



Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

2009



**Qualität in der
ambulanten medizinischen Versorgung
in Mecklenburg-Vorpommern**

Impressum**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Neumühler Straße 22
19057 Schwerin

Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung

Kirsten Martensen
Telefon: 03 85.74 31-243
Telefax: 03 85.74 31-346
E-Mail: qual-sicherung@kvmv.de
Internet: www.kvmv.de

Layout und Satz:

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Katrin Schilder

Fotos:

KVMV
www.pixelio.de
www.clipdealer.de
www.siemens.com
www.faszination-darm.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort – Dr. Wolfgang Eckert	5
1. Qualitätssicherung aktuell – Ausgewählte Projekte der KVMV	6
1.1. Pflegeheim PLUS	7
1.2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) – eine neue Leistung	7
1.3. Geriatrie	9
1.4. Projekt „Chronische Wunde“	9
2. Qualitätssicherung	10
2.1. Rechtsgrundlagen	10
2.2. Qualitätssicherung ausgewählter Leistungen	12
2.2.1. Akupunktur	12
2.2.2. Arthroskopie	14
2.2.3. Koloskopie	15
2.2.4. Langzeit-EKG-Untersuchungen	18
2.2.5. Magnetresonanz-Angiographie	19
2.2.6. Mammographie (kurativ)	20
2.2.7. Psychotherapie	22
2.2.8. Strahlendiagnostik/-therapie	24
2.2.8.1. Allgemeine Radiographie	24
2.2.8.2. Computertomographie	25
2.2.8.3. Osteodensitometrie	26
2.2.8.4. Strahlentherapie	26
2.2.8.5. Nuklearmedizin	27
2.2.9. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	28
2.2.10. Ultraschalldiagnostik	30
2.2.10.1. Genehmigungserteilung	31
2.2.10.2. Genehmigungsstand	32
2.2.10.3. Geräteprüfungen/apparative Ausstattung	33
2.2.10.4. Dokumentationsprüfungen	35
2.2.10.5. Säuglingshüfte	37
2.2.10.6. Die Sonografiekommission der KVMV	39
2.2.11. Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri	41
2.2.11.1. Die Zytologiekommission der KVMV	45
2.2.12. Mammographie-Screening	48
2.2.13. Anzahl Genehmigungen in bestimmten Bereichen	49
3 Kommissionsarbeit in der KVMV	50
4 Fortbildung/Qualitätsmanagement/Qualitätszirkel	52
5 DMP	54
6 Service	57

Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern

(Stand 30.08.2010)

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern sorgt für eine flächendeckende ambulante Versorgung im Land. Sie sorgt außerdem dafür, dass die Bürger überall in ihrer Nähe einen Arzt ihrer Wahl aufsuchen können.

Hausärzte (einschl. hausärztlich tätige Internisten)	1062	Nervenärzte	81
Internisten (nur Fachärzte)	152	Orthopäden	85
Kinderärzte	115	Urologen	54
Anästhesisten	37	Radiologen	41
Augenärzte	107	Psychotherapeuten	171
Chirurgen	96	sonstige Fachgruppen	73
Frauenärzte	185		
HNO-Heilkunde	80		
Hautärzte	62		
		Gesamtzahl	2401

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit Beginn des Jahres 2010 existiert neben dem bereits seit 2001 grundsätzlich im Sozialgesetzbuch verankerten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, dem so genannten Morbi-RSA, der Gesundheitsfonds, das neue Instrument zur Finanzverteilung. Wurden bisher die unterschiedlichen Risiken der Kassen in den verschiedenen Bundesländern nur nach Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit der Versicherten, das heißt nach mittelbaren Risiken, untereinander ausgeglichen, stellt die Weiterentwicklung des RSA nun in hohem Maße direkt auf deren Krankheitszustand ab.

In Mecklenburg-Vorpommern haben wir diesbezüglich mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen. Als Flächenland mit abnehmender Bevölkerung wird M-V durch eine „dreifache Alterung“ geprägt: Die Menschen werden allgemein immer älter, aber immer weniger Kinder werden geboren. Auch kommt die Region durch den Wegzug vorrangig junger Menschen und den Zuzug älterer Menschen in die Jahre.

Die Arbeitsbelastung unserer Ärzte nimmt durch die zunehmend alten Patienten mit hoher Morbidität stetig zu. Diese Probleme werden uns über das Berichtsjahr 2009 hinaus bleiben. Wir stehen also vor besonderen Aufgaben, die nicht zuletzt auch mit Kreativität und einem hohen Qualitätsniveau in der Versorgung gelöst werden müssen.

Wenn ein Patient irgendwo in unserem Land einen niedergelassenen Arzt aufsucht, der gesetzlich krankenversicherte Patienten behandelt, kann er sich darauf verlassen, dass er gut versorgt wird. Alle Praxen, ganz gleich ob in Ueckermünde oder in Schwerin, unter-

liegen denselben Qualitätskontrollen auf hohem Niveau. Dafür sorgt die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Es sind verbindliche Standards definiert, und die KVMV unterstützt die Ärzte und Psychotherapeuten bei deren Einhaltung.

Viele Leistungen dürfen Ärzte und Psychotherapeuten allerdings nur erbringen, wenn sie eine entsprechende Genehmigung dafür haben. Hierzu müssen sie ihre Qualifikation nachweisen, in vielen Fällen nicht nur einmal, sondern wiederholt in geregelten Abständen. Neben dem fachlichen Wissen werden auch die Geräte und die Hygiene in den Praxen kontinuierlich kontrolliert. Hierfür gelten bundesweit und landesweit dieselben Maßstäbe.

Bei der Qualitätssicherung geht es darum, sowohl Bewährtes zu erhalten als auch Gutes zu optimieren. Deshalb werden die Vorgaben zur Qualitätssicherung von der Politik, den Krankenkassen, den Patientenverbänden, aber auch von der ärztlichen Selbstverwaltung immer wieder hinterfragt und gegebenenfalls überarbeitet. Es gibt immer Bereiche, die zu verbessern sind. Das gilt zum Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Bislang sind ambulante Behandlung und Krankenhausbehandlung noch zu wenig miteinander verzahnt. Die „sektorenübergreifende Qualitätssicherung“ wird deshalb zukünftig eine immer bedeutendere Rolle spielen.

Wie die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern auch im Jahr 2009 die Qualität gefördert und kontrolliert hat, darüber informieren wir Sie auf den folgenden Seiten. Schließlich geht es um etwas ganz Besonderes: Die Gesundheit der Menschen in unserem Land. Urteilen Sie selbst ...

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



Dr. med. Wolfgang Eckert
Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

1. Qualitätssicherung aktuell – ausgewählte Projekte der KVMV

Im Jahr 2020 wird sich die Altersstruktur in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber 1992 dramatisch geändert haben. Die jungen Jahrgänge werden durch Abwanderung und Geburtenrückgang zahlenmäßig stark geschrumpft sein, die Zahl der älteren Menschen wird hingegen sogar zunehmen.

Diese Entwicklung wirkt sich stark auf das mittlere Alter der Bevölkerung aus, das innerhalb von 30 Jahren voraussichtlich um 15 Jahre ansteigen wird und ein Niveau erreicht, dass für Gesamtdeutschland erst für 2050 erwartet wird. Gleichzeitig verliert Mecklenburg-Vorpommern in diesen 30 Jahren ein Fünftel seiner Bevölkerung. Die Konsequenzen des demografischen Wandels werden in Mecklenburg-Vorpommern schon viel früher zu sehen sein. Angesichts der enormen demografischen Dynamik in M-V und angesichts erheblicher regionaler Morbiditätsunterschiede wird kleinräumige Information über die Ausprägung und Dynamik von Morbidität und Leistungsanforderungen immer unverzichtbarer. Die Bedeutung kleinräumiger Information wird bekräftigt durch die räumliche Ungleichmäßigkeit demografischer Veränderungen, durch die regionale Morbiditätsunterschiede weiter verstärkt werden.

Durch demografische Veränderungen und damit verbundene Herausforderungen vor allem an geriatrischen Versorgungsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern wurden von uns Projekte entwickelt und begonnen, welche auch den absehbaren Ärztemangel und die damit verbundenen Sicherstellungsprobleme zum Hintergrund haben. Der

Schwerpunkt unserer Vorstellungen liegt hierbei auf einer komplexen Sicht der Probleme mit dem Ziel, die einzelnen Lösungsansätze als modulare, regional erprobte und möglichst auch evaluierte Bausteine zu entwickeln und sie zum Gegen-

stand von Verträgen zu machen. Wir sehen in diesen Bausteinen, an deren Konzeption, Entwicklung und vor allem Anpassung an die reale Versorgungslandschaft wir seit Jahren arbeiten, Chancen für die Lösung einiger der o.g. Probleme.



1.1. Pflegeheim PLUS

Im Ergebnis intensiver Gespräche konnte eine Rahmenvereinbarung zwischen der AOK Mecklenburg-Vorpommern und der KVMV über eine optimierte ambulante medizinische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen mittels so genannter „Hausärzte-Teams“ abgeschlossen werden.

Ziel ist die verbesserte Strukturierung, Koordination und Qualität bei

der Behandlung der Pflegeheimpatienten, die optimale Medikation sowie die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen. Dies wird erreicht werden durch die konzertierte Versorgung mittels fest vereinbarter Regelvisiten im Heim, Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team und Gewährleistung einer speziellen Rufbereitschaft. Im Jahr 2009 bestehen

bereits 45 unterschriebene Verträge mit 76 beteiligten Hausärzten in 47 Pflegeheimen mit ca. 3.000 Heimbewohnern.

Eine weitere Erhöhung der Anzahl der Verträge sowie die Erhaltung des Vertrages mit der AOK über das Jahr 2010 hinaus wird angestrebt.

1.2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) – eine neue Leistung

Die Behandlung von Krankheiten, die von vornherein nicht heilbar sind, sowie von Krankheiten in einem Stadium, in dem eine Heilung nicht mehr möglich ist, gehören zu den schwierigen Kapiteln der ärztlichen Tätigkeit. Handelt es sich hierbei um Erkrankungen, die nicht heilbar sind und die Prognose quoad vitam einschränken, sind sie eine Domäne der Palliativmedizin. Die Betreuung von Patienten mit derartigen Krankheitsverläufen tangiert mehr oder weniger alle ärztlichen Fachdisziplinen. Die allgemeine Palliativversorgung ist bereits jetzt Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Viele dieser Patienten werden derzeit in der Finalphase ihrer Krankheit stationär (sowohl akutstationär als auch auf Palliativstationen) behandelt. Dies bedeutet, dass sie in der Schlussphase ihres Lebens ihre gewohnte Umgebung verlassen müssen. Um diesen Patienten ein längstmögliches Verbleiben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, ist durch den Gesetzgeber als neue Versorgungsform die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als Möglichkeit geschaffen worden. Die Voraussetzungen

für die Verordnung sind in einer „Richtlinie zur SAPV“ des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeführt. Die gewohnte Umgebung, in der die Patienten verbleiben können sollen, umfasst hierbei nicht nur die häusliche und familiäre Umgebung, sondern auch die Umgebung in stationären Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Jugendhilfe. Die Patienten müssen an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.

Diese SAPV unterscheidet sich von der in der Vergangenheit erbrachten „allgemeinen Palliativversorgung“ im Wesentlichen dadurch, dass

- ▶ sie nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist und durch Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (SAPV-Teams) geregelt wird,
- ▶ sie durch eine Richtlinie nach § 37b SGB V hinsichtlich Leistungsinhalten, Versorgungsstruktur und Qualifikationsvoraussetzungen (z. B. Zusatzbezeichnung „Pallia-

tivmedizin“) beschrieben ist und

- ▶ sie eine ärztliche und pflegerische Komplexleistung ist, die überwiegend im häuslichen Umfeld, aber auch in Pflegeheimen und Hospizen ambulant erbracht wird, und die bisher in dieser Form nicht vorgehalten und vergütet wurde.

