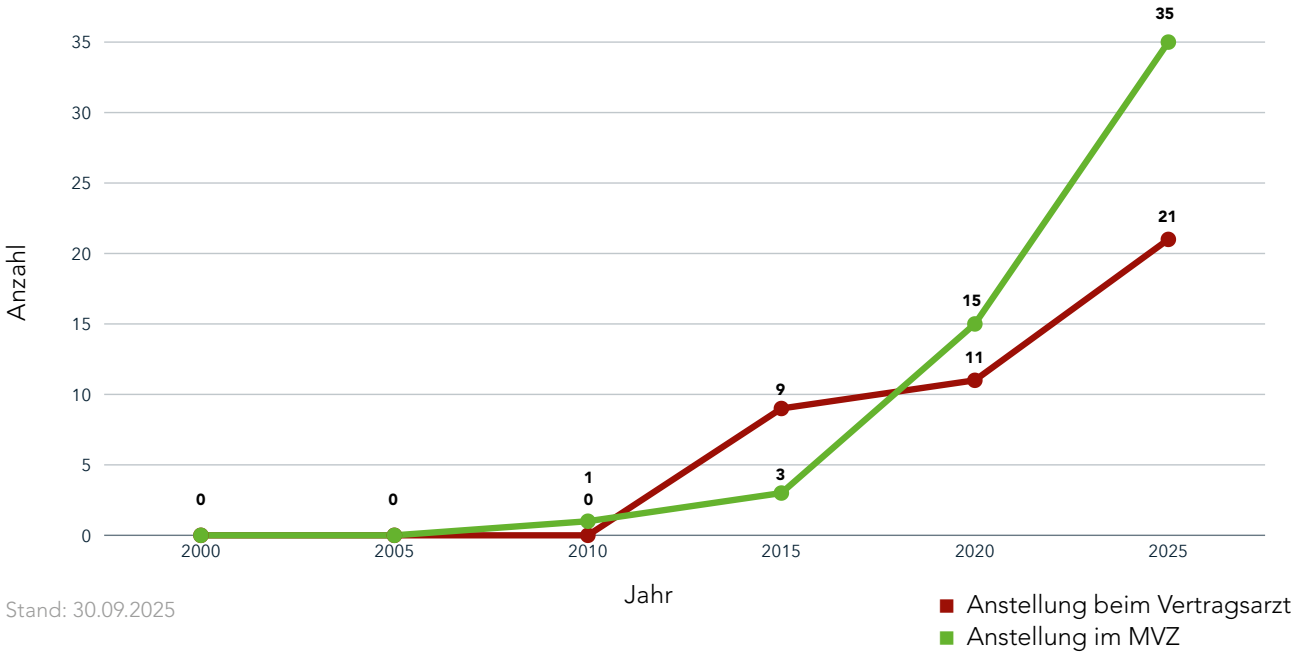
Der Generationswechsel insbesondere in den ländlichen und strukturschwachen Regionen in Mecklenburg-Vorpommern führt immer häufiger dazu, dass nicht jede Facharztpraxis nachbesetzt werden kann. Allein die Zahl der Psychologischen Psychotherapeuten hat sich im selben Zeitraum deutlich erhöht, was die nachstehende Grafik abbildet. Hier sind derzeit keine Nachbesetzungsprobleme in der ambulanten Versorgung erkennbar. Allerdings könnte im Zuge der Reform der psychotherapeutischen Ausbildung zukünftig ein anderes Bild entstehen.

Entwicklung Anzahl der Psychotherapeuten



Stand: 30.09.2025

Entwicklung Anzahl angestellte PT beim VA oder im MVZ

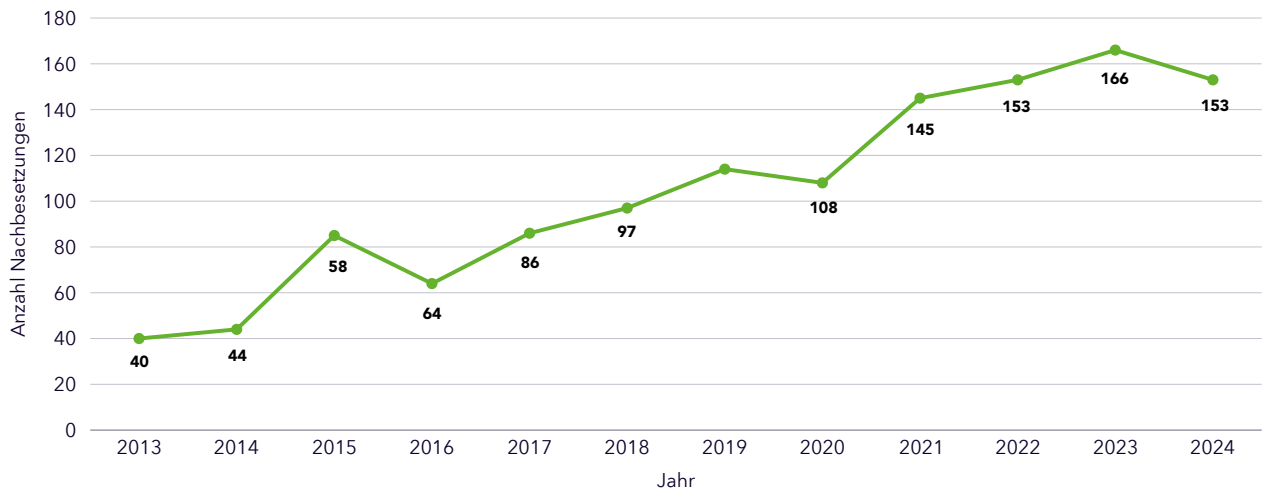


Stand: 30.09.2025

Da die vertragsärztliche Tätigkeit ein freier Beruf ist, kann die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) nur bedingt Einfluss auf die Entscheidung der Ärzte für oder gegen eine ambulante Tätigkeit in bestimmten Orten bzw. Regionen nehmen. Dies kollidiert mit dem Wunsch einer wohnortnahen allumfassenden Versorgung der Versicherten, die in diesen ländlichen Regionen ihren Lebensmittelpunkt gewählt haben. Allerdings kann unter den eingangs dargelegten Rahmenbedingungen eine solche Versorgung zukünftig nicht mehr überall erwartet werden, wenngleich sich die KVMV mit allen erforderlichen und möglichen Mitteln weiterhin für den Erhalt der wohnortnahen ambulanten Versorgung in M-V einsetzt.

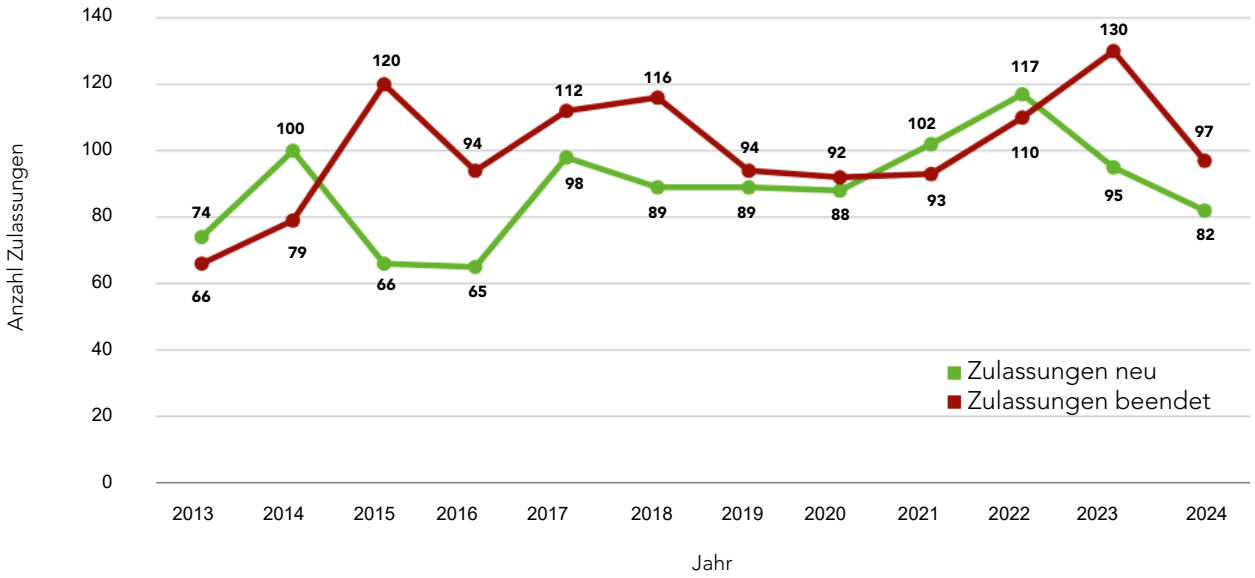
Der bereits vor mehr als 20 Jahren von der KVMV prognostizierte Rückgang der Behandlungskapazitäten in der vertragsärztlichen Versorgung in M-V im Zuge des Renteneintritts der geburtenstarken Jahrgänge und des teilweise fehlenden ärztlichen Nachwuchses konnte durch diese Fördermaßnahmen abgemildert, nicht aber gestoppt werden. Bereits die aus der nachstehenden Grafik ersichtliche Anzahl der Nachbesetzungsverfahren in gesperrten Planungsbereichen, in denen eine Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich ist, spiegelt diesen Generationswechsel wider. Hinzu kommen die Nachbesetzungen in offenen Planungsbereichen, in denen der Gesetzgeber für die Praxisübergabe kein formales Nachbesetzungsverfahren vorgesehen hat.

Anzahl der Nachbesetzungsverfahren in gesperrten Planungsbereichen



Seit etwa zehn Jahren ist dieser Trend auch anhand der Zahl beendeter und neu erteilter Zulassungen erkennbar. Im Durchschnitt sind Vertragsärzte im Zeitpunkt der Beendigung ihrer Praxistätigkeit knapp 63 Jahre alt (Hausärzte 62,4 Jahre und Fachärzte 63,4 Jahre). Bereinigt um jene Vertragsärzte, die sich nach ihrer Praxistätigkeit in der ambulanten Versorgung anstellen lassen, beträgt dieses Durchschnittsalter bei Hausärzten 63,2 Jahre und bei Fachärzten 63,9 Jahre. Während bis einschließlich 2014 die Zahl der Neuniederlassungen über dem Niveau der Praxisaufgaben lag, kehrte sich dieser Trend in den Folgejahren um. Allein im Berichtsjahr 2024 haben 97 Vertragsärzte (31 Hausärzte, 66 Fachärzte) ihre Praxis geschlossen, wobei sich nur 82 Ärzte für eine Niederlassung (30 Hausärzte, 52 Fachärzte) entschieden haben. Ein zu berücksichtigender Aspekt ist auch hier, dass einige Vertragsärzte im Zuge der Aufgabe ihrer niedergelassenen Tätigkeit auf ihre Zulassung zugunsten der eigenen Anstellung verzichtet haben (2024: 16).

Beendete und neue Zulassungen - Ärzte



Viele gesetzgeberische Maßnahmen, wie zuletzt die Entbudgetierung der Pädiater und (ab Herbst 2025) der Hausärzte werden nicht dazu beitragen, zusätzliche Behandlungskapazitäten in den ambulanten Praxen zu schaffen, da sich hierdurch nicht die Zahl der Vertragsärzte erhöht und die bereits heute tätigen Vertragsärzte ihre Behandlungskapazitäten bereits überwiegend ausgeschöpft haben. Vielmehr bedarf es einer Entbürokratisierung im ambulanten Versorgungsbereich, die die Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit steigert. Etwa ein Viertel der heutigen Praxistätigkeit wird durch überbordende Bürokratie bestimmt. Diese Kapazitäten fehlen somit für die eigentliche ärztliche Tätigkeit. Auch die Steuerung von Patienten gehört auf die Agenda des Gesetzgebers, damit ärztliche Versorgung dort stattfindet, wo sie wirklich notwendig ist.

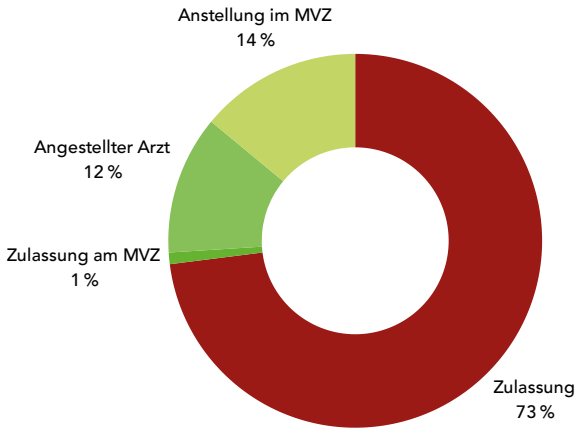
Zudem wird das vertragsärztliche Berufsbild durch eine weiter zunehmende Tätigkeit in Teilzeit geprägt, sodass zwar im Vergleich zu den Vorjahren eine höhere Kopfzahl an Ärzten im ambulanten Versorgungsbereich tätig ist, sich diese allerdings aufgrund von Teilzulassungen und -anstellungen auf eine geringere Zahl an Versorgungsaufträgen verteilt, sodass mehr Ärzte ausgebildet werden müssten, um diese Lücken zu füllen. Den aktuellen Stand der Arztzahlen für die jeweiligen Fachgebiete bildet die nachstehende Grafik ab.