In Mecklenburg-Vorpommern kann die Verordnung von SAPV durch einen Vertragsarzt nur dort erfolgen, wo Verträge zur SAPV gemäß §§ 37 b und 132 d als dreiseitige Verträge zwischen den Krankenkassen, den regionalen SAPV-Teams und der Kassenärztlichen Vereinigung M-V auf der Grundlage einer für alle Verträge einheitlichen Rahmenvereinbarung geschlossen werden. Im Jahr 2009 wurde gemäß dieser Vereinbarung in drei Regionen mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung begonnen. Weitere dreiseitige Regionalverträge auf der Grundlage dieser Regelung werden sich anschließen. Entsprechende Vorgespräche werden derzeit durch Kassen und KV in allen Regionen des Landes geführt. Die Abrechnung der Leistungen zu ext-

▼
rabudgetären landeseinheitlichen Preisen erfolgt über die Struktureinheiten vor Ort (in der Regel GbR's) direkt über die KV und mit den vereinbarten Pseudoziffern für Koordination, Teil- und Vollversorgung. Die SAPV-Teams, bestehend aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften des niedergelassenen und stationären Bereichs, weiteren Fachkräften wie Sozialarbeiter oder Psychologen, arbeiten eng mit ambulanten und stationären Hospizen und Palliativstationen der Krankenhäuser der Region zusammen. Sie werden eine 24-Stunden-Rufbereitschaft vorhalten und über eine spezielle Telefonnummer zu erreichen sein.

Diese ist besetzt mit einer Koordinations- und Lenkungsassistentin, welche mit folgenden Aufgaben betraut wird:

- ▶ Sicherstellung der 24-Stunden-Rufbereitschaft an 365 Tagen
- ▶ Beratung der Basisversorger und der Angehörigen, sowie Koordination der benötigten Leistungsangebote
- ▶ Koordination der Zusammenarbeit und Teilnahme im interdisziplinären Team
- ▶ Organisation von Fallbesprechungen, Qualitätszirkeln und Supervisionsangeboten
- ▶ Sicherstellung der Überleitung vom Krankenhaus in die Häuslichkeit (Organisation des Eingangsassessments)
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit

Den Patienten solange wie möglich ein Verbleiben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen, ist sicherlich ein lohnenswertes Ziel.



1.3. Geriatrie

In Mecklenburg-Vorpommern setzt eine Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, AOK und speziell für die Geriatrie ausgebildeten Ärzten genau bei diesem Personenkreis an. Die „ambulante geriatrische Komplexbehandlung“ (AGKB) – ein Versorgungskonzept, das die Lebensqualität älterer Menschen verbessert – wurde bereits in zwei Regionen unseres Landes umgesetzt.

Nach einem Unfall oder Krankheitsfall, beispielsweise nach einem Schlaganfall oder einer Hüftfraktur, soll die Alltagskompetenz der Betroffenen wieder hergestellt und gestärkt werden, um ihnen die Rückkehr in die eigenen vier Wände zu ermöglichen. Oftmals wird dies auch durch zusätzlich vorliegende psychische Erkrankungen (Depression, Angststörung) erschwert, da diese Störungen Motivation und Selbsthilfefähigkeiten des Betroffenen zusätz-

lich schwächen. Durch eine wirkungsvolle Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer ist eine erfolgversprechende Behandlung möglich. Deshalb ist die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe auch das Kernstück des Vertrages. Das Konzept sieht vor, dass der Hausarzt erster Ansprechpartner für den Patienten bleibt. Während der Komplexbehandlung koordiniert zusätzlich der vor Ort ansässige, geriatrisch geschulte Arzt den Versorgungsbedarf der Patienten und leitet die geriatrischen Maßnahmen. Je nach persönlicher Belastbarkeit erhalten die Teilnehmer, deren Komplexbehandlung auch an eine stationäre Behandlung anschließen kann, an einem Therapietag zwei bis drei Anwendungen aus den Bereichen Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie sowie physikalischer und psychologischer Therapie. Zuvor ermittelt der Arzt die individuelle Alltagskompetenz

sowie das Potenzial der Patienten. Die Behandlungen erfolgen monatsweise in Therapiegruppen mit bis zu 15 Patienten. Pro Maßnahme stehen 20 Therapietage zur Verfügung. Die Behandlungsfortschritte werden wöchentlich auf der Basis des geriatrischen Eingangsassessments ermittelt. So können Auffälligkeiten im Team besprochen werden und bei Bedarf in die Therapie mit eingebaut werden. Sämtliche Maßnahmen erfolgen ambulant, so dass die Patienten in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können. Im Anschluss an ein Behandlungsprogramm wird im Idealfall aus einer Therapiegruppe eine Selbsthilfegruppe, so dass die einmal geknüpften sozialen Kontakte auch weiterhin erhalten bleiben.

1.4. Projekt „Chronische Wunde“

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

sches Problem. Ziel der integrierten Versorgung von Versicherten zur Behandlung chronischer Wunden ist es, qualitätsgesicherte Leistungen unter Ausschöpfung aller wirtschaftlichen Ressourcen in Form von fächerübergreifenden Behandlungspfaden zu erbringen. Zur integrierten Versorgung zählen in diesem Sinne die Arztleistungen zur Wundversorgung, das heißt die Erfassung und Behandlung der Grunderkrankung und die Versorgung der Wunde. Weiterhin gehört die pflegerische Leistung zur Versorgung der Wunde dazu und auch die Schulung und Beratung des

Patienten mit dem Ziel, wundheilungshemmende Verhaltensweisen zu erkennen und fördernde Maßnahmen einleiten und anwenden zu können.

In unserem KV-Bereich laufen derzeit erste Verhandlungsgespräche mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern. Es wird angestrebt, in Form eines Pilotprojektes in einem regionalen Teil unseres Landes die oben genannten Kriterien vertraglich umzusetzen. Zu Beginn des Jahres 2011 soll ein erster dreiseitiger Vertrag auf Basis des §140 a ff. SGB V abgeschlossen werden.

	RECHTSGRUNDLAGE	Akkreditierung ¹	Eingangsprüfung ²	Kolloquium ³	Frequenzregelung	Rezertifizierung	Praxisbegehung/Hygieneprüfung ⁴	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Fortbildung/Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte ⁵	Beratung ⁶
medizinische Rehabilitation	§ 135 Abs. 2	✓									
Nuklearmedizin	§ 135 Abs. 2	✓						✓		✓	✓
Onkologie	Anlage 7 BMV	✓									✓
Osteodensitometrie	§ 135 Abs. 2	✓		✓							
otoakustische Emissionen	§ 135 Abs. 1	✓									
photodynamische Therapie	§ 135 Abs. 2	✓						✓			
phototherapeutische Keratektomie	§ 135 Abs. 2	✓		✓				✓		✓	✓
Psychotherapie ▶ Richtlinienverfahren ▶ Psychosomatik	§ 82 Abs. 1, geregelt in Anlage 1 BMV § 92 Abs. 6a	✓									
schlafbezogene Atmungsstörungen	§ 135 Abs. 2	✓									
Schmerztherapie	§ 135 Abs. 2	✓			✓		✓	✓	✓	✓	
Sozialpsychiatrie	§ 85 Abs. 2, § 43a, geregelt in Anlage 11 BMV	✓									
Soziotherapie	§ 137a	✓									
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	§ 135 Abs. 1	✓									
Strahlentherapie	§ 135 Abs. 2	✓						✓			
Substitution	§ 135 Abs. 1	✓	✓					✓		✓	✓
Ultraschall allgemein	§ 135 Abs. 2	✓		✓				✓			✓
Ultraschall Säuglingshüfte	§ 135 Abs. 2	✓		✓				✓			✓
Vakuumbiopsie der Brust	§ 135 Abs. 2	✓									
Zytologie	§ 135 Abs. 2	✓	✓					✓	✓		✓

¹Prüfung fachlicher, apparativer oder organisatorischer Voraussetzungen; ²Fallsammlungs-, Präparateprüfung; ³bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; ⁴als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung; ⁵auch ergänzende ärztliche Beurteilung; ⁶durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen

2.2. Qualitätssicherung ausgewählter Leistungen

2.2.1. Akupunktur

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2009)	124	
Anzahl beschiedener Anträge	19	
▶ davon Anzahl Genehmigungen	19	
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0	
▶ davon bestanden	0	
▶ davon nicht bestanden	0	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
▶ davon ohne Beanstandung	0	
▶ davon mit Beanstandung	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	sonstige Gründe	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 6 Abs. 6)
	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	

Überprüfung der Dokumentation § 6 – Prüfprozess

	Ärzte bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6 Abs. 2)	1	8
▶ davon bestanden	1	6
▶ davon nicht bestanden	0	2
Anzahl Wiederholungsprüfungen (§ 6 Abs. 6)	0	2
▶ davon ohne Beanstandungen	0	noch nicht geprüft
▶ davon mit Beanstandungen	0	noch nicht geprüft
Kolloquien (§ 6 Abs. 6)	0	0

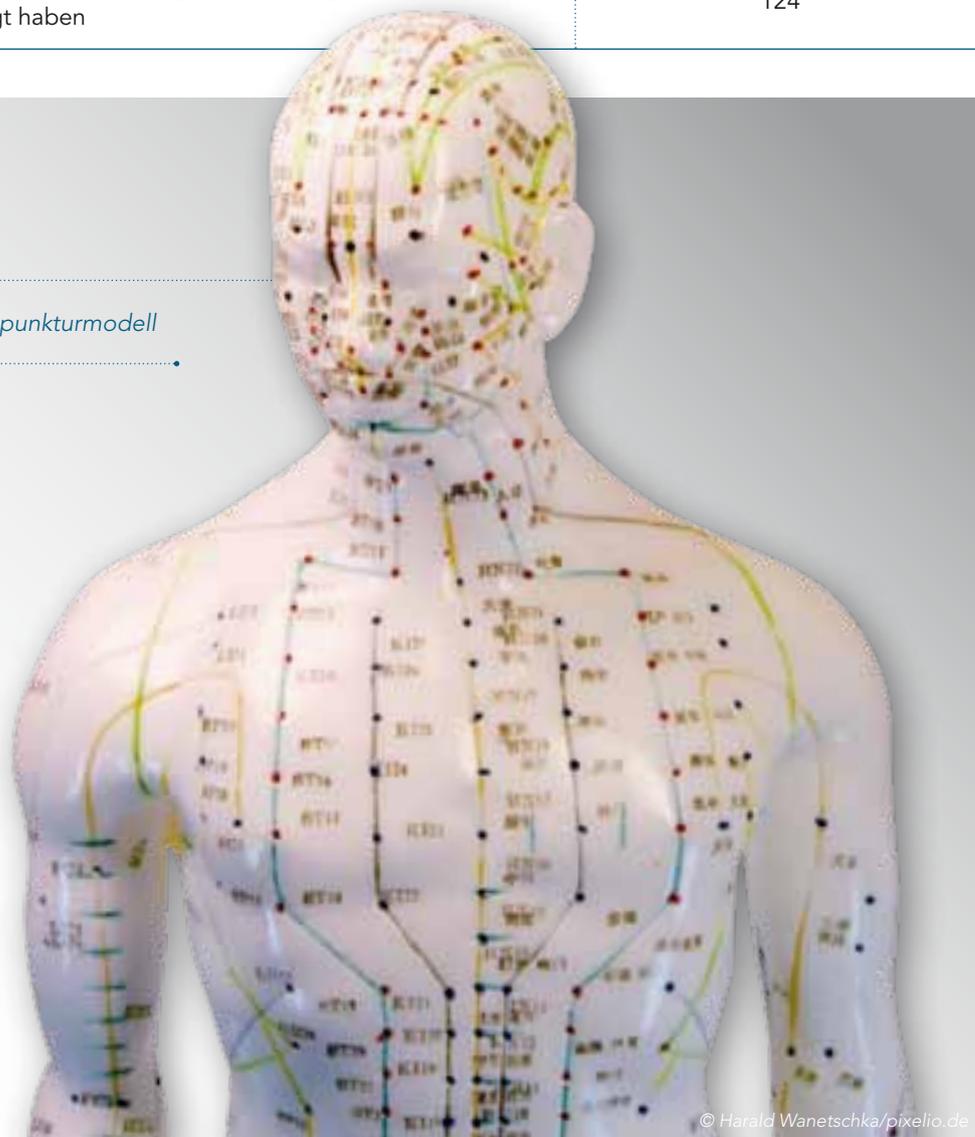
Überprüfung der Dokumentation § 6 – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle
	108	72
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen *)	normale Fälle	Ausnahmefälle
	17	22
▶ davon nicht vollständig i.S.v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	17	22
▶ davon eingeschränkt oder nicht nachvollziehbar begründet	17	22
▶ davon nicht vollständig i.S.v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und eingeschränkt oder nicht nachvollziehbar begründet	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 6 vorgelegt haben	124
---	-----

ein männliches Akupunkturmodell



© Harald Wanetschka/pixelio.de

2.2.2. Arthroskopie

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2009)	49
Anzahl beschiedener Anträge	4
▶ davon Anzahl Genehmigungen	4
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
▶ davon bestanden	0
▶ davon nicht bestanden	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Praxisbegehungen	0
▶ davon ohne Beanstandung	0
▶ davon mit Beanstandung	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)