Hausärzte (ohne Pädiater)	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
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	641	54,54	218	197	47,80	34	838
Internisten	263	53,72	73	102	49,06	19	365
Gesamt (Personen)	**904**	**54,30**	**291**	**299**	**48,23**	**53**	**1.203**
Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)	**884,25**			**238,75**			
Fachärzte							
Anästhesisten	38	56,50	16	21	53,29	4	59
Augenärzte	88	54,78	34	42	49,40	10	130
Chirurgen	74	57,47	25	30	57,77	14	104
Dermatologen	45	55,89	19	7	49,14	3	52
Gynäkologen	148	53,41	42	51	48,53	8	199
HNO-Ärzte	73	54,30	27	16	53,94	7	89
Internisten	136	55,51	42	91	54,57	35	227
Laborärzte	2	60,00	1	28	57,29	13	30
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	20	53,55	5	3	55,00	1	23
Nervenärzte	105	55,68	41	39	52,10	8	144
Neurochirurgen	13	57,77	7	5	52,60	2	18
Nuklearmediziner	8	54,88	2	16	56,31	7	24
Orthopäden	94	53,94	25	33	49,94	7	127
Pädiater	94	51,34	20	43	48,37	10	137
Pathologen	11	54,36	4	12	48,08	2	23
Physikalisch-Rehab. Medizin	14	58,14	6	1	56,00	-	15
Psychol. Psychotherapeuten	389	52,28	89	55	42,04	3	444
Psychotherapeuten	72	56,88	28	5	57,00	2	77
Radiologen	24	52,50	3	43	52,49	13	67
Strahlentherapeuten	-	-	-	21	52,00	4	20
Sonst. Gebiete	-	-	-	7	58,00	3	7
Urologen	52	54,00	13	11	54,82	5	63
Gesamt (Personen)	**1.500**	**55,16**	**449**	**580**	**52,67**	**161**	**2.079**
Gesamt (Stellen nach Bedarfsplanung)	**1.298,75**			**385,25**			
Gesamt HÄ/FÄ/PT (Zulassung+Anstellung)							**3.282**
Gesamt HÄ/FÄ/PT (Zulassung+Anstellung) nach Bedarfsplanung							**2.807**

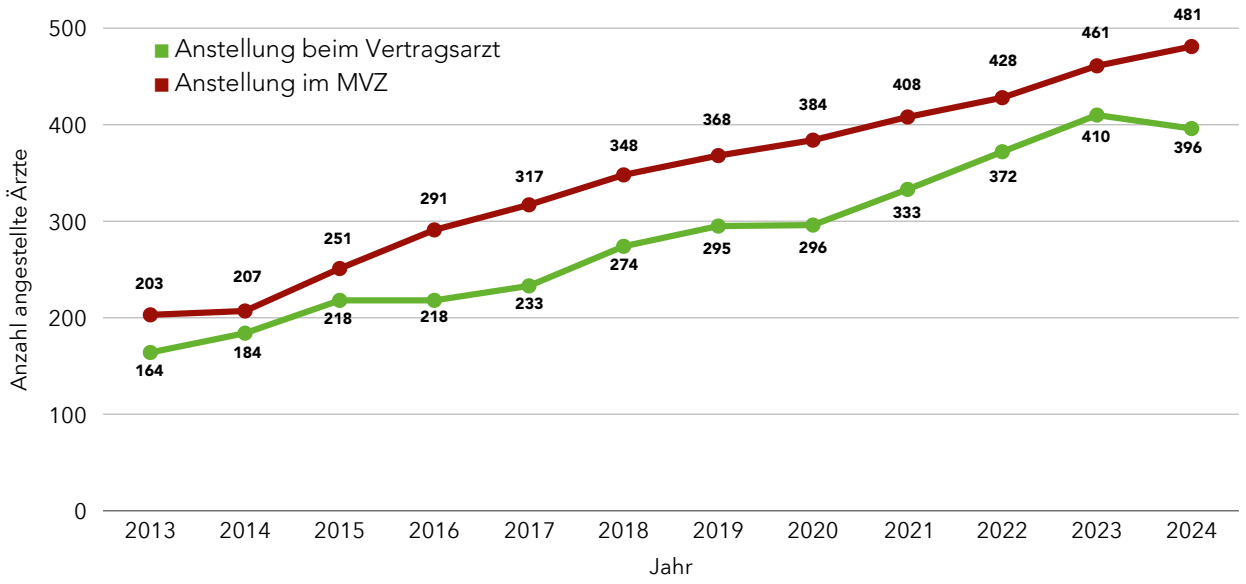
Stand: 31. Dezember 2024

Ein Viertel (26 Prozent) der Vertragsärzte war im Berichtsjahr im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses tätig. Dies sind 879 Personen auf 624 Versorgungsaufträgen. Damit stabilisiert sich der Trend zum Anstellungsverhältnis auf hohem Niveau. Zum Vergleich sind 2.404 Personen in Zulassung auf 2.183 Versorgungsaufträgen tätig.

Anteil Ärzte-Status

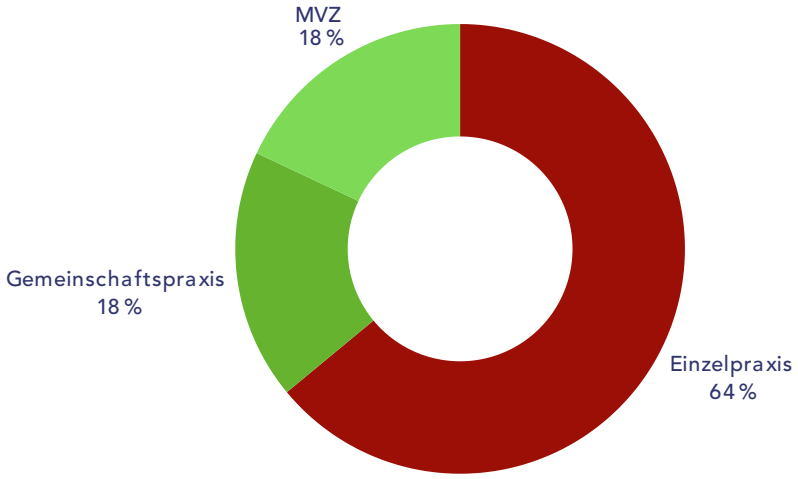


Entwicklung der Anzahl der angestellten Ärzte nach Tätigkeit von 2013 bis 2024



Nach wie vor ist die Einzelpraxis die häufigste Form der Niederlassung, ca. zwei Drittel aller Vertragsärztinnen und -ärzte haben diese Art der Praxistätigkeit gewählt. Darunter fallen auch Praxisgemeinschaften, in denen sich Einzelpraxen beispielsweise die Räumlichkeiten oder das Personal, aber im Unterschied zu einer Berufsausübungsgemeinschaft nicht den Patientenstamm teilen. Zu einer Berufsausübungsgemeinschaft haben sich 18 Prozent der in M-V tätigen Vertragsärzte zusammengeschlossen.

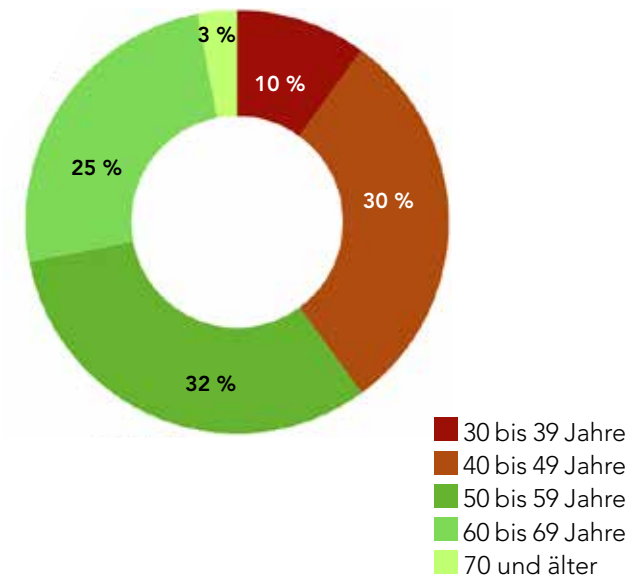
Anteil Ärzte in Versorgungsformen



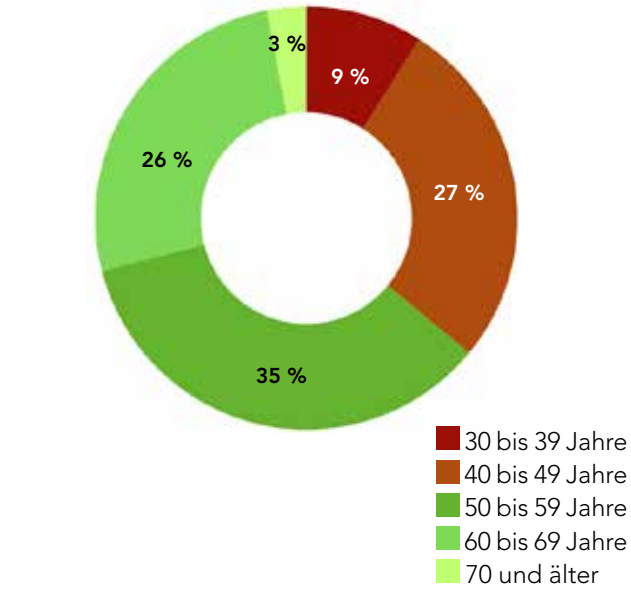
Die Zahl Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) blieb in M-V mit 93 MVZ im Vergleich zum Vorjahr konstant. Der überwiegende Anteil von 31 Prozent (29 MVZ) befindet sich in Trägerschaft von Vertragsärzten, knapp gefolgt von 27 Prozent (25 MVZ) in Trägerschaft größerer Konzerne bzw. 25 Prozent (23 MVZ), die von Krankenhäusern getragen werden. Im Zuge der Krankenhausreform und möglicher gesetzgeberischer Maßnahmen, wie beispielsweise die Einschränkung der Gründungsberechtigung auf die im jeweiligen Einzugsbereich des MVZ tätigen Krankenhäuser, dürften sich hier trotz Berücksichtigung des Bestandsschutzes zukünftig Änderungen ergeben.

Relativ konstant entwickelt sich ebenso der Altersdurchschnitt der Hausärzte (52,7 Jahre / Vorjahr: identisch) und der Fachärzte einschließlich Psychotherapeuten (52,0 / Vorjahr: 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 beträgt bei den Hausärzten weiterhin ca. 40 Prozent und bei den Fachärzten einschließlich Psychotherapeuten ca. 35 Prozent.

Altersverteilung Hausärzte

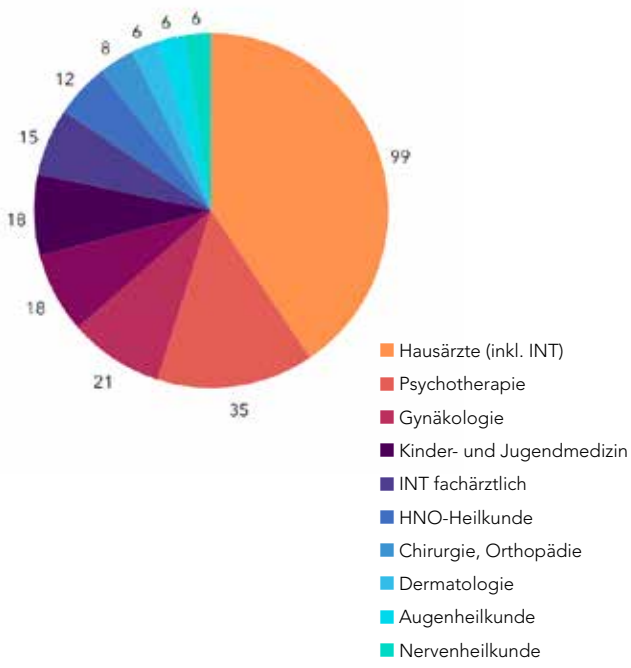


Altersverteilung Fachärzte

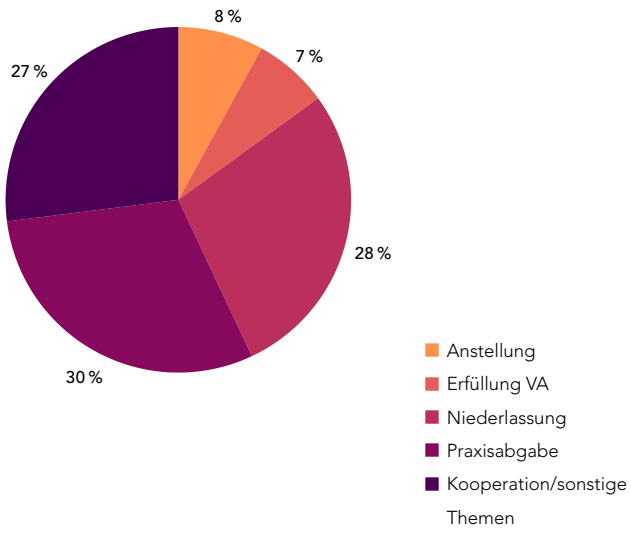


Auch hier zeigen die unterschiedlichen Fördermaßnahmen der KVMV Wirkung, die durch ein breites Beratungsangebot in den Abteilungen und Geschäftsbereichen der KVMV (u.a. Abrechnung, EDV, Qualitätssicherung, Medizinische Beratung) ergänzt werden. Die Niederlassungsberatung der Abteilung Sicherstellung der KVMV ist ein wesentlicher Teil dieses Angebotes, das durch entsprechende Seminar- und Fortbildungsveranstaltungen wie u.a. Praxisgründer- und Praxisabgeberseminare ergänzt wird. Im Berichtsjahr haben 245 Ärzte bzw. Psychotherapeuten das Beratungsangebot der Abteilung Sicherstellung in Anspruch genommen. Im Schnitt fand somit etwa eine Beratung pro Tag statt, wobei Folgetermine derselben Ärzte bzw. Psychotherapeuten sowie Beratungen in der Geschäftsstelle der Zulassungsgremien nicht enthalten sind. Häufigste Beratungsanlässe waren die Praxisabgabe und die Niederlassung.

Fachgruppen

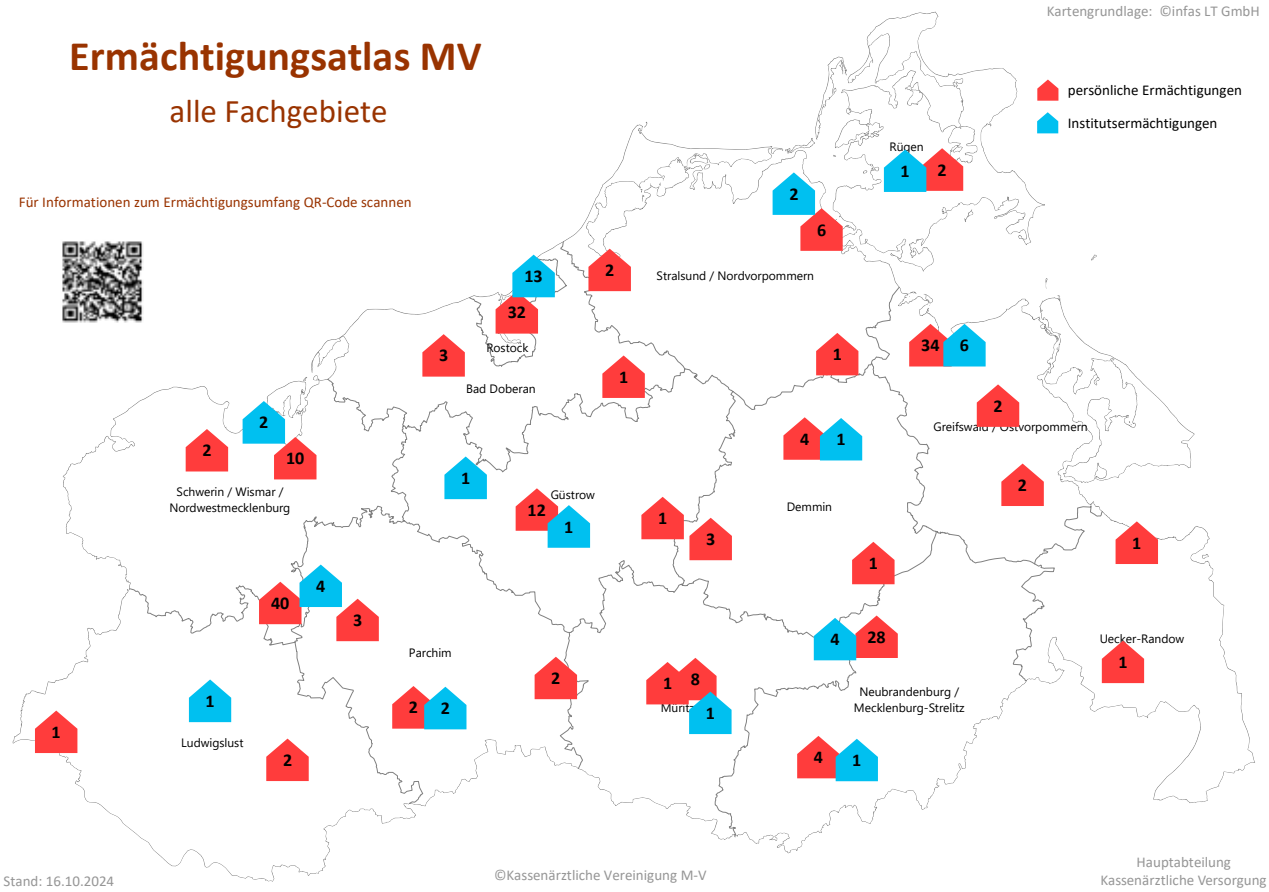


Beratungsthemen



Besondere Versorgungsform

In Einzelfällen kann es regional zu Defiziten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung kommen, insbesondere wenn es sich um sehr spezielle Leistungen handelt, die mit besonderer apparativer Ausstattung oder Expertise einhergehen. In diesen Fällen besteht aus Sicherstellungsgründen die auf einen bestimmten Zeitraum (regelmäßig zwei Jahre) befristete Möglichkeit, originär am Krankenhaus tätige Ärzte oder Einrichtungen in die ambulante Versorgung einzubeziehen. Diese sogenannten persönlichen Ermächtigungen bzw. Institutsermächtigungen können in der Regel nur bei Vorliegen eines entsprechenden Bedarfs erteilt werden, der zuvor durch das zuständige Zulassungsgremium geprüft und festgestellt werden muss. Wie die nachstehende Grafik verdeutlicht, verfügten im Berichtsjahr 211 Krankenhausärzte und 40 Krankenhausinstitute in M-V über eine entsprechende Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.



Darüber hinaus können an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten bzw. Kinder- und Jugendärzte eine ebenso auf in der Regel zwei Jahre befristete Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten. Es handelt sich hierbei um eine Ausnahmegenehmigung, die nur bei Feststellung eines entsprechend im ambulanten Bereich ungedeckten Bedarfs erteilt wird. Von dieser Möglichkeit konnten im Berichtsjahr 18 Internisten und ein Pädiater Gebrauch machen.

Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Neben den zuvor dargestellten Beratungsangeboten spielen finanzielle Anreize eine wichtige Rolle, um auch zukünftig die ambulante Versorgung sicherstellen zu können. Die KVMV unterhält ein vielseitiges Förderprogramm, das nicht nur finanzielle Anreize für hausärztliche Niederlassungen in absehbar schlechter versorgten Regionen schafft, sondern auch den ärztlichen Nachwuchs im Rahmen des Studiums und der ambulanten Facharztweiterbildung unterstützt.

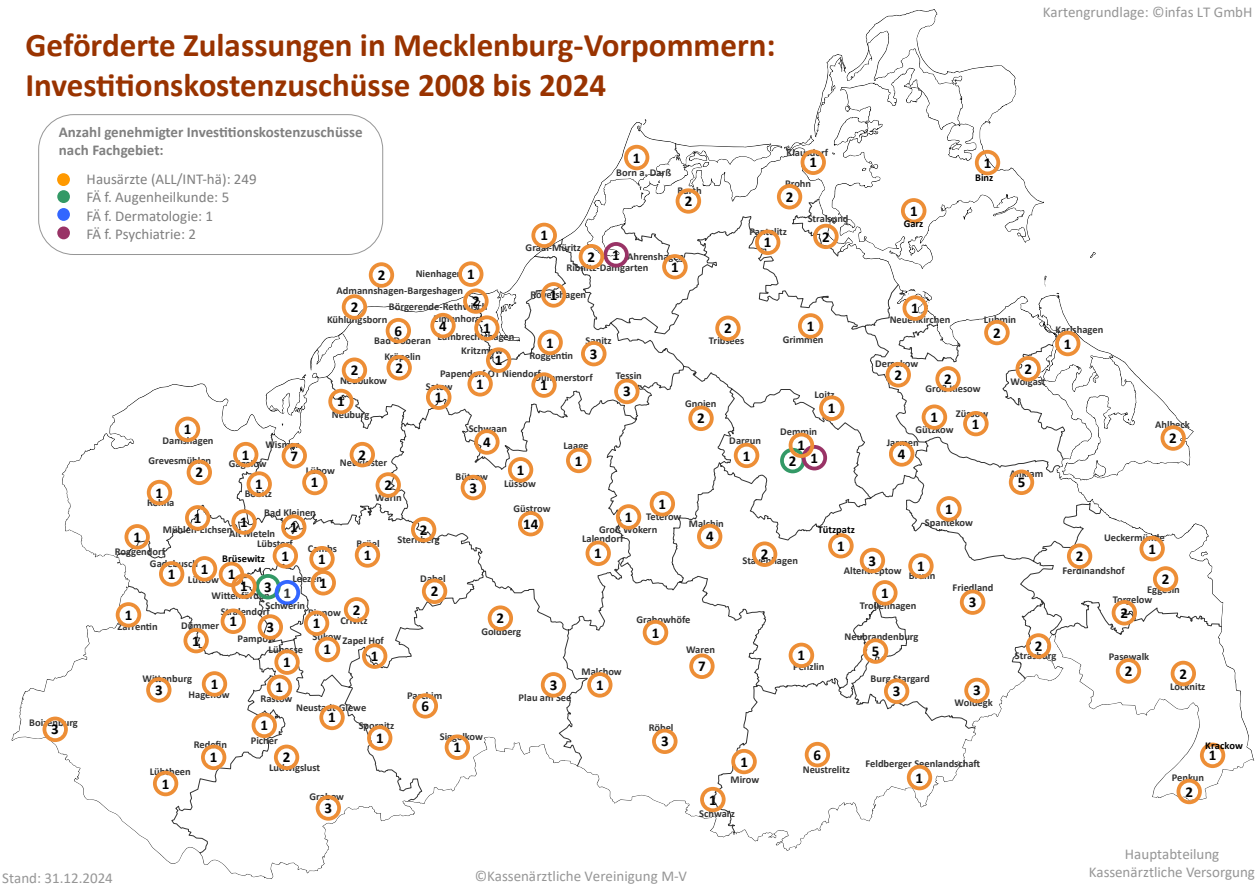
Förderung von Niederlassungen und Anstellungen

Bedenkt man, dass die KVMV ihre Sicherstellungsmaßnahmen wie Investitions- und Gehaltskostenzuschüsse überwiegend aus der von ihren Mitgliedern erhobenen Verwaltungskostenumlage und teilweise ergänzt um entsprechende Mittel der gesetzlichen Krankenkassen finanziert, bedarf es keines großen Gedankenspiels, dass diese Finanzierung nicht mehr allein von der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Ärzten und Krankenkassen getragen werden kann. Dies ist insbesondere der Fall, wenn sich die wirtschaftliche Lage der gesetzlichen Krankenversicherung nicht stabilisieren und die Zahl ambulanter Praxen weiter verringern sollte, sodass sich immer weniger Vertragsärzte und -psychotherapeuten an dieser Finanzierung beteiligen können. Trotz dieser angespannten Lage ist es den Gesamtvertragsparteien gelungen, im Berichtsjahr eine honorarvertragliche Regelung zu vereinbaren, aufgrund derer vorerst für das Jahr 2025 eine Erhöhung und Erweiterung der bisherigen Niederlassungs- und Anstellungsförderungen erreicht werden konnte. Für die Niederlassung von Hausärzten werden damit je nach Versorgungslage bis zu 125.000 Euro und für Anstellungen bis zu 40.000 Euro je vollem Versorgungsauftrag gewährt. Dient die Anstellung der Praxisübergabe und Einarbeitung des Praxisnachfolgers in die Abläufe einer ambulanten Vertragsarztpraxis, werden alternativ und unter bestimmten Voraussetzungen für einen Zeitraum von maximal zwölf Monaten bis zu 2.000 Euro als Gehaltskostenzuschuss an den Praxisinhaber gezahlt. Eine Ausweitung des bestehenden Förderprogramms erfolgt mit der weitergehenden Möglichkeit zur Förderung von Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wie z.B. Dermatologie, HNO-Heilkunde, Gynäkologie und Augenheilkunde, wenn der aktuelle Versorgungsgrad im maßgeblichen Planungsbereich unter 100 Prozent liegt. Bei einer Teilzulassung bzw. Teilzeitanstellung verringern sich die jeweiligen Förderbeträge entsprechend. Ein Förderkatalog, abrufbar auf der Homepage der KVMV, fasst alle Maßnahmen der KVMV zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung übersichtlich zusammen.

Allein in den Jahren 2008 bis 2024 hat die KVMV 257 Niederlassungen mit Investitionskostenzuschüssen und 94 Anstellungen mit Gehaltskostenzuschüssen in einem Gesamtvolumen von fast 14 Millionen Euro aus der Verwaltungskostenumlage und den entsprechenden Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen in gleicher Höhe gefördert. Allein auf das Berichtsjahr entfielen damit 16 (Vorjahr: 24) Niederlassungsförderungen und 14 (Vorjahr: 6) Anstellungsförderungen. Des Weiteren gewährt die KVMV niedergelassenen Hausärzten in Gebieten mit festgestellter bzw. drohender Unterversorgung fallzahlabhängige Sicherstellungszuschläge auf das vertragsärztliche Honorar, wenn deren Behandlungsfallzahlen den Durchschnitt der in M-V tätigen Allgemeinmediziner überschreiten. Im Berichtsjahr wurde dieser Bonus an insgesamt 200 Hausärzte gezahlt.

Geförderte Zulassungen in Mecklenburg-Vorpommern: Investitionskostenzuschüsse 2008 bis 2024

Kartengrundlage: ©infas LT GmbH



Stand: 31.12.2024

©Kassenärztliche Vereinigung M-V

Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung

Investitionskostenzuschüsse für die Anstellung eines Hausarztes in den Jahren 2012 bis 2024

Kartengrundlage: ©infas LT GmbH

Stand: 31.12.2024

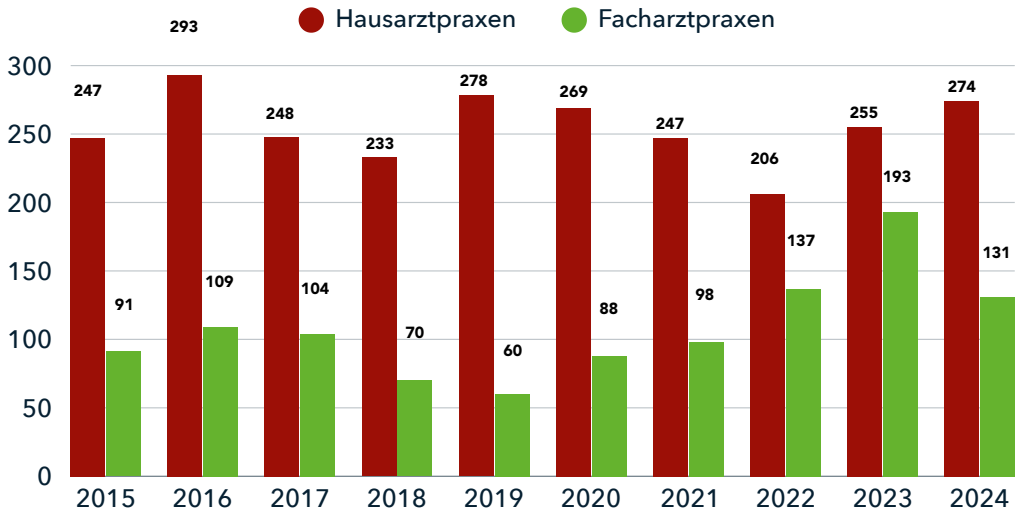
©Kassenärztliche Vereinigung M-V

Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung

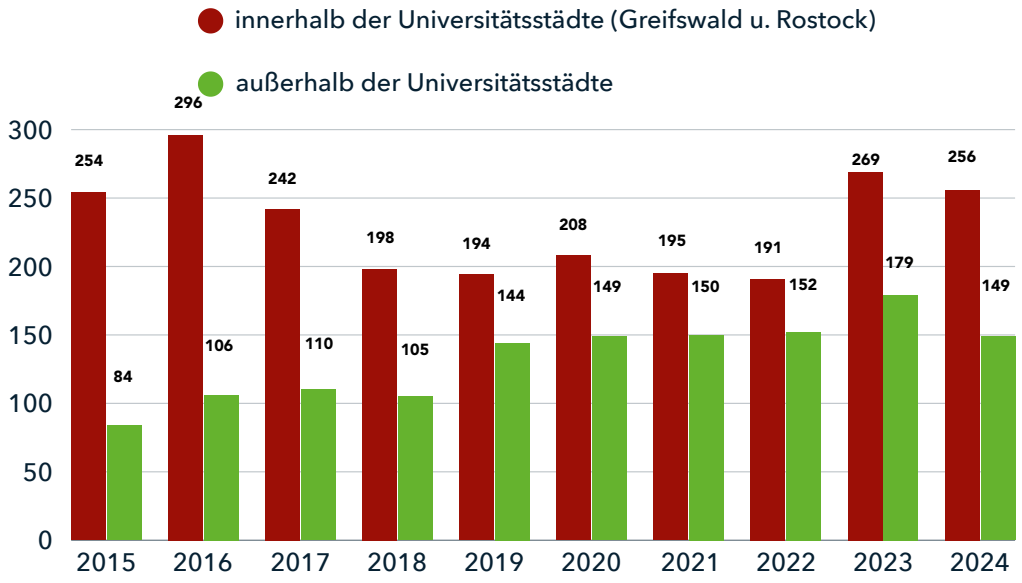
Nachwuchsgewinnung und Nachwuchsförderung