Anzahl geprüfter Ärzte	11	
▶ davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	5	
▶ davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	6	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 Prozent der abrechnenden Ärzte lag	entfällt	
Anzahl Dokumentationen, die regelhaft pro Arzt geprüft werden	12	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	entfällt	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
▶ davon ohne Beanstandungen	1	0
▶ davon mit geringen Beanstandungen	0	0
▶ davon mit erheblichen Beanstandungen	2	3
▶ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	2	3
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	10	

Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	3
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0
▶ davon bestanden	0
▶ davon nicht bestanden	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0

2.2.3. Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2002, zuletzt geändert: 01.10.2006

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	01.01.2009	31.12.2009
	3	3
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2009	31.12.2009
	41	42
Anzahl beschiedener Anträge in 2009 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)
	0	0
Anzahl beschiedener Anträge in 2009 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)
	1	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen	1	0
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ ▶ kurativ und präventiv)		0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0



Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 und § 7	0
Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z. B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	1 (Ermächtigung beendet 31.12.2009)

Frequenzregelungen totale Koloskopien

Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421)	< 125	125 – 174	175 – 199	200 – 224	225 – 274	> 274
	0	1	0	2	4	38
▶ davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	–	1	–	entfällt	entfällt	entfällt

Stichprobenprüfungen totale Koloskopien *)

Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 a-e	35
▶ davon bestanden	34
▶ davon nicht bestanden	1



Faszination Darm – Besucher im Inneren des Darmmodells



Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Stichprobenprüfungen bei 6 Ärzten erfolgen im Jahr 2010
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f	3
▶ davon bestanden	1
▶ davon nicht bestanden	2
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 3 g	0

Frequenzregelungen Polypektomien

Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)	< 5	5 – 7	8 – 9	10 – 11	12 – 14	> 14
	0	0	1	1	2	41
▶ davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	–	–	1	entfällt	entfällt	entfällt

Stichprobenprüfungen Polypektomien *)

Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 4 a–c	31
▶ davon bestanden	30
▶ davon nicht bestanden	1
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Stichprobenprüfungen bei 7 Ärzten erfolgen im Jahr 2010
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 4 d	6
▶ davon bestanden	6
▶ davon nicht bestanden wg. Mängel nach b–c	0
▶ davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl	0
Bemerkung	
*) Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können.	

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Einrichtungen*	45		
Anzahl der Prüfungen	1. Prüfung (6 Monate) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüfung (3 Monate) (§ 7 Abs. 8a)**	3. Prüfung (6 Wochen) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)
	90	6	0
Bemerkung			
* gemeint sind Praxen, nicht Koloskope			

2.2.4. Langzeit-EKG-Untersuchungen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.04.1992

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung (Stand 31.12.2009)	92
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung (Stand 31.12.2009)	206
Anzahl beschiedener Anträge	27
▶ davon Anzahl Genehmigungen	27
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)

Anzahl geprüfter Ärzte	15	
▶ davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	14	
▶ davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	1	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
▶ davon ohne Beanstandungen	8	1
▶ davon mit geringen Beanstandungen	3	0
▶ davon mit erheblichen Beanstandungen	3	0
▶ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	3	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	

Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0



2.2.5. Magnetresonanz-Angiographie

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

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001

Genehmigungen

	01.01.2009	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	33	37
Anzahl beschiedener Anträge	neu 4	erneut (§ 7 Abs. 10) 0
▶ davon Anzahl Genehmigungen		4
▶ davon Anzahl Ablehnungen		0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 5)		0
Praxisbegehungen		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 7 Abs. 9)		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung		0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 7) – Prüfprozess

Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 2)	6
▶ davon ohne Beanstandungen	2
▶ davon mit Beanstandungen	4
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 20 Prozent der abrechnenden Ärzte lag	
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 7 Abs. 9)	2
▶ davon ohne Beanstandungen	2
▶ davon mit Beanstandungen	0
Kolloquien (§ 7 Abs. 9)	0

2.2.6. Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.01.2007

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2009	31.12.2009
	33	35
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut
	2	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen	2	0
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung (§ 14 Abs. 8)	0	0

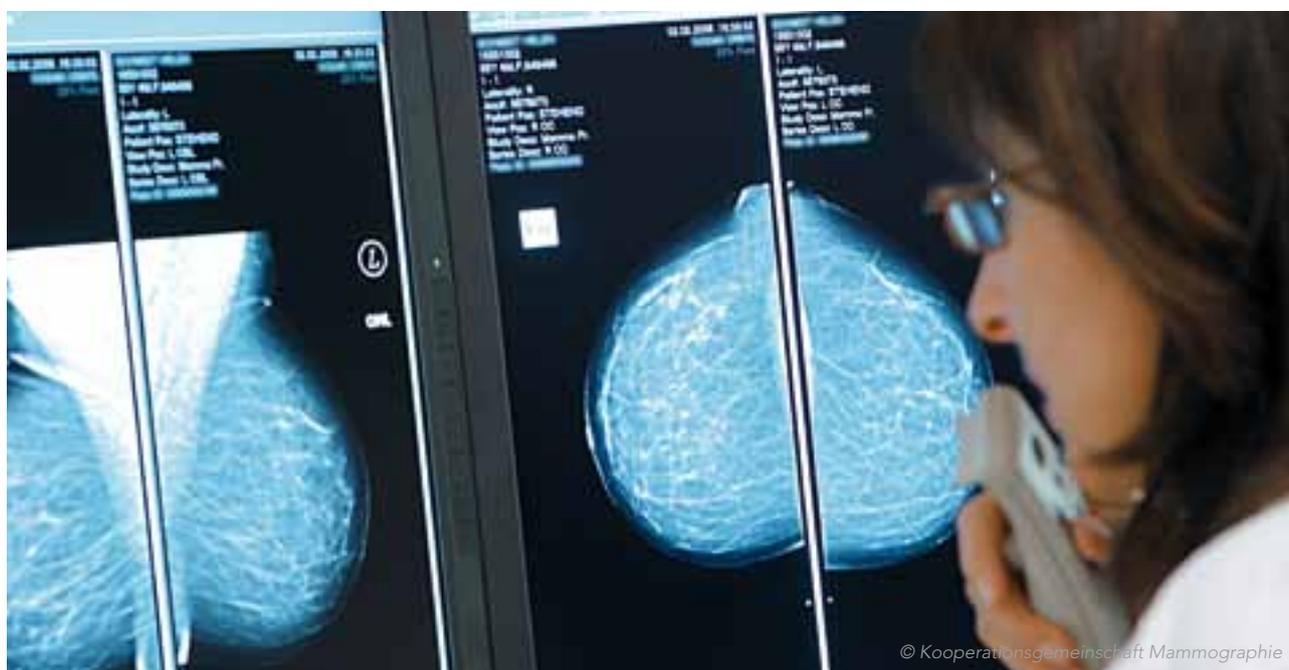
Beurteilung von Mammographieaufnahmen (Fallsammlung) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß Abschnitt C

Anzahl Prüfungen	1. Prüfung	Wiederholungsprüfung
	2	1
▶ davon bestanden	1	1
▶ davon nicht bestanden	1	0

Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D

Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben*	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung
	10	0

▶ davon erfolgreiche Teilnahme*	7	0
▶ davon nicht erfolgreiche Teilnahme*	3	0
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 11 Abs. 2e)		0
▶ davon bestanden		0
▶ davon nicht bestanden		0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen (§ 11 Abs. 3b)		0
▶ davon bestanden		0
▶ davon nicht bestanden		0
Widerruf der Genehmigung (§ 11 Abs. 3c)		1



© Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Überprüfung der Dokumentation im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung nach Abschnitt E

Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 7 a) innerhalb von sechs Monaten	Wiederholungsprüfung nach § 11 Abs. 7 b innerhalb von drei Monaten
▶ davon erfüllt	20	0	0
▶ davon nicht erfüllt	entfällt	0	0
▶ davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel (§ 12 Abs. 7a)	0	entfällt	entfällt



► davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel (§ 12 Abs. 7b)	0	entfällt	entfällt
Widerruf der Genehmigung (§ 12 Abs. 7)	0		

Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen oder Widerrufe § 14 Abs. 5

Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 a nicht nachgekommen sind (§ 11 Abs. 1)	1
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 b nicht nachgekommen sind (§ 14 Abs.5)	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 c nicht nachgekommen sind	0
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	0

2.2.7. Psychotherapie

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 01.01.1999, zuletzt geändert: 01.01.2008

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 18.04.2009



Verwaltungsaufwand

Anzahl beschiedener Anträge (<i>Verfahren, nicht Therapeuten</i>)	227
▶ davon Anzahl Genehmigungen	223
▶ davon Anzahl Ablehnungen	4

Richtlinienverfahren – Genehmigungen (Stand 31.12.2009)

Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren (<i>Stand 31.12.2009</i>)	231
▶ davon Ärzte	109

Richtlinienverfahren – im Einzelnen

	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
▶ Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	116	22	9
▶ davon Ärzte	82	11	4
▶ Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	106	37	18
▶ davon Ärzte	29	9	5
▶ Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	22	8	4
▶ davon Ärzte	12	6	0

Richtlinienverfahren – Befreiung von der Gutachterpflicht

Anzahl Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht	172
▶ davon Ärzte	47

Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren – Genehmigungen (Stand 31.12.2009)

Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	1720
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	205
▶ davon Ärzte	140
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	92
▶ davon Ärzte	49
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	99
▶ davon Ärzte	60

2.2.8. Strahlendiagnostik/-therapie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.10.2009

Allgemeine Radiographie	Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VIII und XI)
Computertomographie	Anlage I – Klasse VIII
Osteodensitometrie	Anlage I – Klasse XI und Anlage III – Klasse VI
Strahlentherapie	Anlage II
Nuklearmedizin	Anlage III, nach Klassen I-V

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Röntgendiagnostik und Computertomographie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1992, zuletzt geändert: 13.03.1997

2.2.8.1. Allgemeine Radiographie

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Radiographie (Stand 31.12.2009)	394
Anzahl beschiedener Anträge	18
▶ davon Anzahl Genehmigungen	17
▶ davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)

Anzahl geprüfter Ärzte – allgemeine Radiographie	15	
▶ davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	15	
▶ davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	0	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routine- prüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängel- prüfung“
▶ davon ohne Beanstandungen	0	0
▶ davon mit geringen Beanstandungen	9	0
▶ davon mit erheblichen Beanstandungen	4	0
▶ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	2	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	10	

Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0

2.2.8.2. Computertomographie

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Computertomographie (Stand 31.12.2009)	65
Anzahl beschiedener Anträge	8
▶ davon Anzahl Genehmigungen	8
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3
▶ davon bestanden	3
▶ davon nicht bestanden	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)

Anzahl geprüfter Ärzte – Computertomographie	2	
▶ davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	2	
▶ davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	0	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
▶ davon ohne Beanstandungen	0	0
▶ davon mit geringen Beanstandungen	2	0



▶ davon mit erheblichen Beanstandungen	0	0
▶ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	

2.2.8.3. Osteodensitometrie

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Osteodensitometrie (Stand 31.12.2009)	42
Anzahl beschiedener Anträge	1
▶ davon Anzahl Genehmigungen	1
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1
▶ davon bestanden	1
▶ davon nicht bestanden	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