Bisherige Erfahrungswerte der KVMV zeigen, dass die erfolgreiche Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis im Wesentlichen davon abhängt, ob in den betreffenden Praxen zuvor Ärzte aus- und weitergebildet wurden. Die Bindung des ärztlichen Nachwuchses an das ambulante Versorgungssystem, insbesondere in ländlichen Gebieten, kann nur gelingen, wenn diese frühzeitig erfolgt, bevor die angehenden Vertragsärzte in anderen Regionen sesshaft geworden sind. Aus diesem Grund fördert die KVMV die Medizinstudierenden der Landesuniversitäten im Rahmen ihrer Famulatur und des Praktischen Jahres. Für die Famulatur betrug der monatliche Zuschuss im Berichtsjahr zwischen 100 und 400 Euro bzw. für das Praktische Jahr zwischen 200 und 1.000 Euro.

geförderte Famulaturen in Haus- bzw. Facharztpraxen

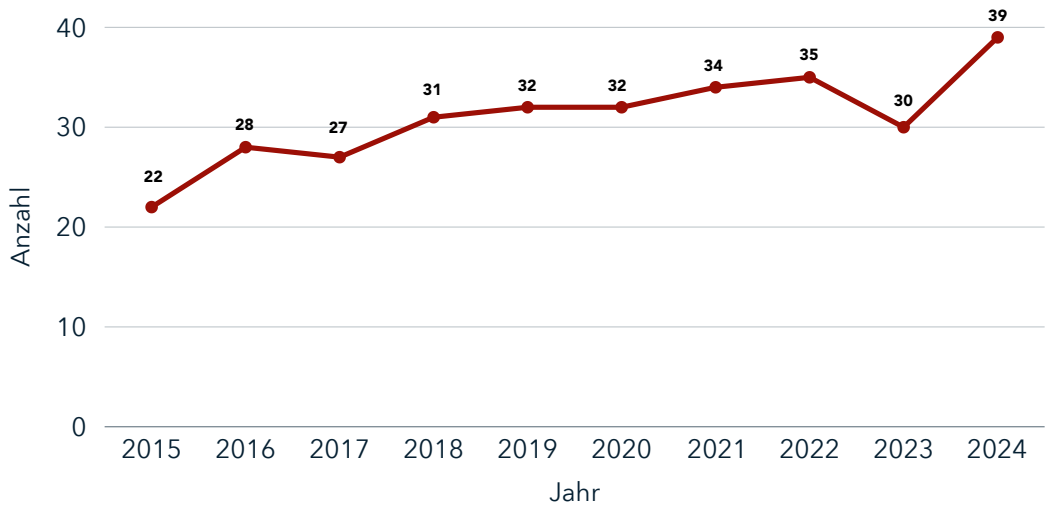


geförderte Famulaturen nach Praxisstandort Universitätsstandort vs. außerhalb des Universitätsstandortes



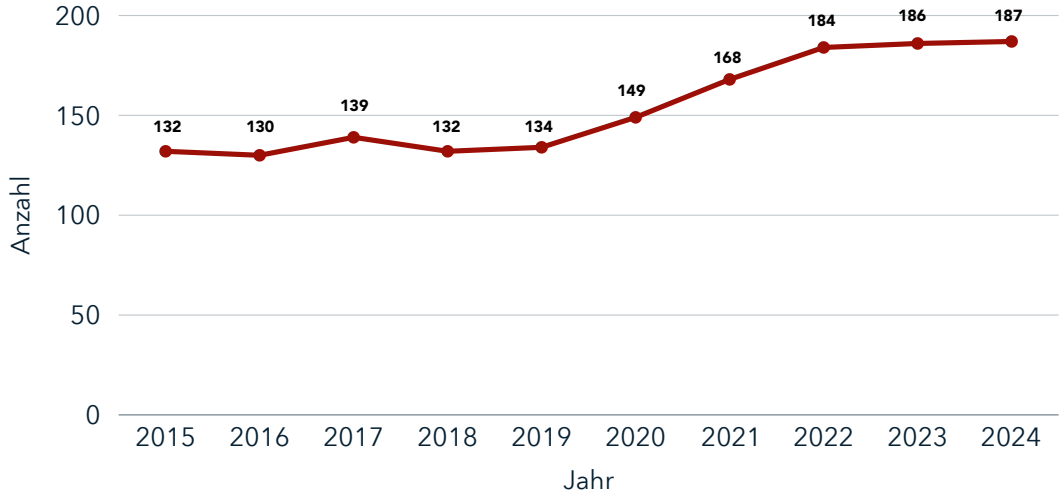
Durch eine Änderung der Förderbestimmungen konnte mittlerweile dem langjährigen Trend begegnet werden, dass Medizinstudierende ihr Praktisches Jahr überwiegend innerhalb der Universitätsstandorte unseres Bundeslandes absolvieren. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 39 Studierende im Rahmen ihres Praktischen Jahres gefördert. Mehr als die Hälfte von ihnen (21, Vorjahr: 13) erhielt eine höhere Förderung, da sie ihr Praktisches Jahr außerhalb der Universitätsstädte durchgeführt hat. Wiederum knapp einem Drittel dieser Studierenden (6, Vorjahr 2) konnte ein zusätzlicher Aufschlag auf die bereits erhöhte Förderung gewährt werden, da ihr Praktisches Jahr in besonders förderwürdigen Regionen unseres Bundeslandes stattfand.

geförderte PJ-Studierende



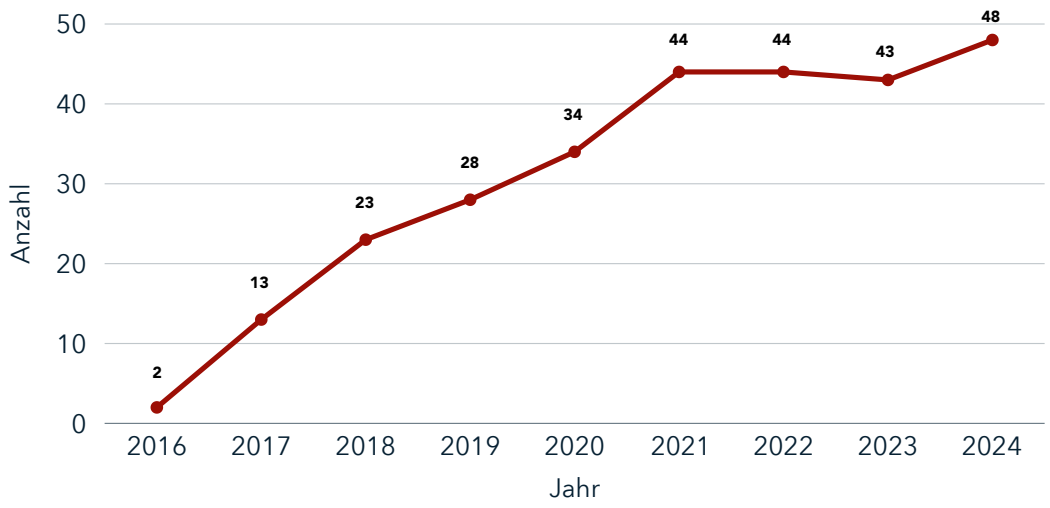
Im Berichtsjahr wurden darüber hinaus 187 Ärzte im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin mit einem monatlichen Gehaltskostenzuschuss zuletzt in Höhe von 5.800 Euro (Vollzeit) gefördert. In drohend unterversorgten Gebieten erhöht sich der Zuschuss auf 6.050 Euro bzw. in Gebieten mit eingetretener Unterversorgung auf 6.300 Euro.

Anzahl geförderter Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin

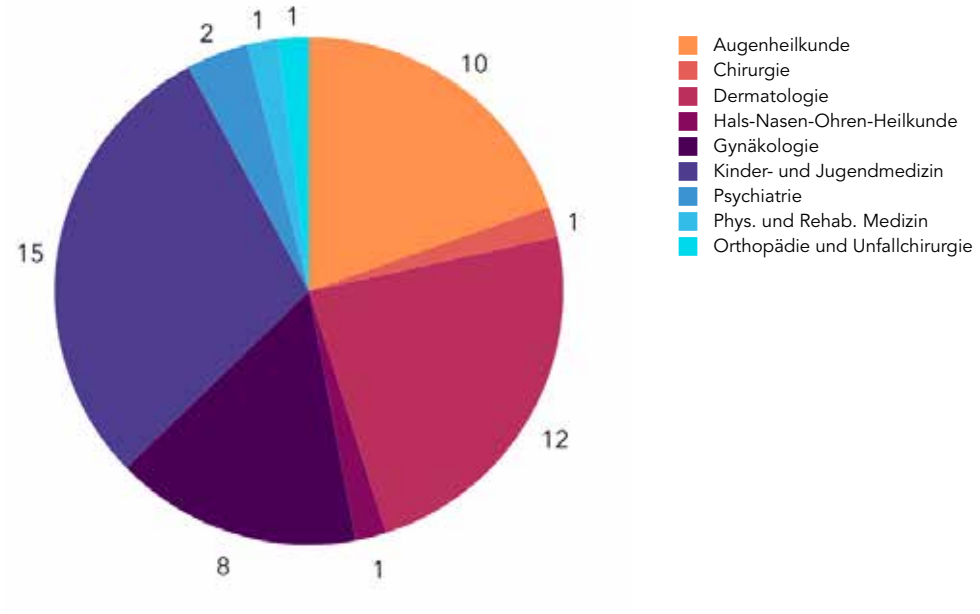


Eine entsprechende Förderung wird auch für die ambulante Weiterbildung in Gebieten der fachärztlichen Grundversorgung gewährt, wie beispielsweise der Dermatologie, Gynäkologie oder HNO-Heilkunde. Dafür stehen in M-V jährlich rund 38,5 Stellen zur Verfügung, sodass im Berichtsjahr 43 Ärzte im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung gefördert werden konnten. Innerhalb der vorgenannten Quote kann auch die Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde finanziell unterstützt werden. Insoweit hat der Gesetzgeber eine Mindestquote von 12,5 Prozent festgelegt, was in M-V nahezu fünf Vollzeitstellen entspricht. Im Berichtsjahr wurden allerdings insgesamt 15 pädiatrische Facharztweiterbildungen gefördert, ein Anstieg um mehr als ein Drittel im Vergleich zum Vorjahr (11). Die höhere Zahl geförderter pädiatrischer Weiterbildungen wirkte sich somit auch auf den verfügbaren Stellenanteil der anderen Fachgebiete aus. Unter diesem Eindruck hat sich die KVMV gegenüber dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport M-V dafür eingesetzt, zusätzliche Fördermöglichkeiten für die ambulante Facharztweiterbildung angehender Pädiater aus dem stationären Bereich zu erschließen, die bis dato nicht abgerufen wurden und daher ohne Einschnitte im stationären Versorgungsbereich sinnvoll für die ambulante Facharztweiterbildung eingesetzt werden könnten. Leider blieben diese Bemühungen ohne Erfolg.

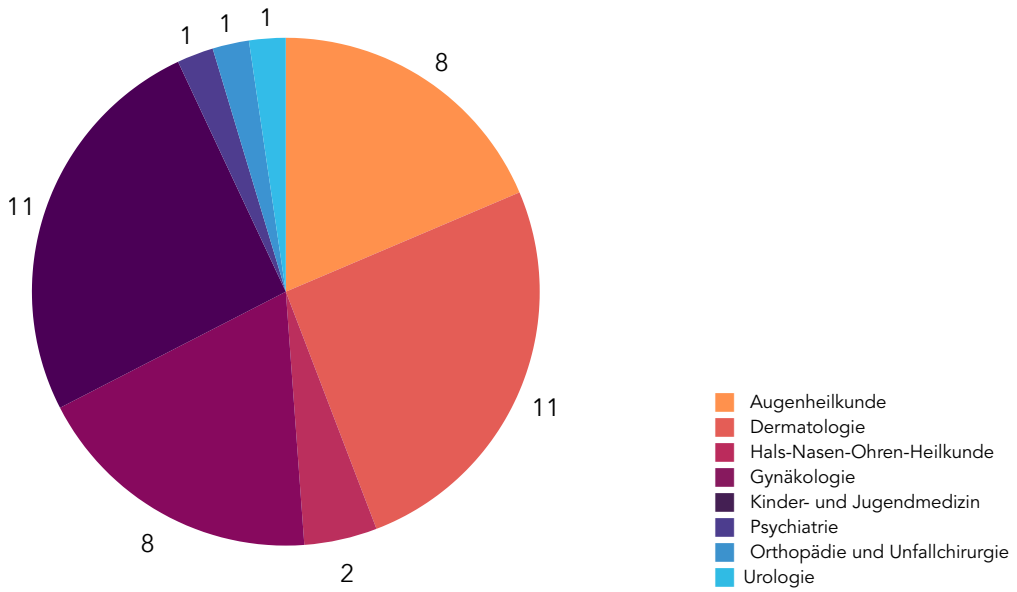
Anzahl geförderter Ärzte in Weiterbildung weitere Fachgebiete (Kopfzahl)



Aufteilung nach Fachgruppen (im Berichtsjahr 2024)