2.2.8.4. Strahlentherapie

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Strahlentherapie (Stand 31.12.2009)	10
Anzahl beschiedener Anträge	0



Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

2.2.8.5. Nuklearmedizin

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Nuklearmedizin (Stand 31.12.2009)	22
Anzahl beschiedener Anträge	2
▶ davon Anzahl Genehmigungen	2
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2



2.2.9. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1991, zuletzt geändert: 01.01.2003

Genehmigungen/Versorgung

Anzahl Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2009)*	11
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte	21
Anzahl beschiedener Anträge	5
▶ davon Anzahl Genehmigungen	5
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	22

Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)

Anzahl geprüfter Ärzte	9
Anzahl geprüfter Fälle	29
▶ davon ohne Beanstandungen	22
▶ davon mit geringen Beanstandungen	1
▶ davon mit erheblichen Beanstandungen	3
▶ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	3

5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)

Anzahl geprüfter Fälle	17
▶ davon ohne Beanstandungen	17
▶ davon mit Beanstandungen	0

Patienten

Anzahl Patienten im Jahr 2009	353
-------------------------------	-----

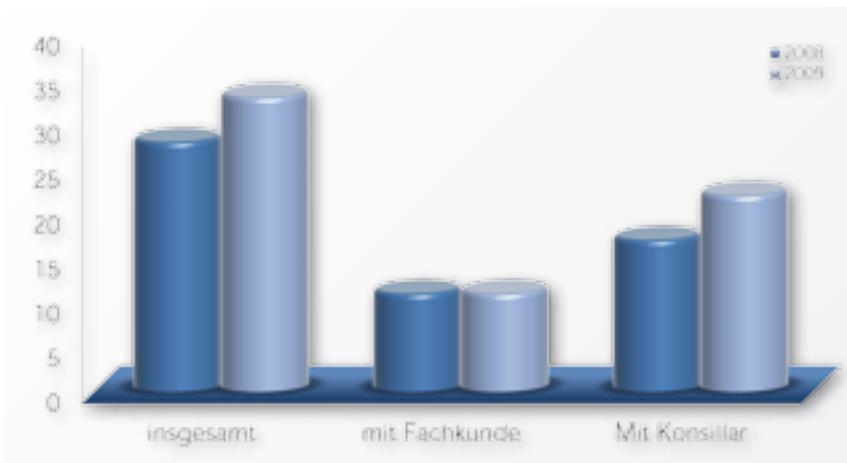
An-/Abmeldungen

Summe Anzahl Patientenmeldungen und -abmeldungen im Jahr 2009	149
---	-----

Bemerkung

* ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen

Substituierende Ärzte 2008 bis 2009 (Abb. 1)



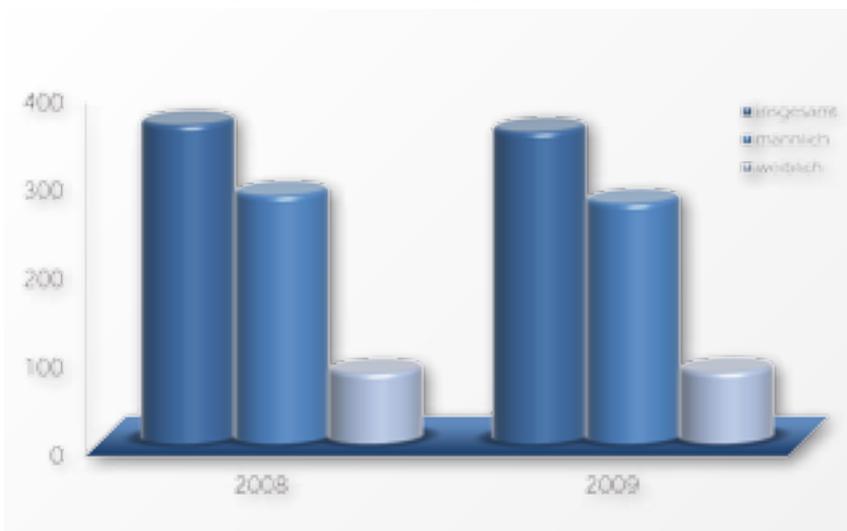
zu Abb. 1

Jahr	insgesamt	mit Fachkunde	mit Konsiliar
2008	28	11	17
2009	33	11	22

zu Abb. 2

Jahr	2008	2009
insgesamt	361	353
männlich	281	272
weiblich	80	81

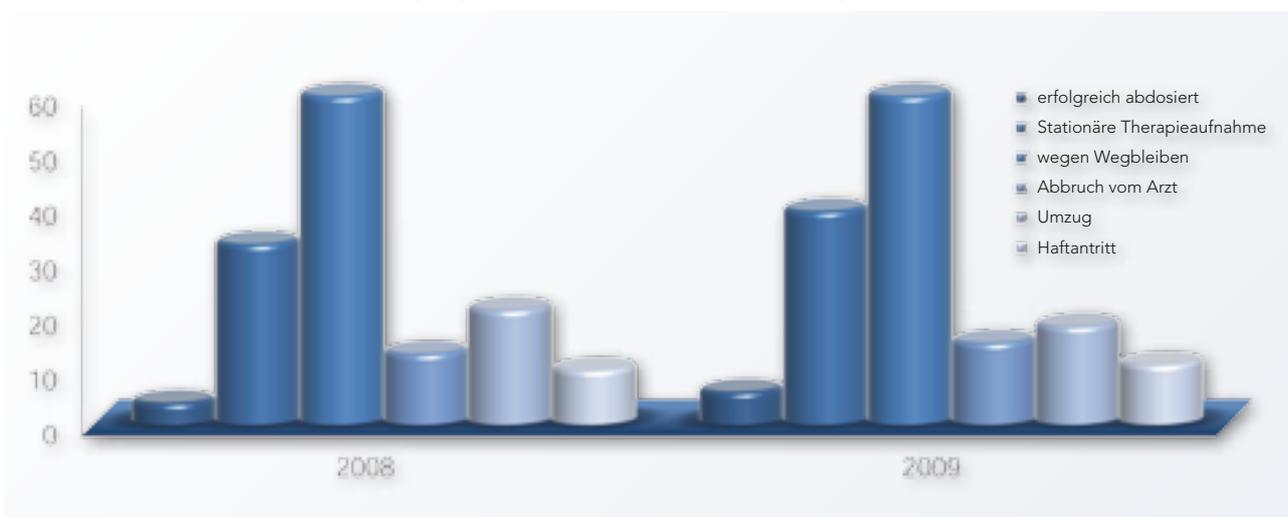
Substitutionsgestützte Behandlungen 2008 bis 2009 (Abb. 2)



zu Abb. 3

Beendigungen	2008	2009
insgesamt, davon	148	149
erfolgreich abdosiert	4	6
Stationäre Therapieaufnahme	33	39
wegen Wegbleiben	60	60
Abbruch vom Arzt	13	15
Umzug	21	18
Haftantritt	10	11

Beendigungen von Substitutionsbehandlungen (Abb. 3)



2.2.10. Ultraschalldiagnostik

Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 01.04.2009, zuletzt geändert 01.07.2009; zuvor 1. Neufassung 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.04.2005

Die Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V wurde neu gefasst und trat zum 1. April 2009 in Kraft. Mit der Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung werden zum einen medizinisch-technische Weiterentwicklungen berücksichtigt und zum anderen zwischenzeitliche Änderungen der Weiterbildungsordnung und des EBM Rechnung getragen. Diese Vereinbarung ist in den Vereinbarungstext und folgende fünf Anlagen gegliedert:

- ▶ **Anlagen I und II** – Anforderungen an die fachliche Befähigung (zu erbringende Untersuchungszahlen, Tätigkeitszeiten, Ultraschall-Kurse)
- ▶ **Anlage III** – Anforderungen an die apparative Ausstattung,
- ▶ **Anlage IV** – Glossar – medizintechnische Begriffe für die Gewährleistungserklärung,
- ▶ **Anlage V** – Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte)

Kernpunkte der neuen Ultraschall-Vereinbarung sind die Angaben (Indikation, Befund, Diagnose, notwendige Konsequenzen) für die Dokumentation. Diese Angaben, einschließlich der dazugehörigen Bilddokumentationen, werden auf Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit wie bisher im Rahmen von Stichproben überprüft. Die Stichprobenprüfung wird künftig jährlich bei mindestens drei Prozent der Ärzte durchgeführt. Dazu werden pro Arzt fünf Bild- und Schriftdokumentationen von Ultraschalluntersuchungen angefordert und der Sonographie-Kommission zur Begutachtung vorgelegt. Erstmals werden in der Ultraschall-Vereinbarung Dokumentationsstandards definiert, die bei der ärztlichen Dokumentation und auch



© Siemens-Pressbild

bei der Bilddokumentation zu berücksichtigen sind. Die Inhalte der Anforderungen an die ärztliche Dokumentation

sind in § 10 und die Anforderungen an die Bilddokumentation für die jeweilige Anwendungs-kategorie in der Anlage III Nr. 6

der Vereinbarung definiert. Weitergehende Dokumentationspflichten, z. B. im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge und der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte, sind entsprechend zu beachten. Grundsätzlich gilt, dass Ultraschallgeräte die in der Anlage III der Vereinbarung aufgeführten Mindestanforderungen für die einzelnen Anwendungsklassen erfüllen müssen. Die Einhaltung der Mindestanforderungen ist im Rahmen der Abnahmeprüfung gegenüber der KV nachzuweisen. Zusätzlich zur Gewährleistungserklärung muss künftig, je nach Anwendungsklasse, eine selbst ausgewählte Bilddokumentation vorgelegt werden, die nicht älter als drei Monate sein darf und der technischen Bildqualität entsprechen muss. Wird das Ultraschallgerät für mehrere Anwendungsklassen verwendet, reicht die Vorlage der Bilddokumentation einer Anwendungsklasse aus. Ultraschallgeräte, die derzeit betrieben werden,

können bis zum 31. März 2013 weiter verwendet werden. Innerhalb dieser Zeit ist der Kassenärztlichen Vereinigung vom Betreiber nachzuweisen, dass das Gerät die apparativen Mindestanforderungen nach der neuen Vereinbarung erfüllt. Dies kann, wie bisher praktiziert, durch eine Gewährleistungserklärung des Herstellers oder der Lieferfirma des Ultraschallgerätes erfolgen. Bis zum 31. März 2010 sind der KV Typ und Baujahr aller Ultraschallgeräte, die in den Praxen betrieben werden – unabhängig von bisherigen Informationen – mitzuteilen. Auch bei diesen Änderungen hat eine Abnahmeprüfung, d. h. die Vorlage einer selbst ausgewählten Bilddokumentation, zu erfolgen. Zur Sicherung einer gleichbleibenden technischen Bildqualität ist alle vier Jahre eine Konstanzprüfung des Ultraschallgerätes vorgesehen, da insbesondere Schallköpfe Alterungsprozessen unterliegen können mit der Folge, dass Details zuneh-

mend schlechter dargestellt werden. Dazu fordert die KV eine vom Arzt ausgewählte aktuelle Bilddokumentation zur Beurteilung durch die Sonographie-Kommission an, die nicht älter als sechs Monate sein sollte. Die Überprüfung der technischen Bildqualität erfolgt gemäß § 9.2 der Vereinbarung anhand charakteristischer Bildmerkmale, wie sie in Anlage III festgeschrieben sind. Entscheidend ist, dass aus der Bilddokumentation eindeutig hervorgeht, dass die Ultraschallaufnahme mit dem genehmigten Ultraschallgerät erstellt wurde! Vor erstmaliger Inbetriebnahme des Gerätes muss die Einweisung durch eine geeignete Person in die sachgerechte Handhabung, Anwendung und den Betrieb des Ultraschallgerätes erfolgen, die zu dokumentieren ist und von der Kassenärztlichen Vereinigung angefordert werden kann. Zur Vereinheitlichung der Anzeige von apparativen Nachweisen erarbeitet die KVMV Formblätter.