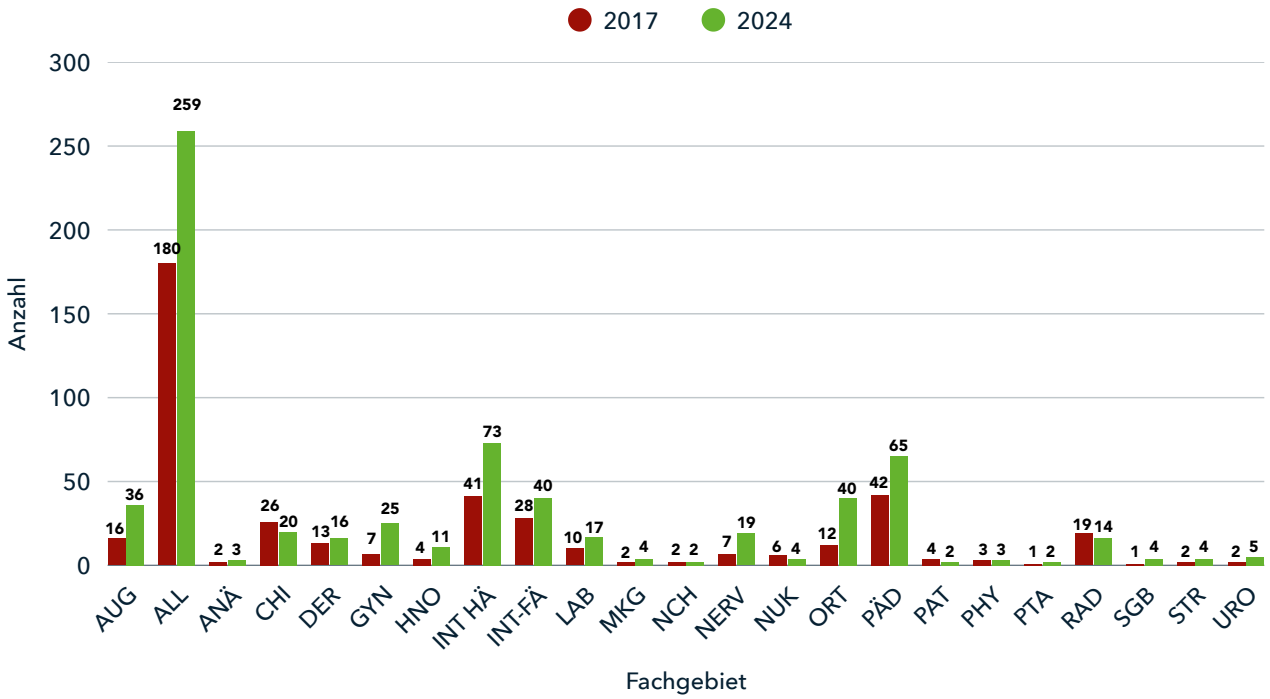


Aufteilung nach Fachgruppen (im Berichtsjahr 2023)



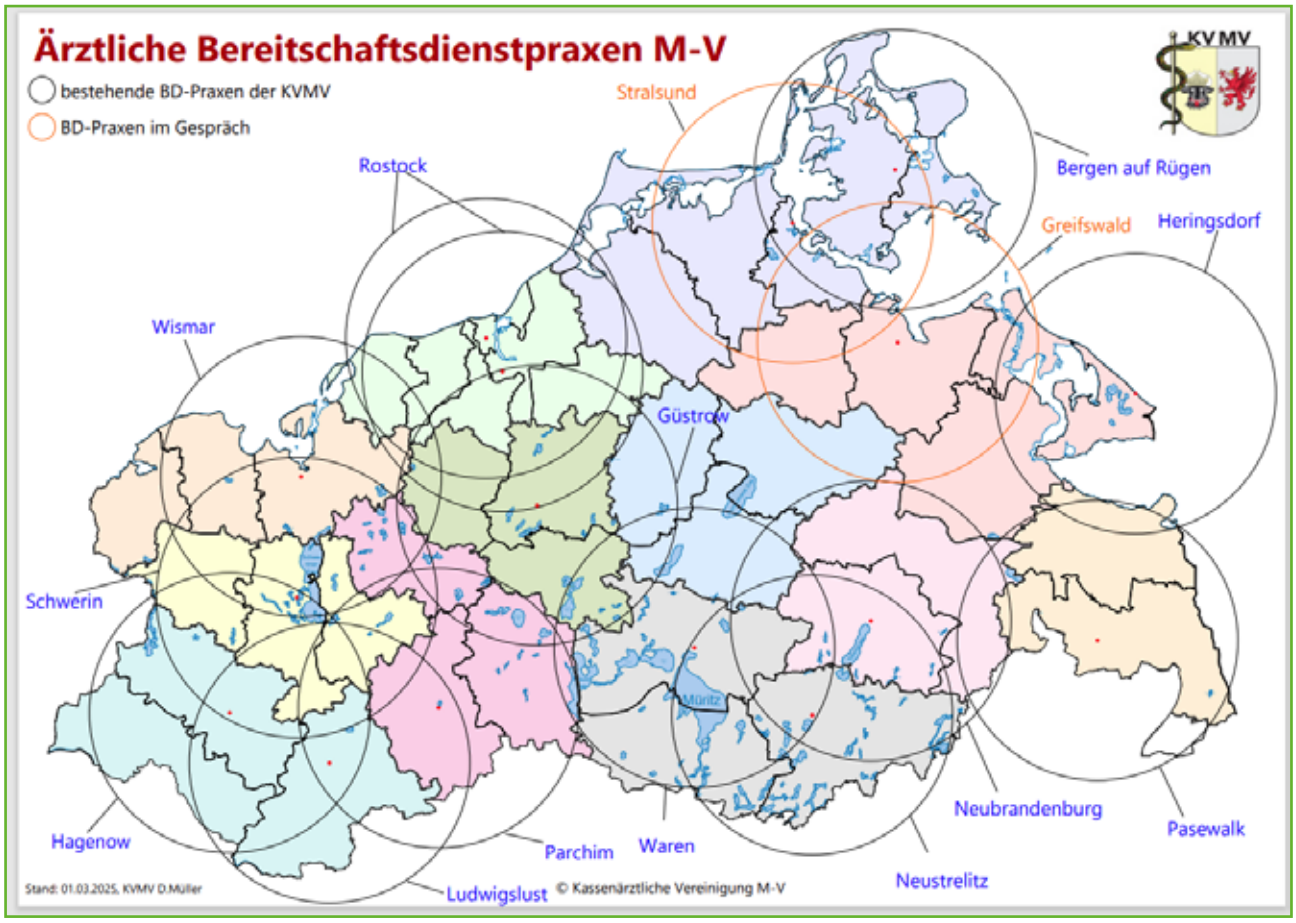
Voraussetzung für die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses im ambulanten Versorgungsbereich ist eine entsprechende Befugnis der zuständigen Ärztekammer, deren Beantragung bzw. Verlängerung bei Vertragsärzten der unmittelbaren Patientenversorgung mit einer Förderung in Höhe von 1.000 Euro durch die KVMV unterstützt wird. In vielen Fachgruppen ist die Zahl der weiterbildungsbefugten Vertragsärzte im Jahr 2024 gegenüber dem Vergleichsjahr 2017 gestiegen. Allein in der Allgemeinmedizin erhöhte sich der Anteil um 50 Prozent von 221 auf 332 Ärzte.

Vertragsärzte mit Weiterbildungsbefugnis im FG



Ärztlicher Bereitschaftsdienst der KVMV

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen erstreckt sich der Sicherstellungsauftrag der KVMV auch auf die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten der niedergelassenen Ärzte und Einrichtungen (MVZ). Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist satzungsrechtlich ausgestaltet, insbesondere durch die Bereitschaftsdienstordnung der KVMV. Der Bereitschaftsdienst findet an zentral gelegenen Bereitschaftsdienstpraxen (derzeit 14 landesweit), in der eigenen Praxis des diensthabenden Vertragsarztes oder im Bedarfsfall als Hausbesuchsdienst statt. Behandelt werden akute Erkrankungen, die zwar keine lebensbedrohlichen Notfälle sind, gleichwohl aber nicht bis zur nächsten Sprechstunde einer Vertragsarztpraxis warten können.



Bei der Ausgestaltung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes steht der KVMV ein weiter Ermessensspielraum zu. Dabei wird die KVMV von ihren zwölf regionalen Kreisstellen unterstützt, in denen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ehrenamtlich Entscheidungen im Zusammenhang mit der Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes treffen. Insbesondere obliegt ihnen die konkrete Dienstplanung, einschließlich der vollständigen oder teilweisen Befreiung von Ärzten, die aus besonderen Gründen an der Teilnahme gehindert sind. Eine wesentliche Aufgabe kommt den Kreisstellen bei der Veränderung von Dienstbereichen zu. Entsprechende Erfordernisse können sich daraus ergeben, dass nicht mehr genügend Vertragsärzte zur Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes im maßgeblichen Dienstbereich zur Verfügung stehen. Insoweit regelt die Bereitschaftsdienstordnung, dass die Zahl von 20 Ärzten je Dienstbereich nicht unterschritten werden

darf. So kam es in den vergangenen Jahren zu deutlichen Veränderungen im Zuschnitt der Dienstbereiche, die im Berichtsjahr fast vollständig abgeschlossen werden konnten. Im Zuge dessen wurde die ursprüngliche Zahl von 62 Dienstbereichen auf 42 reduziert, wobei auch weitere Bereitschaftsdienstpraxen eingerichtet wurden.

In Ergänzung des bestehenden bereitschaftsdienstlichen Versorgungsangebotes hat der Vorstand der KVMV beschlossen, eine Videosprechstunde im kinderärztlichen Bereitschaftsdienst einzurichten. Dabei sollen im Rahmen eines Pilotprojekts erste Erfahrungswerte gesammelt werden, die Rückschlüsse auf den bestehenden Bedarf und eine effiziente organisatorische Umsetzung von Videosprechstunden im ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVMV liefern sollen. An der Videosprechstunde nehmen Kinder- und Jugendärzte freiwillig teil. Sie beraten in einer datensicheren und videobasierten Umgebung die Eltern bzw. Angehörigen minderjähriger Kinder bei akuten Beschwerden, einschließlich der Medikation und einer etwaig erforderlichen weitergehenden Versorgung. Die Kontaktaufnahme erfolgt über die bundeseinheitliche Rufnummer 116 117, unter der medizinisch ausgebildetes Personal die Triagierung vornimmt. Nur solche Beschwerdebilder, die sich für eine pädiatrische Videosprechstunde eignen, können in das entsprechende Versorgungsangebot weitergeleitet werden.

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 steht. 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 regional 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 2024 haben 20 Kommissionen mit 83 Mitgliedern aus Ärzten, Psychotherapeuten, Fachwissenschaftlern, Sachverständigen und Krankenkassenvertretern Qualitätssicherungsprüfungen in 37 Kommissionssitzungen durchgeführt. In 15 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 Genehmigungserteilung zu einem Verfahren

2. GENEHMIGUNGSERHALT
Überprüfungen der Auflagen, die zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung bestehen

ARZTBEZOGEN

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

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 die Sicherung der Qualität von ärztlich erbrachten Leistungen gelten bundesweit einheitliche Maßstäbe. Die Qualitätssicherung unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten dabei, ihre Patienten nach aktuellen fachlichen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln. Jährlich werden auf Bundesebene neue Qualitätssicherungsmaßnahmen beschlossen. Hierzu erlässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V Bestimmungen für Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. Einige Neuerungen des Jahres 2024 werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Arthroskopie

Seit Oktober 2024 werden Genehmigungen für arthroskopische Operationen nach neuen Vorgaben erteilt. Sie erfolgen dann gelenkspezifisch nach der fachlichen Befähigung des Arztes. Für alle, die bereits eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) haben, ändert sich dadurch nichts. Nach welchen Vorgaben die KV eine Genehmigung für Arthroskopie erteilt, ist in der Arthroskopie-Vereinbarung geregelt. KBV und GKV-Spitzenverband haben diese überarbeitet, um die Anforderungen aus dem aktuellen Weiterbildungsrecht zu berücksichtigen. Sie erfolgt dann gelenkspezifisch nach der fachlichen Befähigung des Arztes.
Konkret werden Genehmigungen künftig wie folgt erteilt: Arthroskopien an Knie und Schulter (einschließlich Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenke), Arthroskopien an der Hüfte, Arthroskopien an Händen und Handgelenken sowie Arthroskopien bei Kindern und Jugendlichen. Die Antragstellung erfolgt wie bisher bei der zuständigen KV. Dort erhalten Ärzte das Antragsformular, das sie ausfüllen und mit den erforderlichen Nachweisen einreichen.
Fachärzte, die vor Inkrafttreten der Neufassung der Arthroskopie-Vereinbarung bereits über eine Genehmigung verfügten, behalten diese. Auch die Anforderungen an die räumliche und apparative Ausstattung bleiben wie gehabt.

ATMP

Arzneimittel für neuartige Therapien (englisch: Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) basieren auf Gen-, Gewebe- oder Zellprodukten. Diese Therapien sind innovativ und erfordern hohe Qualitätsstandards. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt die Qualitätssicherung für den Einsatz einiger dieser Gen- und Zelltherapeutika in der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie.

Ob ein ATMP aufgenommen wird und damit der Qualitätssicherung unterliegt oder nicht, entscheidet der Unterausschuss Arzneimittel des G-BA nach bestimmten Kriterien. In entsprechenden Anlagen zur Richtlinie werden die Details indikationsbezogen oder bezogen auf Arzneimittelgruppen ausgestaltet.

Es gibt Qualitätsanforderungen für die einzelnen Behandlungsphasen von der Therapievorbereitung über die Durchführung bis zur Nachsorge. Sie betreffen die fachlichen Kenntnisse des ärztlichen und nichtärztlichen Personals wie Facharztqualifikation, Berufserfahrung und Mindestmengen, die Arbeitsprozesse in der Einrichtung wie Bereitschaftsdienste und Fallkonferenzen, Strukturvorgaben wie Ausstattung und Kapazität der Räumlichkeiten sowie Meldungen an Patientenregister.

In der vertragsärztlichen Versorgung können qualitätsgesicherte ATMP aktuell ausschließlich in Form von Gentherapeutika bei Patienten mit einer schweren Hämophilie eingesetzt werden. Zur Durchführung dieser Therapie benötigen Ärzte eine Genehmigung ihrer KV. Nur mit Genehmigung können sie die Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.

Für andere ATMP-Therapien ist derzeit nur die Nachsorge vertragsärztlich möglich, nicht jedoch die Vorbereitung und Durchführung. Daher gibt es Unterschiede beim Anzeige- und Genehmigungsverfahren je nach Behandlungsphase, die ein Vertragsarzt in der ATMP-Therapie übernehmen möchte.