2.2.10.1. Genehmigungserteilung

Genehmigungen

	01.01.2009	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung*)	1070	1103
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte/Anwendungsbereiche**)	neu	erneut
	111/252	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen	109/210	0
▶ davon Anzahl Ablehnungen	2/42	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7
	10	0
▶ davon bestanden	9	0
▶ davon nicht bestanden	1	0
Anzahl der Widerrufe (Ärzte/Genehmigungsbereiche**)		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung (Ärzte/Genehmigungsbereiche**)		0
Bemerkungen		
*) Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen		
**) Anzahl der Ärzte und Anzahl der Verwaltungsakte (Anwendungsbereiche/Anwendungsklassen/Betriebsstätten) insgesamt		

2.2.10.2. Genehmigungstand

Anwendungsbereiche	Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2009
AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	25
AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges	18
AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	18
AB 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	71 und für 54 Kinder
AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (<i>einschließl. Speicheldrüsen</i>), B-Modus	41 und für 10 Kinder
AB 3.3 Schilddrüse, B-Modus	374 und für 49 Kinder
AB 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	65
AB 4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	0
AB 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	5
AB 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	0
AB 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	27
AB 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	0
AB 5.1 Thoraxorgane (<i>ohne Herz</i>), B-Modus, transkutan	61
AB 5.2 Thoraxorgane (<i>ohne Herz</i>), B-Modus, transkavitär	0
AB 6.1 Brustdrüse, B-Modus	74
AB 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan	478
AB 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (<i>Rektum</i>)	4
AB 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (<i>Magen-Darm</i>)	0
AB 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	79
AB 8.1 Urogenitalorgane, B-Modus, transkutan	100 und für 6 Kinder
AB 8.2 Urogenitalorgane, B-Modus, transkavitär	64
AB 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus	206
AB 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	199
AB 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	38
AB 10.1 Bewegungsorgane (<i>ohne Säuglingshüfte</i>), B-Modus	85 und für 75 Kinder
AB 10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	91
AB 11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	38

AB 12.1	Haut, B-Modus	1
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	1
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	74 und für 1 Kind
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	45 und für 1 Kind
AB 20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	0
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	9
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	35 und für 1 Kind
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	56 und für 2 Kinder
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	13
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	47
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	0
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	34 und für 5 Kinder
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	9
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	64
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	0
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	5
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex) Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	0
AB 22.1	Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System	12

2.2.10.3. Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Baujahre der US-Systeme, die bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung verwendet wurden § 16 Abs. 6 (Übergangsregelung)

Anzahl gemeldeter US-Systeme (§ 2 (c))	Anzahl	Stichtag
	1103	28.02.2010
▶ davon Systeme mit Baujahr*: vor 1990		0
▶ davon Systeme mit Baujahr*: 1990 bis 1994		44
▶ davon Systeme mit Baujahr*: 1995 bis 1999		158
▶ davon Systeme mit Baujahr*: 2000 bis 2004		278
▶ davon Systeme mit Baujahr*: 2005 bis heute		623
Bemerkung		
* Baujahr der Hauptkomponente des Systems		

Apparative Ausstattung § 9 (Abnahmeprüfung)

Anzahl abgenommener US-Systeme (§ 2 (c))	01.01.2009		31.12.2009	
		0		8
Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	neue Systeme	Erweiterungen	Alt-systeme*	
	8	0	0	
▶ davon US-Systeme ohne Beanstandungen	8	0	0	
▶ davon mit Beanstandungen (insgesamt)	0	0	0	

bei Beanstandungen:

Baujahr** des Systems: vor 1990	0	0	0
Baujahr** des Systems: 1990 bis 1994	0	0	0
Baujahr** des Systems: 1995 bis 1999	0	0	0
Baujahr** des Systems: 2000 bis 2004	0	0	0
Baujahr** des Systems: 2005 bis heute	0	0	0

Bemerkungen

* mit dem Wort Altsysteme sind alle US-Systeme gemeint, die gem. § 16 Abs. 4 geprüft werden. In Kauf genommen ist mit dieser Abfrage, dass bei Beanstandungen ggf. eine erneute Abnahmeprüfung durch den Arzt beantragt wird

** Baujahr der Hauptkomponente des Systems



Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3: 4 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)

Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	0
▶ davon US-Systeme ohne Beanstandungen	0
▶ davon mit Beanstandungen	0
Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 13 Abs. 6)	0
▶ davon US-Systeme ohne Beanstandungen	0
▶ davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe (gerätebezogene)	0
▶ davon wg. Beanstandungen in der Wiederholungsprüfung	0
▶ davon wg. Nichtvorlegen von Dokumentationen	0

2.2.10.4. Dokumentationsprüfungen**Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11****Anzahl Prüfungen:**

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter Ärzte	29	1
▶ davon ohne Mängel	4	0
▶ davon mit Mängeln	25	1

Ergebnisse der Prüfungen:*(ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)*

Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bem.: gemeint ist die Anzahl der geprüften Ultraschalluntersuchungen, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	348	12
▶ davon ohne Beanstandungen	236	8
▶ davon mit Beanstandungen	112	4

Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:

*) ▶ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	0	0
*) ▶ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	28	1
*) ▶ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	0	0
*) ▶ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-) Diagnose	0	0



*) ▶ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	0	0
---	---	---

Beanstandungen der **Bilddokumentation**:

*) ▶ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	84	3
*) ▶ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	0	0
*) ▶ darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	0	0
Anzahl Kolloquien (§ 11 Abs. 6)		0
▶ davon bestanden		0
▶ davon nicht bestanden		0
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	Ärzte	Anwendungs- bereiche
	0	0
Bemerkung		
*) Mehrfachnennungen möglich		

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)

Anzahl geprüfter Ärzte	30	
▶ davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	29	
▶ davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	1	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 Prozent der abrechnenden Ärzte lag	keine	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	keine	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routine- prüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängel- prüfung“
▶ davon ohne Beanstandungen	4	0
▶ davon mit geringen Beanstandungen	13	0
▶ davon mit erheblichen Beanstandungen	1	1
▶ davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	11	0



Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	26
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0
▶ davon bestanden	0
▶ davon nicht bestanden	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0
▶ davon ohne Mängel	0
▶ davon mit Mängel	0

2.2.10.5. Säuglingshütte

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung (Stand 01.01.2009)	91	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2009)	91	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 11 Abs. 3 S. 5)
▶ davon Anzahl Genehmigungen	3	0
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
▶ davon bestanden	0	
▶ davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3	

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)

Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i. V. m. § 3)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		1	0	0	0	0	0	3
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis in Stufe II und in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		4	0	0	0	0	0	0
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs. 2)	Stufe II	schriftliche Doku.		bildliche Doku.		schriftliche und bildliche Doku.		
		0		8		10		
Anzahl Beurteilungen	Stufe III	schriftliche Doku.		bildliche Doku.		schriftliche und bildliche Doku.		
		0		0		0		
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9	Wiederholungsprüfung 6 Monate		Wiederholungsprüfung 3 Monate		Widerruf		
		1	3	0	0	0		

Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		8	2	4	0	1	0	9
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis in Stufe II und in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		22	0	1	1	0	0	0
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)	sachgerecht gem. § 9	erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate		Widerruf				
		14	10	0				

Beurteilung erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
		4	0	1	0	0	0	0
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis in Stufe II und in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		5	0	0	0	0	0	0
Ergebnis erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4)	sachgerecht gem. § 9	Widerruf						
		5	0					

2.2.10.6. Die Sonografiekommission der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vopommern

Zwei Gynäkologen, zwei Internisten, ein Allgemeinmediziner, ein Kinderarzt sowie ein Orthopäde bilden die sieben Mitglieder dieser Kommission. Sechs mal im Jahr, auch nach Bedarf – zum Beispiel zu einem Kolloquium – treffen sich deren Mitglieder.

Der Gynäkologe Dr. med. Wilhelm Severin aus Ludwigslust führt seit November 1993 den Vorsitz in der Sonografiekommission.

Interview mit Dr. Wilhelm Severin – Gynäkologe aus Ludwigslust

Welche Aufgaben hat die Sonografiekommission?

Die Sonografiekommission der KV Mecklenburg-Vorpommern arbeitet im Auftrag des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung.

Grundlage unserer Arbeit ist die Ultraschallvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V, die seit dem 1. April 2009 gültig ist. Außerdem gehören die Richtlinien

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Auswahl, zum Umfang und zum Verfahren der Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136, kurz auch „Qualitätsprüfungsrichtlinie“ genannt, vom 18. April 2006 dazu.

Als beratendes Gremium für den Vorstand hat die Sonografiekommission verschiedene Aufgabenbereiche.

Erstens hat sie die Aufgabe, Anträge auf Genehmigung

zur Durchführung und Abrechnung von Ultraschall-Leistungen zu prüfen. Das betrifft den Erwerb der fachlichen Befähigung.

Weiterhin ist festzustellen, ob abweichende Tätigkeiten bzw. Ausbildungen die Voraussetzung für ein Kolloquium ausreichend erfüllen. Kolloquien sind immer dann erforderlich,

wenn die Befähigung nicht nach der

„Qualität muss belohnt werden. Für fehlende Qualität kann nicht das gleiche Honorar gezahlt werden.“



Weiterbildungsordnung, also nicht nach dem § 4 der Sonografie-Vereinbarung erworben wurde.

Im Kolloquium werden praktische Fähigkeiten, anatomische Kenntnisse und Kenntnisse der pathologischen Sono-Anatomie kontrolliert. Die Vorlage von Bilddokumentationen ist dabei Bestandteil des Kolloquiums.

Ein weiterer Aufgabenpunkt sind die Stichprobenprüfungen. Gegenwärtig werden von mindestens drei Prozent der Ärzte mit der Genehmigung zur Sonografieabrechnung Unterlagen von je fünf Patienten geprüft. Die Patienten werden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Bestandteil der Dokumentation sind Indikation, Stellungnahme zur sonografischen Untersuchung, die Beurteilung der Befunde und Schlussfolgerung für Diagnostik und Therapie. Bei nicht erfolgter Erfüllung dieser Anforderungen werden erneut von je fünf Patienten die Dokumentationen geprüft. Werden auch hier die Anforderungen nicht erfüllt, kann dann innerhalb von sechs Wochen in einem Kolloquium die Fähigkeit entsprechend nachgewiesen werden. Bei negativem Ausgang des Kolloquiums ist nach § 11 die Genehmigung zur Abrechnung sonografischer Leistungen zu widerrufen.

Weiterhin überprüft die Kommission, ob die verwendeten Ultraschallsysteme den Mindestanforderungen entsprechen (Abnahmeprüfung).

Konstanzprüfungen (nach § 13), die frühestens vier Jahre nach der Abnahmeprüfung durchgeführt werden, sollen über den technischen Leistungsstand bzw. die technische Leistungsfähigkeit des verwendeten Ultraschallsystems Auskunft geben. Geprüft wird dabei, wie hoch die technische Wiedergabequalität des Gerätes nach Ablauf einer konstanten Nutzungszeit ist.

Seit 2009 gibt es die neue, bundeseinheitliche Ultraschallvereinbarung.

Sind Sie mit dieser Vereinbarung zufrieden oder hätte darin das Augenmerk auf andere Dinge gelegt werden müssen?

Die Vereinbarung hat die bisher gültige Vereinbarung von 1993 in der Fassung vom 1. April 2005 abgelöst. Positiv ist darin die exakte Auflistung in den Anlagen, wie z. B. die geforderten Sonografien im entsprechenden Ausbildungsgang für jeden einzelnen Anwendungsbereich oder die geforderte apparative Ausstattung für jeden Anwendungsbereich, zu bewerten. Nicht zufriedenstellend ist für mich eine Zurücknahme der in der alten Vereinbarung geforderten Tätigkeit zum Erwerb der fachlichen Fähigkeit. Während wir in der alten Fassung noch eine viermonatige ständige, bzw. 24-Monate-begleitende Tätigkeit aufgeführt haben, erscheint jetzt die Forderung nach einer 18-Monate-begleitenden Tätigkeit ausreichend, um Kenntnisse in der Ultraschalldiagnostik zu erwerben. Diese Festlegung und auch die Festlegung für den Befähigungserwerb nach § 7 – computergestützte Fortbildung – sind sicherlich den Bedingungen in den Kliniken geschuldet. In der Qualität der Ausbildung sehe ich jedoch keinen Fortschritt, sondern einen Verlust. Eine ungünstige Tatsache, wenn wir die Qualitätssicherung der ärztlichen Arbeit durch uns Ärzte allein bewältigen wollen.

Wer profitiert von der Arbeit der Kommission?

Die Ultraschallkommission versteht sich als ein kollegial arbeitendes Gremium, das in erster Linie durch begutachtende Hinweise die Qualität der ärztlichen Arbeit beurteilen und verbessern möchte. Keine Kollegin und kein Kollege sollte sich persönlich durch unsere Beurteilung kritisiert sehen. Bei Nichterfüllung entsprechender Anforderungen kön-

nen aber auch Honorare gekürzt bzw. gestrichen werden. Somit profitieren die Selbstverwaltung und auch die abrechnenden Ärzte von unserer Arbeit. Qualität muss belohnt werden. Für fehlende Qualität kann nicht das gleiche Honorar gezahlt werden.

Was hat sich in den vergangenen Jahren in der Kommissionsarbeit geändert?

Kolleginnen und Kollegen haben seit Jahren die Möglichkeit, mit den Mitgliedern der Ultraschallkommission und deren Sachverständigen persönlich in einem Gespräch Klärung zu erfahren. Weiterhin haben wir Vorträge in den Jahren 2008 und 2009 angeboten, besonders zum Thema Sonografie der Säuglingshüfte, an denen in zwei Veranstaltungen ca. 100 niedergelassene Kollegen teilnahmen. Auch zur Sonografie der Nieren, Oberbauchsonografie und Schilddrüsenultraschall gab es Veranstaltungen.

Sie können feststellen, dass sich die Akzeptanz unserer Arbeit trotz mancher persönlichen Missverständnisse und Hinterfragungen Einzelner in den letzten Jahren verbessert hat. Widersprüche gegen einzelne Beurteilungen gibt es natürlich. Viele Kollegen bedanken sich allerdings für die Kritik und die konstruktiven Hinweise.

Wie sehen Sie die Zukunft der Kommissionsarbeit?

Eine wesentliche Veränderung der Arbeit unserer Kommission sehe ich zur Zeit nicht. Wir wollen das Niveau halten.

2.2.11. Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Vereinbarungen von Qualifikationsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.07.1992, zuletzt geändert: 01.10.2007

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2009)	12		
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	nach Widerruf gem. § 8 Abs. 4
	0	0	0
▶ davon Anzahl Genehmigungen	0	0	0
▶ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0
Anzahl Prüfungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 (Präparateprüfung)	0		
Praxisbegehungen § 11 Abs. 2	0		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung (§ 7 Abs. 6)	Mängel in der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4)	
	0	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess

Anzahl geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 3)	6
▶ davon bestanden	6
▶ davon nicht bestanden	0
Anzahl Wiederholungsprüfungen (§ 7 Abs. 6)	0
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 6)	0
Anzahl Widerrufe (§ 7 Abs. 6)	0

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztliche Dokumentation	72
▶ davon ohne Beanstandungen	72
▶ davon ohne Beanstandungen der Präparatequalität jedoch mit Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation	0

▶ davon mit Beanstandungen der Präparatequalität aber ohne Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation	0
▶ davon sowohl mit Beanstandungen der Präparatequalität als auch der ärztlichen Dokumentation	0

Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess

Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	6
▶ davon ohne Auffälligkeiten	6
▶ davon mit Auffälligkeiten	0
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	0
Anzahl Kolloquien	0

Jahresstatistik 2008 – Zusammenfassung

	Summen zu allen Laboren mit <5.000 Präparaten p.a.	Summen zu allen Laboren mit ≥5.000 Präparaten p.a.
Gesamtzahl Präparate	3'937	403'336
▶ davon nicht verwertbare Präparate	0	279
untersuchte Frauen	3'317	349'214

Externe Qualitätssicherung Zytologie – Jahres-Sammelstatistik 2008

(Stand 02.10.2009)

Anzahl Präparate pro Jahr	5.000 bis 20.000	5.000 bis 20.000	> 20.000	< 5.000	> 20.000	> 20.000	> 20.000	> 20.000	< 5.000	Variante A Summe (proz.)
Einrichtung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Gesamtzahl der Präparate	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Gesamtzahl der verwertbaren Präparate	99,94	100,00	99,83	100,00	99,96	99,77	99,97	99,91	100,00	99,93
Gesamt Gruppe I-V	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Gruppe I/II	99,23	98,59	99,62	97,10	98,38	99,02	98,97	98,64	98,84	98,77
1.1 sonstige	99,98	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,98	100,00	99,99
1.2 histologisch abgeklärt	0,02	0,00	0,00	0,00	<< 0,01	0,00	<< 0,01	0,02	0,00	0,01
1.2.1 ohne pathologischen Befund	0,00	–	–	–	0,00	–	0,00	52,63	–	40,00
1.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose	0,00	–	–	–	100,00	–	0,00	0,00	–	8,00
1.2.3 CIN II	33,33	–	–	–	0,00	–	0,00	5,26	–	8,00
1.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ	66,67	–	–	–	0,00	–	100,00	0,00	–	12,00

Anzahl Präparate pro Jahr	5.000 bis 20.000	5.000 bis 20.000	> 20.000	< 5.000	> 20.000	> 20.000	> 20.000	> 20.000	< 5.000	Variante A Summe (proz.)
Einrichtung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.2.5 primäres invasives Karzinom	0,00	–	–	–	0,00	–	0,00	5,26	–	4,00
1.2.6 Corpus Ca, andere Malignome	0,00	–	–	–	0,00	–	0,00	36,84	–	28,00
2 Gruppe III	0,24	0,48	0,11	1,90	0,50	0,34	0,15	0,31	0,41	0,31
2.1 sonstige	42,50	91,84	40,00	88,24	90,78	74,32	94,33	71,91	100,00	81,68
2.2 histologisch abgeklärt	57,50	8,16	60,00	11,76	9,22	25,68	5,67	28,09	0,00	18,32
2.2.1 ohne pathologischen Befund	8,70	25,00	13,33	0,00	23,68	42,11	12,50	13,19	–	17,50
2.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose	4,35	0,00	0,00	50,00	13,16	21,05	0,00	28,57	–	18,50
2.2.3 CIN II	17,39	50,00	6,67	0,00	18,42	0,00	0,00	15,38	–	14,00
2.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ	65,22	25,00	40,00	0,00	36,84	31,58	12,50	27,47	–	34,00
2.2.5 primäres invasives Karzinom	4,35	0,00	13,33	50,00	7,89	5,26	25,00	5,49	–	7,50
2.2.6 Corpus Ca, andere Malignome	0,00	0,00	26,67	0,00	0,00	0,00	50,00	9,89	–	8,50
3 Gruppe III D	0,45	0,77	0,17	0,89	0,94	0,37	0,71	0,88	0,54	0,75
3.1 sonstige	78,38	93,67	94,74	87,50	80,99	32,50	88,44	89,92	53,85	84,84
3.2 histologisch abgeklärt	21,62	6,33	5,26	12,50	19,01	67,50	11,56	10,08	46,15	15,16
3.2.1 ohne pathologischen Befund	0,00	0,00	0,00	0,00	1,34	0,00	1,33	1,09	0,00	1,00
3.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose	12,50	0,00	0,00	0,00	16,78	14,81	16,00	34,78	50,00	20,50
3.2.3 CIN II	12,50	60,00	0,00	0,00	38,93	37,04	32,00	40,22	16,67	36,25
3.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ	75,00	40,00	100,00	0,00	42,95	48,15	49,33	23,91	33,33	41,75
3.2.5 primäres invasives Karzinom	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	1,33	0,00	0,00	0,50
3.2.6 Corpus Ca, andere Malignome	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4 Gruppe IV a	0,02	0,14	0,08	0,11	0,16	0,26	0,14	0,15	0,21	0,15
4.1 sonstige	0,00	28,57	5,26	0,00	4,58	0,00	10,00	11,04	0,00	7,98
4.2 histologisch abgeklärt	100,00	71,43	94,74	100,00	95,42	100,00	90,00	88,96	100,00	92,02
4.2.1 ohne pathologischen Befund	0,00	10,00	0,00	0,00	1,60	0,00	0,85	0,73	0,00	1,06
4.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose	0,00	0,00	0,00	0,00	3,20	1,79	0,00	2,92	0,00	1,90
4.2.3 CIN II	0,00	30,00	5,56	0,00	8,80	7,14	8,55	14,60	0,00	10,36
4.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ	100,00	60,00	77,78	100,00	84,00	89,29	87,18	79,56	100,00	83,72
4.2.5 primäres invasives Karzinom	0,00	0,00	16,67	0,00	2,40	1,79	2,56	2,19	0,00	2,75
4.2.6 Corpus Ca, andere Malignome	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,85	0,00	0,00	0,21

Anzahl Präparate pro Jahr	5.000 bis 20.000	5.000 bis 20.000	> 20.000	< 5.000	> 20.000	> 20.000	> 20.000	> 20.000	< 5.000	Variante A Summe (proz.)
Einrichtung	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5 Gruppe IV b	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01
5.1 sonstige	25,00	0,00	0,00	–	0,00	–	9,09	22,22	–	11,76
5.2 histologisch abgeklärt	75,00	100,00	100,00	–	100,00	–	90,91	77,78	–	88,24
5.2.1 ohne pathologischen Befund	0,00	0,00	0,00	–	0,00	–	0,00	0,00	–	0,00
5.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose	0,00	0,00	0,00	–	16,67	–	0,00	0,00	–	3,33
5.2.3 CIN II	0,00	0,00	0,00	–	0,00	–	0,00	0,00	–	0,00
5.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ	100,00	100,00	100,00	–	66,67	–	70,00	57,14	–	73,33
5.2.5 primäres invasives Karzinom	0,00	0,00	0,00	–	16,67	–	20,00	28,57	–	16,67
5.2.6 Corpus Ca, andere Maglignome	0,00	0,00	0,00	–	0,00	–	10,00	14,29	–	6,67
6 Gruppe V	0,030	0,019	0,009	0,000	0,016	0,009	0,014	0,013	0,000	0,014
6.1 sonstige	40,00	0,00	0,00	–	0,00	0,00	7,69	0,00	–	6,00
6.2 histologisch abgeklärt	60,00	100,00	100,00	–	100,00	100,00	92,31	100,00	–	94,00
6.2.1 ohne pathologischen Befund	0,00	0,00	0,00	–	0,00	0,00	0,00	0,00	–	0,00
6.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose	0,00	0,00	0,00	–	0,00	0,00	0,00	0,00	–	0,00
6.2.3 CIN II	0,00	0,00	0,00	–	0,00	0,00	0,00	0,00	–	0,00
6.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ	33,33	0,00	0,00	–	15,38	50,00	16,67	15,38	–	17,02
6.2.5 primäres invasives Karzinom	66,67	100,00	100,00	–	69,23	50,00	75,00	53,85	–	68,09
6.2.6 Corpus Ca, andere Maglignome	0,00	0,00	0,00	–	15,38	0,00	8,33	30,77	–	14,89
7 Summe III/III D, IVa, IVb, V	0,77	1,41	0,38	2,90	1,62	0,98	1,03	1,36	1,16	1,23
7.1 sonstige	61,42	84,83	54,02	84,62	75,41	38,21	76,48	75,94	0,71	73,43
7.2 histologisch abgeklärt	38,58	15,17	45,98	15,38	24,59	61,79	23,52	24,06	39,29	26,57
7.2.1 ohne pathologischen Befund	4,08	9,09	5,00	0,00	3,93	6,11	1,35	4,12	0,00	3,83
7.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose	6,12	0,00	0,00	25,00	10,57	9,92	5,41	18,24	27,27	11,22
7.2.3 CIN II	12,24	36,36	5,00	0,00	22,96	18,32	15,32	20,88	9,09	19,30
7.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ	71,43	45,45	62,50	25,00	57,10	63,36	67,12	47,65	63,64	57,48
7.2.5 primäres invasives Karzinom	6,12	9,09	17,50	50,00	4,83	2,29	7,66	5,00	0,00	5,83
7.2.6 Corpus Ca, andere Maglignome	0,00	0,00	10,00	0,00	0,60	0,00	3,15	4,12	0,00	2,35
Bemerkung										
alle in der Tabelle gemachten Angaben in Prozent										

2.2.11.1. Die Zytologiekommission der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vopommern

Zu den vier Mitgliedern der Zytologiekommission gehören drei Pathologen und ein Gynäkologe. Ein- bis zweimal pro Jahr oder auch bei entsprechendem Bedarf bei Neuanträgen auf Genehmigung von zytologischen Untersuchungen der Cervix uteri kommt die Kommission zusammen. Seit zwei Jahren ist der Pathologe Dr. med. Ulf Broschewitz aus Rostock Mitglied dieser Kommission.