Invasive Kardiologie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) zur invasiven Kardiologie wurde zum 1. Januar 2024 angepasst. Konkret geht es um die Vorgaben bei therapeutischen Katheterinterventionen, bei denen eine kürzere Nachbeobachtungszeit möglich ist, wenn nur ein Gefäß behandelt wird. Hintergrund ist die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01522 für die Beobachtung und Betreuung von Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung in den Abschnitt 1.5 EBM. Diese soll bei Patienten zur Anwendung kommen, bei denen keine zwölfstündige Überwachungszeit erforderlich ist. In der QS-Vereinbarung zur invasiven Kardiologie wurde in § 5 Absatz 7 ein zweiter Spiegelstrich ergänzt: Nach einer therapeutischen perkutan-transluminalen Gefäßintervention ausschließlich an einer Koronararterie muss gewährleistet sein, dass der Patient mindestens sechs Stunden nachbetreut wird. Der dritte Spiegelstrich wurde geändert: Nach therapeutischen Katheterinterventionen an mehr als einem Koronargefäß müssen Patienten mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden nachbetreut werden.

Spezial-Labor

Die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) Spezial-Labor wurde zum 1. Januar 2024 redaktionell angepasst und um den kurativen HPV-Test (Gebührenordnungsposition 19328) ergänzt. Damit ist gewährleistet, dass der HPV-Test weiterhin über die QS-Vereinbarung Spezial-Labor geregelt ist. Die Aktualisierung der QS-Vereinbarung wurde aufgrund einer Anpassung des EBM zum 1. Januar 2023 notwendig. So wurde der kurative HPV-Test nach der GOP 32819 im Abschnitt 32.3 gestrichen und in die neue GOP 19328 in das Kapitel 19 EBM überführt.

PET und PET/CT

Zum 1. Juli 2024 wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET, PET/CT) hinsichtlich der Indikation fortgeschrittenes Prostatakarzinom geändert.

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Oktober 2023 zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die PET/CT bei Prostata-spezifischem Membran-Antigen (PSMA) in den EBM aufgenommen. Bei dem Verfahren handelt es sich um eine Kombination mehrerer bildgebender Methoden zur Diagnostik von Prostatakrebs. Für diese Leistungen ist eine Genehmigung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Für die Berechnung der GOP hat der Bewertungsausschuss übergangsweise eine Genehmigung nach der derzeit gültigen QS-Vereinbarung vorausgesetzt. Diese Übergangsregelung lief zum 30. Juni 2024 aus. Seit dem 1. Juli 2024 ist eine aktualisierte Genehmigung entsprechend der angepassten QS-Vereinbarung erforderlich. Die Anpassungen erfolgten analog zu den zehn Indikationen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bislang Leistungen der PET/CT zugelassen hat und die in der QS-Vereinbarung geregelt sind. Die Auflistung der zugelassenen Indikationen wurde um das fortgeschrittene Prostatakarzinom erweitert. Dem interdisziplinären Team für die Indikationsstellung und Befundbesprechung muss die oder der für den Patienten verantwortliche Arzt oder ein Facharzt für Urologie mit Weiterbildung in der Medikamentösen Tumortherapie angehören. Die Medikamentöse Tumortherapie liegt bei Absolvierung der Weiterbildungsinhalte zur Medikamentösen Tumortherapie in der Weiterbildungsordnung oder bei Nachweis der Zusatzweiterbildung Medikamentöse Tumortherapie vor. Die für die PSMA-PET/CT erforderlichen Patientenkriterien sind zu dokumentieren: Patienten mit metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die zuvor mittels Inhibition des AR-Signalwegs und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurden. Die QS-Kommission soll unter anderem aus einem Facharzt für Urologie mit Weiterbildung in der Medikamentösen Tumortherapie bestehen. Des Weiteren wurden zwei Datenangaben zur Auswertung der QS-Vereinbarung neu aufgenommen.

Strahlendiagnostik / -therapie

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben Änderungen an der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V beschlossen, die zum 1. Januar 2024 in Kraft traten. Diese betreffen die mit der Aufnahme der stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) in die vertragsärztliche Versorgung notwendigen Anpassungen der QS-Vereinbarung.

Der G-BA beschloss im November 2022 und im Januar 2023, die SRS zur Behandlung von Vestibularisschwannomen und Hirnmetastasen in Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufzunehmen. Gemäß den Vorgaben der Richtlinie wurde jetzt die QS-Vereinbarung angepasst. Zur Ausführung und Abrechnung der SRS berechtigt sind Fachärzte für Strahlentherapie sowie Fachärzte für Neurochirurgie. Strahlentherapeuten weisen ihre fachliche Befähigung wie in der Strahlenschutzverordnung beschrieben nach, während bei Neurochirurgen zusätzlich die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich ist. Die SRS zur Behandlung von Vestibularisschwannomen oder Hirnmetastasen darf nur mit bestimmten Bestrahlungsgeräten erbracht werden. Voraussetzung für die Indikationsstellung ist eine begründete positive Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz. Die Zusammensetzung und Entscheidungen der Tumorkonferenz sind zu dokumentieren und die Dokumentation der KV auf Anforderung vorzulegen (fakultative Stichprobenprüfung). Weitere Änderungen der QS-Vereinbarung betreffen die Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Vertragspartner und die hierzu bei den KVen jährlich zu erhebenden Angaben. Neben redaktionellen Änderungen beziehungsweise Korrekturen in den Paragrafen 8 und 9 wurde zudem eine veraltete Protokollnotiz gestrichen. Aufgenommen wurde eine neue Protokollnotiz, nach der sich die Vertragspartner verpflichten, bis zum 1. Januar 2025 über die Einführung einer Jahresstatistik zur SRS zu beraten.

Ultraschalldiagnostik

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich am 20. Dezember 2023 darauf geeinigt, die Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zu ändern. Somit ist zum 1. Januar 2024 die in § 11 Absatz 2 Buchstabe a) festgelegte Prüfquote zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation (Stichprobenprüfung) von sechs auf vier Prozent reduziert worden. Betroffen sind Ärzte, denen eine Abrechnungsgenehmigung erteilt worden ist. Der jährlich mindestens zu überprüfende Anteil (Prüfquote) von vier Prozent gilt zunächst für die Jahre 2024 und 2025 (geregelt in der neuen Protokollnotiz 6). Dieser Beschluss ist zu begrüßen, da er den zeitlichen Aufwand für Ärzte und auch für die Mitglieder der Qualitätssicherungskommission Ultraschall verringern wird. Unter Umständen bleibt die Prüfquote von vier Prozent auch für die Jahre ab 2026 bestehen, sofern

die Prüfergebnisse bundesweit eine bestimmte Quote erfüllen (geregelt in der Protokollnotiz 6 Nr. 4). Für die Jahre 2024 und 2025 ist zudem das Bewertungsschema Ultraschalldiagnostik der KBV-Richtlinie (nach § 75 Absatz 7 SGB V) ohne Änderung als Anlage VIII in die Ultraschall-Vereinbarung aufgenommen worden. Über notwendige Anpassungen des Bewertungsschemas sollte bis zum 30. September 2025 entschieden werden.

Eine weitere Anpassung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) erfolgte zum 1. Oktober 2024. Die Änderungen betreffen unter anderem die Aufnahme einer Gebührenordnungsposition (GOP) zur Elastographie. In Anlage III (Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 9) der Ultraschall-Vereinbarung wird die neue GOP 33105 für die Anwendungsklasse AK 7.1 aufgenommen. Diese GOP regelt die Beurteilung des Fibrosegrades der Leber zur Indikationsstellung einer Behandlung mit einem Gentherapeutikum (Hemgenix®). Sie ist ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültiger Fachinformation für diese Indikation zugelassenen Therapie mit Etranacogen dezaparvovec berechnungsfähig. Außerdem kann der B-Modus-Anteil von Duplex-Sonographien nach den Anwendungsbereichen AB 21.1 bis 21.4 (Herz und herznahe Gefäße) auf die geforderte Zahl von B-Modus-Untersuchungen nach den Anwendungsbereichen AB 4.1 bis 4.4 anerkannt werden. Der theoretische Teil von Fortbildungskursen ist weiterhin auch online durchführbar. Hier wird die Regelung, die als Sonderregelung während der Coronapandemie eingeführt wurde, zunächst um zwei Jahre verlängert (Protokollnotiz 4 der Ultraschall-Vereinbarung).

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

Die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) Zervix-Zytologie wurde zum 1. Januar 2024 redaktionell angepasst. Die Anpassung beinhaltet die bereits zum 1. Januar 2023 erfolgten Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, mit dem Ersatz der Gebührenordnungsposition (GOP) 19318 durch die GOP 19327 für die zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal (kurativ) in § 1 Abs. 1 der QS-Vereinbarung.

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
- Magnetresonanz-Angiographie
- Magnetresonanz-/Kernspintomographie
- Magnetresonanz-/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
- Ultraschalldiagnostik
- Ultraschalldiagnostik 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 jeweiligen Zuständigkeitsbereich 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 KBV, den Ärztekammern sowie anderen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

2019
44 Sitzungen
94 Kommissionsmitglieder

2020
30 Sitzungen*
86 Kommissionsmitglieder

2021
29 Sitzungen*
92 Kommissionsmitglieder

2022
35 Sitzungen
84 Kommissionsmitglieder

2023
45 Sitzungen
85 Kommissionsmitglieder

2024
37 Sitzungen
83 Kommissionsmitglieder

* aufgrund von Corona wurde die Anzahl der Sitzungen reduziert

Qualitätssicherungskommissionen der KVMV

Interview mit Dr. med. Jens Quaas, Vorsitzender der Abklärungskolposkopie-Kommission

Seit wann sind Sie in der Kommission tätig?
Seit Etablierung der Kommission im Januar 2020.

Was hat Sie bewegt, in der Kommission mitzuarbeiten?
Seit vielen Jahren engagiere ich mich im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kolposkopie und Zervixpathologie für die Kolposkopie (AG-CPC). Dieses betrifft einerseits die Organisation und Durchführung von Kolposkopiekursen in Deutschland, andererseits und insbesondere auch in diesem Zusammenhang den Aufbau und die Durchsetzung von Ausbildungsstrukturen sowie fachlich versierten Einrichtungen nach klar definierten Qualifikationskriterien. Die Schlagwörter sind hier Dysplasiesprechstunden und Dysplasieeinheiten. Dieses Ausbildungskonzept der AG-CPC hat sich immer weiter durchgesetzt und ist jetzt Standard für die Betreuung von Patientinnen mit auffälligen Abklärungsbefunden aus dem Screening des Zervixkarzinoms. Das freut mich sehr.

Welche Aufgaben hat die Abklärungskolposkopie-Kommission?
Die Kommission hat die primäre Aufgabe sicherzustellen, dass unseren Patientinnen im Falle von auffälligen Befunden aus dem Zervixkarzinomscreening eine fachgerechte und den aktuellen Standards entsprechende Vorgehensweise im Sinne von Kontrollen oder Therapien angeboten werden kann. Wir unterstützen am Thema interessierte Kolleginnen und Kollegen, sich zu qualifizieren und sich in diesen Prozess zu integrieren. Ein weiterer Punkt ist natürlich auch, die Abklärungskolposkopie-Vereinbarung umzusetzen.

Worin sehen Sie die Notwendigkeit der Kommissionsarbeit?
Es ist immer gut eine Veränderung, wie z.B. die Anforderungen des neuen Zervixkarzinomscreenings, strukturiert im Prozess zu begleiten, damit es ein gutes Ergebnis gibt. Das ist uns bislang sehr gut gelungen, denke ich.
Keiner sollte denken, dass die Kommissionsarbeit alleinig in der Umsetzung der Abklärungskolposkopie-Vereinbarung besteht. Diese ist ja letztlich nur das Ergebnis und der Aufhänger einer schon viel länger geforderten anerkannten spezialisierten Versorgung betroffener Patientinnen.

Wie werden die Anforderungen aus der Abklärungskolposkopie-Vereinbarung in M-V umgesetzt?
Wir sind in M-V im Vergleich zu anderen Bundesländern sehr gut aufgestellt. Es sollten allen Kolleginnen und Kollegen terminanforderungsentsprechende und ortsnahe Abklärungssprechstunden zur Verfügung stehen.

Sind Sie mit der Vereinbarung zufrieden oder hätte Ihrer Ansicht nach darin das Augenmerk auf andere Dinge gelegt werden müssen?
Die Abklärungskolposkopie-Vereinbarung ist grundsätzlich eine gute Vereinbarung, klar definiert und zielorientiert – Optimierung der Patientinnenversorgung. Sicher fragt man sich in bestimmten Situationen, wie vorgegangen werden soll oder warum so häufig Kontrollen gefordert sind. Hier gibt es Anpassungsbedarf, der aber aus den Auswertungsergebnissen des Screenings erfolgen muss. Ganz sicher sind unsere Patientinnen mit dem Abklärungsalgorithmus gut versorgt.

Gibt es etwas, was Sie Kollegen raten würden?
Nicht am Abklärungsalgorithmus zu zweifeln, die vorgegeben Algorithmen einzuhalten. Schon gar nicht zusätzliche Untersuchungen zu veranlassen (z.B. HPV-Kontrollen in der Abklärung alle zwölf Monate, nicht kürzer). Keine Angst vor den Untersuchungsergebnissen – wir suchen CIN, nicht Krebs, und dieses auch so klar den Frauen zu vermitteln.

Die Abrechnung der Kontrolluntersuchungen klar entsprechend Vorgaben dokumentieren – ist eigentlich nicht kompliziert: Alles was noch nicht therapiert ist 01764 mit Formular 39 (keine Sonderzettelchen etc.), alles was therapiert wurde kurativ.

Wie sehen Sie die Zukunft der Kommissionsarbeit?
Die Kommission wird noch eine ganze Weile ihre Daseinsberechtigung haben. Einerseits zur Zertifizierung von Abklärungseinrichtungen, andererseits zur Klarstellung bestimmter Themen in der Versorgung und Abrechnung. Bisher ging das ganz gut und ohne wirklich großen bürokratischen Aufwand. Das Credo ist: Nichts verhindern, sondern weiter ausbauen bzw. besser machen. Mit Frau Dr. Ellen Mann (Rostock) und Frau Dr. Kirsten Turtschan (Röbel) sind wir ein kleines Team und haben schon eine Menge geschafft – z.B. sind aktuell 24 Einrichtungen zur Durchführung der Abklärungskolposkopie nach Vorgaben des G-BA in M-V zugelassen. Das ist im Deutschlandvergleich sehr viel. Und der Kontakt der Kommission zur KVMV funktioniert wirklich gut.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Kirsten Martensen aus dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung.