Interview mit Dr. med. Ulf Broschewitz – Pathologe aus Rostock

Welche Aufgaben hat die Zytologiekommission?

Die Zytologiekommission unserer KV befasst sich mit der Bearbeitung von Fragen, welche vorwiegend die gynäkologische Krebsvorsorge-zytologie betreffen. Hierzu zählt die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnung zytologischer Leistun-

gen. In diesem Zusammenhang ist die Kommission für die Durchführung der entsprechenden präparatebezogenen Zulassungsprüfung verantwortlich. Als regelmäßige jährlich wiederkehrende und aufwendige Aufgabe erfüllt die Kommission darüber hinaus die Anforderungen, die sich aus der Neufassung

der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri ergeben. Die Mitglieder unserer Kommission entstammen unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen und bedienen unterschiedliche Schwerpunkte der Kommissionsarbeit. Dr. med. Katrin Marquardt aus Schwerin ist neben ihrer Beteiligung an der Auswertung der



„Bei unserer Tätigkeit ist uns eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärztekammer, KV und Krankenhausgesellschaft wichtig, um für alle Beteiligten schädliche Reibungsverluste zu vermeiden.“

statistischen Angaben federführend bei der Publikation unserer Daten in Zeitschriften. Außerdem führt sie bereits seit zehn Jahren mit großem Engagement die nun schon zur Tradition gewordene Schweriner Zytologiefortbildung für MTAs, Fachwissenschaftler und Ärzte durch. Prof. Dr. med. Heinz-Herbert Büttner stellt als erfahrener Frauenarzt und gleichzeitiger Besitzer der Facharztqualifikation für Pathologie die Brücke zwischen den Auftraggebern der zytologischen Leistung und deren Erbringern dar. Prof. Dr. med. Malte Barten ist unser Vertreter der universitären Zytologie. Wir freuen uns, dass beide Professoren auch nach ihrer Emeritierung noch aktiv in unserer Kommission tätig sind.

Seit dem 1. Oktober 2007 ist die neue Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V für zytologische Untersuchung der Cervix uteri in Kraft getreten.

Wie verändert sie das Bild der Kommissionsarbeit?

Da die „gemeinsame Qualitätssicherungskommission gynäkologische Zytologie der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern“ bereits seit 1997 Untersuchungen auswertet, wie sie von der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung gefordert sind, handelt es sich hier für uns um keine neue Aufgabe. Sie ist mit der Zytologiekommission der KV personell deckungsgleich und setzt seit 2007 die Qualitätssicherungsarbeit in einem neuen gesetzlichen Rahmen fort. Insofern gab es in unserem Bundesland auch keine Probleme bei der Umsetzung der Regelung. Der Aufbau dieses Systems liegt in Mecklenburg-Vorpommern schon Jahre zurück. Durch die neue Qualitätssicherungsvereinbarung sind noch einige, die Strukturqualität betreffende Anforderungen hinzugekommen. Dies betrifft die regelmäßige Überprüfung einer vorgeschriebenen Menge zytologisch

ausgerichteter Fortbildungsstunden für Ärzte und Zyto-Assistenten/-innen, eine Stichprobenprüfung der Präparatequalität und ärztlichen Dokumentation sowie die Überprüfung der Einhaltung von Vorschriften über die Verfahrensweise bei der Erbringung zytologischer Leistungen in den einzelnen Einrichtungen. Kernpunkt der Qualitätssicherung Zytologie ist aus unserer Sicht die Erfassung einer Jahressammelstatistik, welche die in unserem Bundesland erstellten zytologischen Befunde mit gegebenenfalls nachfolgenden histologischen Diagnosen beinhaltet. Diese Statistiken werden jährlich von jeder zytologisch tätigen Einrichtung unseres Bundeslandes an die Kommission übersandt und von der EDV-Abteilung der Ärztekammer zu einer anonymisierten Landesstatistik zusammengefasst. Sie gibt dann einen Überblick über die Treffgenauigkeit zytologischer Befunde und weist auf eventuell vorhandene Mängel beim Screening hin. Es ist vielleicht interessant zu wissen, dass es sich bei dieser Statistik um Untersuchungen handelt, die bereits in der DDR jährlich durchgeführt wurden. Unser Motiv für die Wiederaufnahme war damals der Wunsch zu wissen, wie gut oder wie schlecht wir arbeiten und an welcher Stelle gegebenenfalls Änderungen oder Verbesserungen im Screening vorgenommen werden müssen. Darüber hinaus konnten wir feststellen, dass deutschlandweit keine validen Daten zur Qualität der gynäkologischen Krebsvorsorge vorlagen. Mit der damaligen Einführung unserer Qualitätssicherung gynäkologische Zytologie konnte erstmals auf gesicherte und vollständige statistische Daten zurückgegriffen werden. Dies hielten wir auch deshalb für wichtig, weil in der von der Pharma- und Laborindustrie beeinflussten Diskussion um die künftige Strategie des Zervix-Screenings häufig mit nicht aussagekräftigen Daten und Arbeiten argumentiert wurde. Der beispielhafte Charakter die-

ser Qualitätssicherung ist aus meiner Sicht hervorzuheben:

Es handelt sich um eine von den betreffenden Ärzten und Fachwissenschaftlern selbst initiierte, als fachlich sinnvoll angesehene Maßnahme. Sie führt zu konkreten Ergebnissen und Aussagen, die praktisch relevant sind. Es handelt sich um eine mit relativ geringem Aufwand durchgeführte Arbeit, die vergleichsweise geringe Kosten verursacht.

Die Qualitätssicherung (QS) Zytologie zeigt vorbildhaft die Möglichkeit der fruchtbaren ressourcenschonenden Kooperation von Ärztekammer und KV.

Unsere Qualitätssicherung Zytologie hat somit alle entscheidenden Eigenschaften, die eine gute Qualitätssicherungsmaßnahme haben sollte. Sie steht damit leider im Widerspruch zu einer Reihe von existierenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die nur Kosten und Datenfriedhöfe produzieren.

Gibt es aus Ihrer Sicht Notwendigkeiten, die Kommissionsarbeit zu verbessern?

Man kann sagen, dass es in jedem Jahr bei der Auswertung der QS Zytologie zu Veränderungen und Überarbeitungen des Verfahrens kam, als deren Ergebnis inzwischen ein relativ ausgereiftes Modell entstanden ist. Zwei wesentliche Verbesserungen der Aussagekraft unserer Statistik erbrachte die Hinzunahme der Screeninganamnese für alle Zervixkarzinome sowie ein anonymisierter Datenabgleich mit dem Krebsregister. Der Datenabgleich mit dem Krebsregister führte zu einer deutlichen Verbesserung der Erfassung von erkrankten Frauen, die in vielen Fällen gar nicht oder nur unregelmäßig am Screening teilgenommen haben. Die Screeninganamnese mit Registrierung der histologischen Tumortypen und -stadien lässt darüber hinaus Rückschlüsse auf das Verhält-

nis zwischen Teilnahmeverhalten und Tumorstadium zu. Mit der Screeninganamnese der Zervixkarzinome untersuchen wir die Gruppe von Erkrankungsfällen, die eigentlich durch das Screening verhindert werden soll. Die Auswertung dieser Screeninganamnesen soll Lücken und Verbesserungspotentiale des Zervixkarzinomscreenings aufdecken.

Viele Jahre wirkten Sie in der Qualitätssicherungskommission von Ärztekammer und KV und haben sich gleichzeitig engagiert um den Aufbau des Krebsregisters in M-V gekümmert.

Bitte berichten Sie aus dieser Arbeit!

Seit Gründung der Ärztekammer M-V bin ich Mitglied der gemeinsamen Qualitätssicherungsstelle von Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich habe nach dem Tode von Dr. Knut Löffler den Vorsitz übernommen. Ständige Gäste unserer regelmäßig durchgeführten Beratungen sind auch Vertreter der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommerns. Wir repräsentieren somit die wesentlichen Organisationen in der Verwaltungsstruktur der Medizin, die sich mit Qualitätssicherung befassen. Wir sehen unsere Aufgabe nicht in erster Linie im Entwerfen von Qualitätssicherungsbestimmungen. Unseres Erachtens müssen sinnvolle Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die jeweiligen Fachvertreter, d. h. Ärzte, initiiert und auf den Weg gebracht werden. Unsere Kommission kann über die Ärztekammer oder die Kassenärztliche Vereinigung die Einführung von sinnvollen Qualitätssicherungsmaßnahmen in Form von Bestimmungen und Richtlinien vorschlagen und sie im Weiteren auch begleiten. Eine andere Aufgabe sehe ich in der Eindämmung fachlich nicht sinnvoller und lediglich geld- sowie zeitverschwendender sogenannter Qualitätsmaßnahmen. Bei unserer Tätigkeit ist uns eine enge Zu-

sammenarbeit zwischen Ärztekammer, KV und Krankenhausgesellschaft wichtig, um für alle Beteiligten schädliche Reibungsverluste zu vermeiden.

Ein weiteres gutes Beispiel für die Zusammenarbeit in unserem Bundesland ist die Kooperation der niedergelassenen Pathologen mit dem Krebsregister in M-V. Diese Kooperation steht für ein sinnvolles Engagement einer Berufsgruppe, welches Vorteile für alle Krebspatienten und die an ihrer Behandlung beteiligten Ärzte bringt. Bekanntermaßen hat der vom Prinzip her durchaus zu begrüßende Datenschutz dazu geführt, dass es für viele personenbezogene Sachverhalte keine vollständigen und somit richtigen statistischen Daten mehr gibt. Das Vorhandensein unvollständiger Tumorstatistiken kann aber z. B. zu falschen epidemiologischen und gesundheitspolitischen Schlussfolgerungen führen. Auch ein Datenabgleich unserer Tumorfälle bei der Qualitätssicherung Zytologie ist nur sinnvoll mit einem qualitativ gut und vollständig geführten Krebsregister. Im Bewusstsein dieser Tatsache haben die Pathologen unseres Bundeslandes in Abstimmung mit Dr. med. Heike Zettl vom Klinischen Krebsregister Rostock ein Verfahren initiiert, welches die Vollständigkeit der Tumormeldungen in unserem Bundesland stark erhöht hat. Da jede definitive Krebsdiagnose von einem Pathologen stammt, haben die Pathologen unseres Bundeslandes auch den größten Einblick in die Daten der bei ihnen diagnostizierten Tumorfälle. Damit diese Tumordaten für die Patienten und behandelnden Onkologen nutzbringend verwendet werden können, fordern wir jeden behandelnden Arzt, dem die Tumordiagnose eines Patienten übersandt wird, schriftlich zur Tumormeldung beim Krebsregister auf. Wir senden ihm dazu sämtliche Papiere des Krebsregisters mit, die für diese Meldung erforderlich ist.

Einmal im Jahr wird ein anonymisierter Datenabgleich zwischen den dem Krebsregister gemeldeten Tumoren und den durch die Pathologen diagnostizierten Tumoren durchgeführt. Im Falle einer fehlenden Meldung wird der betreffende behandelnde Arzt des Tumorpatienten noch einmal erinnert. Über den Berufsverband der Pathologen unseres Bundeslandes wurde diese Verfahrensweise kommuniziert und hat zu einer erheblichen Verbesserung der Arbeit des Krebsregisters geführt.