QUALITÄTSSICHERUNG IN ZAHLEN UND FAKTEN

Abklärungskolposkopie

Kontakt Abklärungskolposkopie:

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

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

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

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stichtag 31.12.2024	**25**
beschiedene Anträge	4
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	0

im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	**4**
- davon analog	2
- davon digital	1
- davon Kombisysteme	1

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stichtag 31.12.2024	**99**
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0

Kontakt Akupunktur:

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

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 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 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 Paragraf 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 Paragraf 115b SGB V wurden 208 Operationen und Eingriffe in den Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen – kurz AOP-Katalog – aufgenommen. Der Katalog enthält alle Operationen und sonstigen Eingriffe, die die Krankenhäuser ambulant vornehmen und nach EBM abrechnen können.

Ärzte mit Genehmigung, Stichtag 31.12.2024	**475**
beschiedene Anträge	36
- davon Anzahl Genehmigungen	34
- davon Anzahl Ablehnungen	2

Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Kontakt Apherese:

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/ HY-GIENEPRÜFUNG
	FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONS-PRÜ-FUNG
✓	RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION
	BERATUNG

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stichtag 31.12.2024	**46**
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0

Arthroskopie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1994, Neufassung seit 01.10.2024

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**55**
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0

Kontakt Arthroskopie:

Anke Jüttner
Tel.: 0385.7431 382
E-Mail: ajuettner@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

Balneophototherapie

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

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 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**5**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

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: 14.12.2023

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**65**
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0

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

Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen .....

Kontakt Botoxbehandlung:

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

Rechtsgrundlage: EBM GOP 08312, 08313 bzw. 26316, 26317, Gültigkeit seit: 01.01.2018

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**16**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

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 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.
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

Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2024	**58**
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	53
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	5
- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0

Diabetes mellitus Typ 2

Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2024	**1099**
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1046
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	53

Brustkrebs

Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2024	**145**
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	145

Koronare Herzkrankheit

Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2024	**1083**
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1028
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	55
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung "Invasive Kardiologie" (diagnostisch oder therapeutisch)	2

Asthma bronchiale

Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2024	**801**
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	770
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	31

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2024	**748**
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	720
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	28

Osteoporose

Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2024	**176**
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	145
- darunter Teilnahme als qualifizierter Facharzt	31

Spezialisierte geriatrische Diagnostik

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

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**8**
beschiedene Anträge	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 Hautkrebsscreening 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**15**
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**3**
beschiedene Anträge	0
- 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 / DOPPEL-BEFUNDUNG
	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 Hörgerätetechnik 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 Hörgerätetechnik 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

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**82**
beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0

Kinder

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**3**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom .....

Kontakt Hyperbare Sauerstofftherapie:

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

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**0**
beschiedene Anträge	0
- 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 sektorenübergreifende 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 Fachärzte für Strahlentherapie 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**0**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

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

Interventionelle Radiologie

Kontakt Interventionelle Radiologie:

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 interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungs-vereinbarung 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.

Diagnostische Katheterangiographien

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**0**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**7**
beschiedene Anträge	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 7 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 2026 befristet. Die Partner des Bundesmantelvertrages nehmen bis spätestens zum 30. Juni 2026 Beratungen über eine mögliche Fortführung der Dokumentationsprüfungen ab dem 1. Januar 2027 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**59**
beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	0

Kontakt IVM:

Anke Jüttner
Tel.: 0385.7431 382
E-Mail: ajuettner@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

Invasive Kardiologie

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

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: 01.01.2024

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

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**1**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**6**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Kapselendoskopie – Dünndarm

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastroinestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2014

Mit der Kapselendoskopie kann der Dünndarm untersucht werden, der sonst für direkte bildgebende Verfahren fast nicht erreichbar ist. Der Patient schluckt eine Mini-Kamera von der Größe einer großen Tablette. Die Anforderungen, die Vertragsärzte für die Genehmigung erfüllen müssen, sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie aufgeführt. Der zentrale Punkt sind die fachlichen, apparativen und organisatorischen Anforderungen. Zu den Zielen der Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie gehört die Sicherstellung

- einer fachärztlich indizierten Durchführung und Auswertung der Dünndarm-Kapselendoskopie,
- technischer Mindestanforderungen der zum Einsatz kommenden Kapselendoskopie-Systeme,
- einer sachgerechten Befunddokumentation und ggf. erforderlichen Weiterbehandlung des Patienten.

Zudem werden Anforderungen an die Dokumentation und die vom Arzt zu erstellende zusammenfassende Jahresstatistik definiert. Aus der Dokumentation muss die Indikationsstellung für die Dünndarm-Kapselendoskopie-Untersuchung vollständig und nachvollziehbar hervorgehen. Dabei sind obligat durchzuführende Voruntersuchungen nachzuweisen, und ob ggf. ein Medikamenten-Auslassversuch blutungsfördernder Medikationen durchgeführt wurde. Im Rahmen der Auswertung der Untersuchungsaufnahmen ist das gesamte aufgezeichnete Material von dem auswertenden Arzt zu sichten. Auffällige Stellen und Landmarken, die zur Dokumentation der Vollständigkeit der Untersuchung dienen, werden ebenfalls im Zuge der Auswertung dokumentiert. Falls der auswertende Arzt nicht identisch mit dem applizierenden Arzt ist, hat er dem applizierenden Arzt einen Auswertungsbericht zu übermitteln. Ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung ist die verpflichtende Übermittlung einer Jahresstatistik. Die Datenübertragung erfolgt ausschließlich durch die indizierenden und applizierenden Ärzte, denen nach § 7 Abs. 3 auch die Informationen der auswertenden Ärzte vorliegen. Die Datenerfassung und -übermittlung erfolgt in einem elektronischen Dokumentationsverfahren und ist in der Anlage 1 der Vereinbarung beschrieben. Die Auswertung dieser Daten ermöglicht es den Partnern des Bundesmantelvertrages, die Zielerreichung der Qualitätssicherungsmaßnahme zu evaluieren und die QS-Maßnahme ggf. weiterzuentwickeln. Die Pflicht zur Erfassung der Daten für die Jahresstatistik ist mit einer gesonderten Frist geregelt und besteht erstmalig ab dem 1. April 2015.

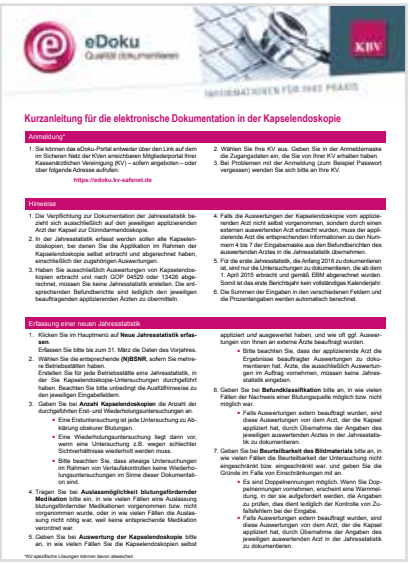
Ärzte mit Genehmigung – Applizierer, Stand 31.12.2024	**6**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Ärzte mit Genehmigung – Auswerter, Stand 31.12.2024	**6**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Kontakt Kapselendoskopie:

Anke Jüttner
Tel.: 0385.7431 382
E-Mail: ajuettner@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


eDoku
Qualität dokumentieren

KBV

INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Kurzanleitung für die elektronische Dokumentation in der Kapselendoskopie

Anmeldung

1. Sie können das eDoku-Portal entweder über den Link auf dem im Sicheren Netz der KVen erreichbaren Mitgliederportal Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) – sofern angeboten – oder über folgende Adresse aufrufen:
   https://edoku.kv-safenet.de
2. Wählen Sie Ihre KV aus. Geben Sie in der Anmeldemaske die Zugangsdaten ein, die Sie von Ihrer KV erhalten haben.
3. Bei Problemen mit der Anmeldung (zum Beispiel Passwort vergessen) wenden Sie sich bitte an Ihre KV.

Hinweise

1. Die Verpflichtung zur Dokumentation der Jahresstatistik bezieht sich ausschließlich auf den jeweiligen applizierenden Arzt der Kapsel zur Dünndarmendoskopie.
2. In der Jahresstatistik erfasst werden sollen alle Kapselendoskopien, bei denen Sie die Applikation im Rahmen der Kapselendoskopie selbst erbracht und abgerechnet haben, einschließlich der zugehörigen Auswertungen.
3. Haben Sie ausschließlich Auswertungen von Kapselendoskopien erbracht und nach GOP 04529 oder 13426 abgerechnet, müssen Sie keine Jahresstatistik erstellen. Die entsprechenden Befundberichte sind lediglich den jeweiligen beauftragenden applizierenden Ärzten zu übermitteln.
4. Falls die Auswertungen der Kapselendoskopie vom applizierenden Arzt nicht selbst vorgenommen, sondern durch einen externen auswertenden Arzt erbracht wurden, muss der applizierende Arzt die entsprechenden Informationen zu den Nummern 4 bis 7 der Eingabemaske aus den Befundberichten des auswertenden Arztes in die Jahresstatistik übernehmen.
5. Für die erste Jahresstatistik, die Anfang 2016 zu dokumentieren ist, sind nur die Untersuchungen zu dokumentieren, die ab dem 1. April 2015 erbracht und gemäß EBM abgerechnet wurden. Somit ist das erste Berichtsjahr kein vollständiges Kalenderjahr.
6. Die Summen der Eingaben in den verschiedenen Feldern und die Prozentangaben werden automatisch berechnet.

Erfassung einer neuen Jahresstatistik

1. Klicken Sie im Hauptmenü auf **Neue Jahresstatistik erfassen**.
   Erfassen Sie bitte bis zum 31. März die Daten des Vorjahres.
2. Wählen Sie die entsprechende **(N)BSNR**, sofern Sie mehrere Betriebsstätten haben.
   Erstellen Sie für jede Betriebsstätte eine Jahresstatistik, in der Sie Kapselendoskopie-Untersuchungen durchgeführt haben. Beachten Sie bitte unbedingt die Ausfüllhinweise zu den jeweiligen Eingabefeldern.
3. Geben Sie bei **Anzahl Kapselendoskopien** die Anzahl der durchgeführten Erst- und Wiederholungsuntersuchungen an.
   - Eine Erstuntersuchung ist jede Untersuchung zu Abklärung obskurer Blutungen.
   - Eine Wiederholungsuntersuchung liegt dann vor, wenn eine Untersuchung z.B. wegen schlechter Sichtverhältnisse wiederholt werden muss.
   - Bitte beachten Sie, dass etwaige Untersuchungen im Rahmen von Verlaufskontrollen keine Wiederholungsuntersuchungen im Sinne dieser Dokumentation sind.
4. Tragen Sie bei **Auslassmöglichkeit blutungsfördernder Medikation** bitte ein, in wie vielen Fällen eine Auslassung blutungsfördernder Medikationen vorgenommen bzw. nicht vorgenommen wurde, oder in wie vielen Fällen die Auslassung nicht nötig war, weil keine entsprechende Medikation verordnet war.
5. Geben Sie bei **Auswertung der Kapselendoskopie** bitte an, in wie vielen Fällen Sie die Kapselendoskopien selbst appliziert und ausgewertet haben, und wie oft ggf. Auswertungen von Ihnen an externe Ärzte beauftragt wurden.
   - Bitte beachten Sie, dass der applizierende Arzt die Ergebnisse beauftragter Auswertungen zu dokumentieren hat. Ärzte, die ausschließlich Auswertungen im Auftrag vornehmen, müssen keine Jahresstatistik eingeben.
6. Geben Sie bei **Befundklassifikation** bitte an, in wie vielen Fällen der Nachweis einer Blutungsquelle möglich bzw. nicht möglich war.
   - Falls Auswertungen extern beauftragt wurden, sind diese Auswertungen von dem Arzt, der die Kapsel appliziert hat, durch Übernahme der Angaben des jeweiligen auswertenden Arztes in der Jahresstatistik zu dokumentieren.
7. Geben Sie bei **Beurteilbarkeit des Bildmaterials** bitte an, in wie vielen Fällen die Beurteilbarkeit der Untersuchung nicht eingeschränkt bzw. eingeschränkt war, und geben Sie die Gründe im Falle von Einschränkungen mit an.
   - Es sind Doppelnennungen möglich. Wenn Sie Doppelnennungen vornehmen, erscheint eine Warnmeldung, in der sie aufgefordert werden, die Angaben zu prüfen, dies dient lediglich der Kontrolle von Zufallsfehlern bei der Eingabe.
   - Falls Auswertungen extern beauftragt wurden, sind diese Auswertungen von dem Arzt, der die Kapsel appliziert hat, durch Übernahme der Angaben des jeweiligen auswertenden Arzt in der Jahresstatistik zu dokumentieren.

*KV-spezifische Lösungen können davon abweichen

Koloskopie

Kontakt Koloskopie:

Anke Jüttner
Tel.: 0385.7431 382
E-Mail: ajuettner@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

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 31.12.2024	**0**
Ärzte mit Genehmigung kurative und präventive Koloskopie, Stand 31.12.2024	**39**
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0

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-PRÜ-FUNG
	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 31.12.2024	**132**
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
- darunter erstmals erteilte Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	0

Langzeit-EKG-Untersuchungen

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

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.

Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung, Stand 31.12.2024	**78**
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2024	**346**
beschiedene Anträge	25
- davon Genehmigungen	25
- davon Ablehnungen	0

Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom

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

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**0**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

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

Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

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

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**0**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Magnetresonanz-/Kernspintomographie

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

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**83**
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0

Kernspintomographie der Mamma

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**4**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

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

Magnetresonanz-Angiographie

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

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 31.12.2024	**60**
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0

Mammographie (kurativ)

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 Mammae 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 31.12.2024	**35**
beschiedene Anträge	5
neu	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0

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

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 31.12.2024	
Screeningeinheiten	4
Programmverantwortliche Ärzte	7
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	5
kooperierende Ärzte (gesamt)	26
- Befunder von Mammographieaufnahmen	13
- histopathologische Beurteilung	6
- Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	2
-- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	2

	Programmverantwortlicher Arzt	Befundung von Screening-Mammographien	Biopsien unter Röntgenkontrolle	Histopathologische 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

✓	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 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

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 Kassenärztlichen 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**646**
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
- 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**14**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

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

Neuropsychologische Therapie

Kontakt neuropsychologische Therapie:

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

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

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.

Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**8**
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- 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: 01.01.2025

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 31.12.2024	**65**
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0

Kontakt Onkologie:

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

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**75**
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**111**
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0

Kontakt Palliativmedizin:

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

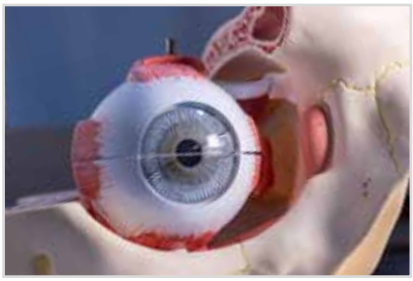
✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
	FREQUENZREGELUNG
✓	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
	REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
	PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
✓	FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-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

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

Kontakt PDT:

Anke Jüttner
Tel.: 0385.7431 382
E-Mail: ajuettner@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 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**6**
beschiedene Anträge	0
- 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**4**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

Kontakt PTK:

Anke Jüttner
Tel.: 0385.7431 382
E-Mail: ajuettner@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

✓	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. 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: 01.07.2024

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**5**
beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
- 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.

RIK

Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	**3**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

RIK und ICD

Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	**4**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

RIK, ICD und CRT

Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	**66**
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0

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, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage I Nr. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) definiert.

Was ist eine Polygrafie?
Quelle: https://www.netdoktor.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.

Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie, Stand 31.12.2024	**117**
- davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	108
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	6
- davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	3
beschiedene Anträge	10
- davon Genehmigungen	10
- 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 31.12.2024	**35**
beschiedene Anträge	2
neu	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

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

Sozialpsychiatrie

Kontakt Sozialpsychiatrie:

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

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

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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**11**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**74**
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
- 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 Stoßwellen-lithotripsie:

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 31.12.2024	**12**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	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: 01.01.2024

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 31.12.2024	**399**
beschiedene Anträge	21
- davon Genehmigungen	21
- davon Ablehnungen	0

Computertomographie

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**92**
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0

Osteodensitometrie

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**16**
beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0

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

Strahlentherapie

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**26**
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

Nuklearmedizin

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**25**
beschiedene Anträge	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.

Des Weiteren wird überprüft, ob betäubungsmittelrechtliche Vorgaben eingehalten werden.

Kontakt Substitution:

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

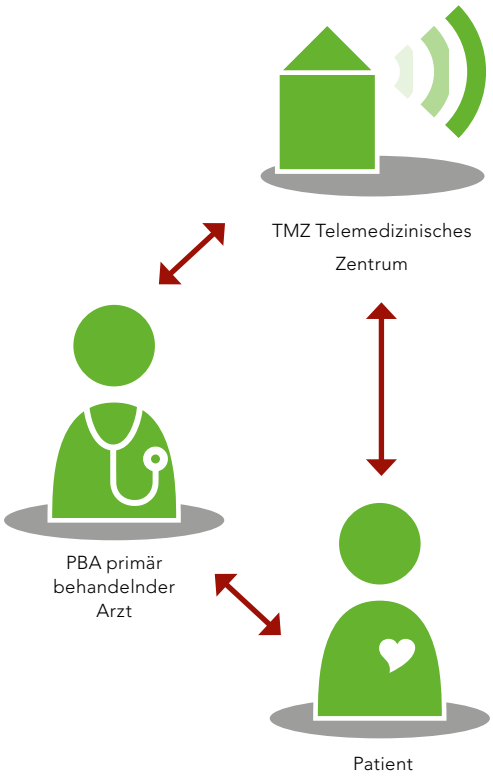
✓	AKKREDITIERUNG
	EINGANGSPRÜFUNG
	KOLLOQUIUM
✓	FREQUENZREGELUNG
	KOOPERATION/FALL-KONFERENZ / DOPPEL-BEFUNDUNG
	REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE
✓	PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG
✓	FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL
	ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
✓	EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-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

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**59**
beschiedene Anträge	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0

Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (Qualitätssicherungsvereinabrung 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.



Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	16
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

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

Ultraschalldiagnostik

Kontakt Ultraschalldiagnostik:

Dana Bahr
Tel.: 0385.7431 376
E-Mail: dbahr@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 vier 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 mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2024	**1290**
beschiedene Anträge (Ärzte)	131
neu	88
- davon Genehmigungen	88
- davon Ablehnungen	0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	43
- davon Genehmigungen	43
- davon Ablehnungen	0

Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**80**
beschiedene Anträge (Ärzte)	5
neu	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0

Vakuumbiopsie der Brust

Kontakt Vakuumbiopsie:

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 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.

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**11**
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- 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: 10.08.2024

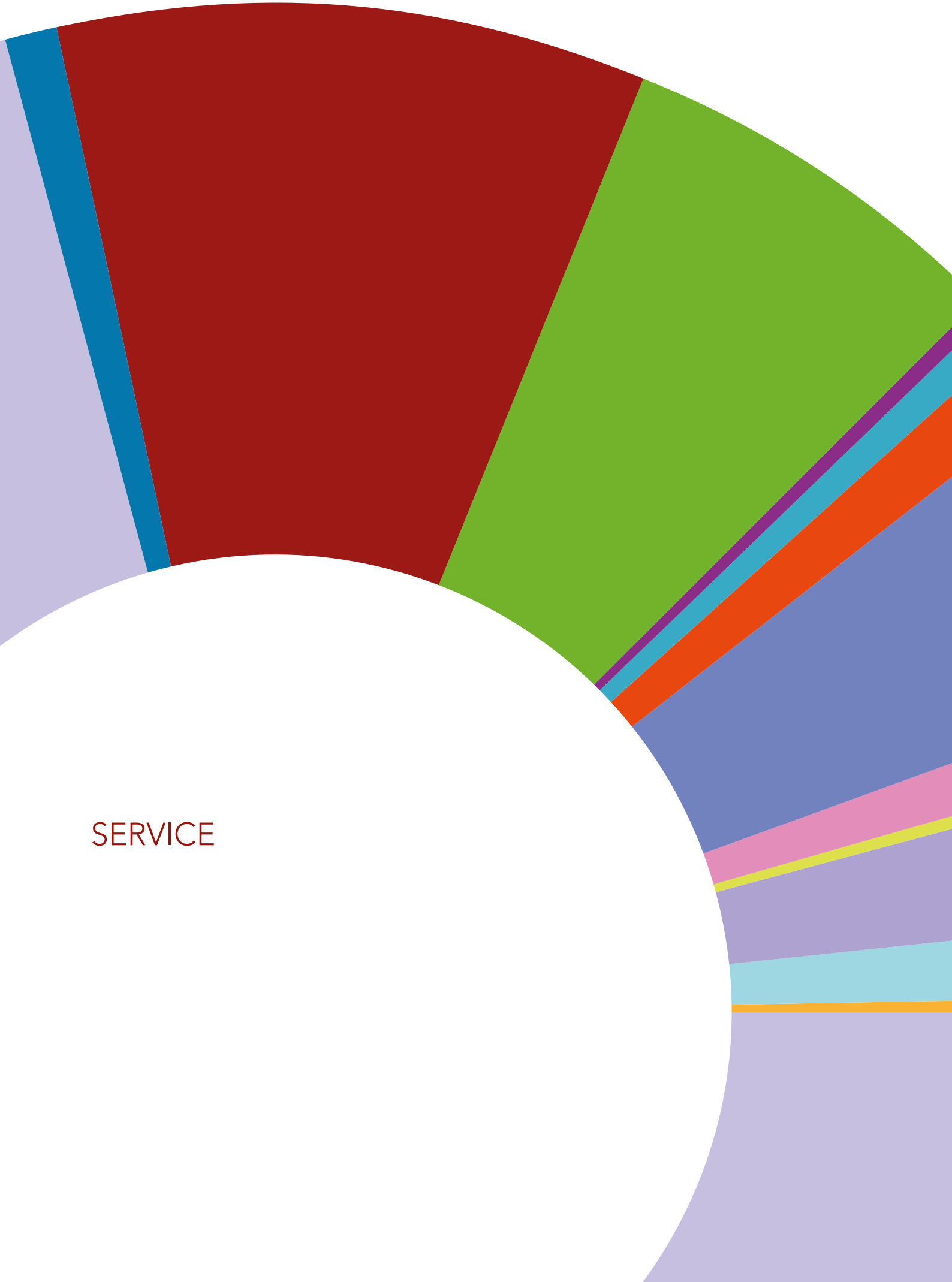
Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität zytologischer Untersuchungen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gesichert werden soll. Sie regelt die fachlichen, räumlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der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

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	**13**
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0

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 Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit bestimmte Kriterien erfüllt sind. Im Kontext des Qualitätsmanagements ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines 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 Patientenpopulationen 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. Gleichermaßen 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. Erstmalig 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.

Hygieneprüfungen: Regelmäßige Hygieneprüfungen 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.

Medizinprodukterecht-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 Qualitätszusicherung; 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 Sachverstands 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 Echtdaten 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-Einführungsseminar® 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 legitimierten Institution konsentierte, 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
A	**Abklärungskolposkopie**	Jenny Klammer	**210**	jklammer@kvmv.de
	Akupunktur	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
	Ambulantes Operieren	Stefanie Moor	**384**	smoor@kvmv.de
	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung	Kirsten Martensen	**243**	kmartensen@kvmv.de
	Apheresen	Lisa Hinz	**383**	lhinz@kvmv.de
	Arthroskopie	Anke Jüttner	**382**	ajuettner@kvmv.de
	Außerklinische Intensivmedizin	Jenny Klammer	**210**	jklammer@kvmv.de
	Autogenes Training	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
B	**Baby on time**	Marie Krethe	**385**	mkrethe@kvmv.de
	Balneophototherapie	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
C	**Chirotherapie**	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
	Computertomographie	Martina Lanwehr	**375**	mlanwehr@kvmv.de
D	**Diabetes Begleiterkrankungen DAK**	Manuela Ahrens	**378**	mahrens@kvmv.de
	Diabetischer Fuß	Manuela Ahrens	**378**	mahrens@kvmv.de
	Diabetische Schwerpunktpraxis	Manuela Ahrens	**378**	mahrens@kvmv.de
	Dialyse	Lisa Hinz	**383**	lhinz@kvmv.de
	DMP	Manuela Ahrens	**378**	mahrens@kvmv.de
	Dünndarm-Kapselendoskopie	Anke Jüttner	**382**	ajuettner@kvmv.de
E	**Entwicklungsneurologie**	Anke Voglau	**377**	avoglau@kvmv.de
F	**Früherkennungsuntersuchung**	Kirsten Martensen	**243**	kmartensen@kvmv.de
	Frühe Hilfen	Marie Krethe	**385**	mkrethe@kvmv.de
	Funktionsstörung der Hand	Anke Jüttner	**382**	ajuettner@kvmv.de
G	**Genetische Beratung**	Silke Seemann	**387**	sseemann@kvmv.de
	Gesund schwanger	Marie Krethe	**385**	mkrethe@kvmv.de
	Gestationsdiabetes	Manuela Ahrens	**378**	mahrens@kvmv.de
H	**Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)**	Marie Krethe	**385**	mkrethe@kvmv.de
	Hautkrebsscreening	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
	Hallo Baby	Marie Krethe	**385**	mkrethe@kvmv.de
	Histopathologie Hautkrebsscreening	Silke Seemann	**387**	sseemann@kvmv.de
	HIV/Aids	Jenny Klammer	**210**	jklammer@kvmv.de
	Holmium-, Thuliumlaser	Stefanie Moor	**384**	smoor@kvmv.de
	Homöopathie	Vivien Preuß	**189**	vpreuss@kvmv.de
	Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	**384**	smoor@kvmv.de
	Humangenetik	Silke Seemann	**387**	sseemann@kvmv.de
	Hygiene/Aufbereitung Medizinprodukte	Silke Seemann	**387**	sseemann@kvmv.de
		Stefanie Moor	**384**	smoor@kvmv.de
	Hypnose	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

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

ANSPRECHPARTNER

TEL.: 0385.7431- ...

		Ansprechpartner	Durchwahl	E-Mail
	Psychosomatische Grundversorgung	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
	Psychotherapie Informationsstelle	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
	Psychotherapie	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
Q	**Qualitätsmanagement**	Manuela Ahrens	**378**	mahrens@kvmv.de
		Stefanie Moor	**384**	smoor@kvmv.de
	Qualitätszirkel	Anika Gilbrich	**249**	agilbrich@kvmv.de
R	**Radiologie**	Martina Lanwehr	**375**	mlanwehr@kvmv.de
	Reproduktionsmedizin	Silke Seemann	**387**	sseemann@kvmv.de
	Rhythmusimplantat-Kontrolle	Silke Seemann	**387**	sseemann@kvmv.de
S	**Schmerztherapie**	Stefanie Moor	**384**	smoor@kvmv.de
	Schwerpunktpraxen Sucht	Jenny Klammer	**210**	jklammer@kvmv.de
	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	Anette Winkler	**244**	awinkler@kvmv.de
	Sozialpädiatrie	Anke Voglau	**377**	avoglau@kvmv.de
	Sozialpsychiatrie	Anke Voglau	**377**	avoglau@kvmv.de
	Soziotherapie	Anke Voglau	**377**	avoglau@kvmv.de
	Spezialisierte geriatrische Diagnostik	Anke Voglau	**377**	avoglau@kvmv.de
	Stoßwellenlithotripsie	Anette Winkler	**244**	awinkler@kvmv.de
	Strahlendiagnostik/-therapie	Martina Lanwehr	**375**	mlanwehr@kvmv.de
	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	Jenny Klammer	**210**	jklammer@kvmv.de
T	**Transurethrale Botulinuminjektion**	Stefanie Moor	**384**	smoor@kvmv.de
	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Anette Winkler	**244**	awinkler@kvmv.de
U	**Ultraschall**	Dana Bahr	**376**	dbahr@kvmv.de
	Ultraschall Konstanzprüfung	Silvia Floss	**244**	sfloss@kvmv.de
V	**Vakuumbiopsie der Brust**	Martina Lanwehr	**375**	mlanwehr@kvmv.de
Z	**Zweitmeinung**	Manuela Ahrens	**378**	mahrens@kvmv.de
	Zytologie	Silke Seemann	**387**	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 · www.kvmv.de