2.2.12. Mammographie-Screening

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: seit 01.01.2004

Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (*Krebsfrüherkennungs-Richtlinien*), **Abschnitt B Nr. 4 – 7**, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 01.01.2004

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (*Mammographie-Vereinbarung*), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.01.2007

Genehmigungen (Stand 31.12.2009)

Programmverantwortliche Ärzte	4
▶ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsie	4
Kooperierende Ärzte:	32
▶ Befunder von Mammographieaufnahmen	15
▶ histopathologische Beurteilung	7
▶ Erbringung von Stanzbiopsien	1
▶ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsie	1
▶ ermächtigte Krankenhausärzte	8



© Kooperationsgemeinschaft Mammographie

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

Nach dem im Jahre 2006 bereits die ersten zwei Screening-Einheiten Greifswald und Schwerin ihre Tätigkeit aufgenommen hatten, konnten im Jahre 2007 auch die Screening-Einheiten Neubrandenburg und Rostock mit dem Mammographie-screening beginnen. Seit August 2007 wird nun flächendeckend das Mammographie-Screening in Mecklenburg-Vorpommern angeboten. Es wird hier digital mammographiert. Dies erspart den Radiologen in diesem Flächenland weite Wege um beispielsweise Zweitbefundungen durchzuführen. Insgesamt wurden im Jahre 2009 in den vier Screening-Einheiten 60.544 Screening-Mammographieaufnahmen erstellt.

Bereits zum zweiten Mal wurden die Screening-Einheiten in Greifswald mit einer Teilnehmerquote von 65 Prozent und in Schwerin mit einer Teilnehmerquote von 61 Prozent rezertifiziert. Die Teilnehmerquote der Screening-Einheiten Rostock lag bei 53 Prozent, die Teilnehmerquote von Neubrandenburg bei 54 Prozent. Bei diesen Screening-Einheiten erfolgt die Rezertifizierung in den kommenden Jahren. Im Durchschnitt gesehen liegen diese Teilnehmerquoten deutlich über dem des Bundesdurchschnitts.

2.2.13. Anzahl Genehmigungen in bestimmten Bereichen

Qualitätssicherungsbereich	Anzahl der Genehmigungen (Stand 31.12.2009)	Anzahl beschiedener Anträge	► davon Anzahl der Genehmigungen	► davon Anzahl der Ablehnungen	Anzahl der Widerrufe	Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Genehmigungen
Apheresen	25	0	0	0	0	2
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	52	0	0	0	0	0
Herzschrittmacher-Kontrolle	47	6	0	0	0	0
Hautkrebs-Screening	542	95	95	0	0	0
Interventionelle Radiologie	13	1	1	0	0	0
Invasive Kardiologie	3	0	0	0	0	0
Laboratoriumsuntersuchungen	195	5	4	1	0	1
Magnetresonanztomographie	44	5	5	0	0	0
Medizinische Rehabilitation	748	58	58	0	0	0
Onkologie	49	0	0	0	1	0
Otoakustische Emissionen	58	3	0	0	0	0
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	9	0	0	0	0	0
Polygraphie	41	0	0	0	0	0
Polysomnographie	4	0	0	0	0	1
Schmerztherapie	26	4	4	0	0	1
Sozialpsychiatrie	5	1	1	0	0	1
Soziotherapie	29	1	1	0	0	0
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	16	0	0	0	0	0

3. Kommissionsarbeit in der KVMV

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung. Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist deshalb in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstel-

lers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KV in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien gemäß § 75 Abs. 7 SGB V) obliegt der Geschäftsstelle Qualitätssicherung einer Kassenärztlichen Vereinigung die Geschäftsführung der Qualitätssi-

cherungskommissionen. Bei der Durchführung einer Dokumentationsprüfung durch die entsprechende Kommission übernimmt daher die Geschäftsstelle verschiedene vorbereitende und begleitende Aufgaben, dazu gehören zum Beispiel:

- ▶ Anforderung der Dokumentationen bei den zu prüfenden Vertragsärzten,
- ▶ Organisation der Kommissionsitzungen,
- ▶ Erstellung der Ergebnisniederschrift.

Kommissionen	Mitglieder
diagnostische Radiologie/ Computertomographie/Nuklearmedizin/ Strahlentherapie	1 ärztlicher Vorsitzender 7 ärztliche Mitglieder der KV 1 Medizinphysiker
Kompetenzcenter Kernspintomographie (<i>gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Bad Segeberg</i>)	2 ärztliche Mitglieder je KV
Qualitätsmanagement	4 ärztliche Mitglieder 1 Psychotherapeut
Sonographie-Kommission	6 ärztliche Mitglieder
Arthroskopie	3 ärztliche Mitglieder
Akupunktur tätig für die KVMV im Kompetenzcenter der KVSH in Bad Segeberg	2 ärztliche Mitglieder
Herzschrittmacher und Langzeit EKG	4 ärztliche Mitglieder
Koloskopie	3 ärztliche Mitglieder
Kompetenzcenter Koloskopie (<i>gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Schwerin</i>)	2 ärztliche Mitglieder je KV (<i>sind in M-V zugleich Mitglieder in der o. a. Kommission</i>)
Kompetenzcenter Dialyse (<i>gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Hamburg</i>)	2 ärztliche Mitglieder je KV
Beratende Kommission der KV zu Fragen der Apherese	3 ärztliche Mitglieder und 2 von den Landesverbänden der Krankenkassen benannte Mitglieder (<i>2 Ärzte des MDK</i>)
Photodynamische Therapie (<i>gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg, KV Bremen und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Hamburg</i>)	1 ärztliches Mitglied je KV (<i>in M-V zusätzlich 1 stellv. Mitglied</i>)
Schmerztherapie (<i>gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein mit Sitz in Hamburg</i>)	6 ärztliche Mitglieder 2 ärztliche Mitglieder aus der KVMV sind in der KV Hamburg mit tätig



Diabetologie	3 ärztliche Mitglieder
Onkologie	6 ärztliche Mitglieder
Apheresekommission	1 niedergelassener Nephrologe als Vorsitzender 1 niedergelassener Nephrologe 2 Nephrologen aus der Klinik 2 Mitglieder des MDK ohne Zusatzbezeichnung Nephrologie
Kurative Mammographie	3 ärztliche Mitglieder
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	3 Vertragsärzte, davon die Vorsitzende 2 Vertreter der Landesverbände der KK 1 Vertreter der EK
Psychotherapie-Kommission	3 Vertragsärzte, davon die Vorsitzende 1 Psychologische Psychotherapeutin
Kommission Geriatrie/Gerontopsychiatrie/ambulante geriatrische Rehabilitation	4 Vertragsärzte
Labor-Kommission	4 ärztliche Mitglieder, 1 Fachwissenschaftler der Medizin
Zytologie-Kommission	4 ärztliche Mitglieder



4. Fortbildung/Qualitätsmanagement/ Qualitätszirkel

Fortbildung

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

Seit 1. Juli 2004 müssen alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind, jeweils innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes den Nachweis über 250 erworbene Fortbildungspunkte erbringen. Dies gilt auch für psycho-

logische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachwissenschaftler der Medizin. Die Fortbildungsverpflichtung ist erfüllt, wenn innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens 250 Fortbildungspunkte in anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erworben wurden. Diese Mindestanforderung gilt auch bei anteilig ärztlicher Tätigkeit.

Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortbildung durch eine Kammer oder auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung als Fortbildungsmaßnahme anerkannt ist.

Der Nachweis der 250 Fortbildungspunkte erfolgt über ein Zertifikat der Landesärztekammer beziehungsweise der Landespsychotherapeutenkammer

oder ein vergleichbares Zertifikat, das den Anforderungen der Musterregelungen der BÄK beziehungsweise BPTK entspricht.

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

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

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern sind von dieser Regelung 2.126 Ärzte und 94 psychologische Psychotherapeuten betroffen, von denen haben 2.066 Ärzte bzw. 87 psychologische Psychotherapeuten diesen Nachweis gegenüber der KV erbracht, prozentual betrachtet sind dies 97 Prozent bzw. 93 Prozent.

Qualitätsmanagement-System

Ende 2009 sollte in jeder Vertragsarztpraxis ein Qualitätsmanagement-System (QM) existieren. Um ein solches auf die Beine zu stellen, bedarf es keines teuren zugekauften QM-Pakets, dafür aber vor allem der Teamarbeit. Einer sollte in der Praxis in punkto Qualitätsmanagement (QM) den „Hut“ der Zuständigkeit aufhaben – entweder die Erstkraft oder die QM-Beauftragte.

Trotzdem sollten aber alle im Team wissen, worum es bei QM geht und welche Gründe dafür sprechen, sich mit der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auseinander zu setzen. Was aber, wenn der Chef selbst kein Freund von QM ist und die Order ausgibt, nur das Nötigste zu machen? Arzthelferinnen berichten häufig, dass keine Zeit für die notwendige QM-

Dokumentation ist oder sie ersucht werden, Checklisten, Arbeitsanweisungen und Tabellen zuhause zu erstellen – wohlgerne in der Freizeit. Zwar drohen derzeit noch keine Sanktionen, wenn die QM-Richtlinie nicht zeitgemäß umgesetzt wird. Aber es gibt für Praxisteams gute Gründe, sich mit dem Thema professionell zu beschäftigen. DER WICHTIGSTE: Es geht um „be-

▼ zahlte Qualität“ und den Zugang zu entsprechenden Verträgen. Das alleine kann für den Praxischef das wichtigste Motiv sein, sich mit dem Qualitätsmanagement auseinanderzusetzen. Denn wer über ein QM auch Qualität bieten kann, der wird bei den gegenwärtigen Plänen in Politik und auf Selbstverwaltungsebene, Qualität in Zukunft auch zu honorieren, einen Vorteil haben. Es lohnt sich, in der Teambesprechung gemeinsam festzulegen, wie mit einem Minimum an Aufwand das vom G-BA geforderte Qualitätsmanagement als „Light-Version“ umgesetzt werden kann. Oft sind in Praxen schon viele nützliche Arbeitsbeschreibungen und Checklisten vorhanden. Die gilt es zu sichten und nach einer verständlichen Struktur in einen QM-Ordner einzusortieren. Die Systematik kann zum Beispiel den Vorgaben in Paragraph 3 der Richtlinie entsprechen oder sich an der Kapiteleinteilung von QEP, dem QM-Modell der KBV, orientieren: Patientenversorgung, Patientenrechte und Patientensicherheit, Mitarbeiter und Fortbildung, Praxisführung und -organisation sowie Qualitätsentwicklung. Ratsam ist, zuerst die risikobehafteten

Vorgänge zu sichern. Sind etwa die Hygienevorschriften umgesetzt und die Notausgänge gekennzeichnet? Gibt es eine Notfall-Checkliste und ein Verzeichnis der Notfallmedikamente? Neben der Patientensicherheit, dem Datenschutz und der Gerätesicherheit gehört die regelmäßige arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Überwachung der Praxis zu den risikorelevanten Themen, die Priorität haben. Um sich einen Überblick zu verschaffen, was bis Ende 2009 zu tun ist, hilft es, eine Selbstbewertung mit Hilfe der Richtlinie vorzunehmen und daraus einen Maßnahmenplan abzuleiten.

Der Einführungs- und Entwicklungsstand von QM muss nach Vorgabe der Richtlinie jährlich in einer Stichprobe überprüft werden. Die Stichprobe ist Grundlage für eine durch die QM-Kommission durchzuführende Bewertung über die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen QM im Bereich der KVMV. Es wurden 2,5 Prozent Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zufällig ausgewählt und gebeten, ihre Fortschritte bei der Einführung von QM schriftlich darzulegen. Die Stichprobenprüfung für das Jahr 2009 ergab im Bereich der KVMV folgende Ergebnisse:

Anzahl gezogener Teilnehmer:	58
formal inkorrekte Fragebögen:	1
nicht zugesandte Fragebögen:	4
nicht phasenkonform:	5
phasenkonform:	10
erfüllt:	38
Anzahl Beratungen:	0
Anzahl Pflichtberatungen:	0

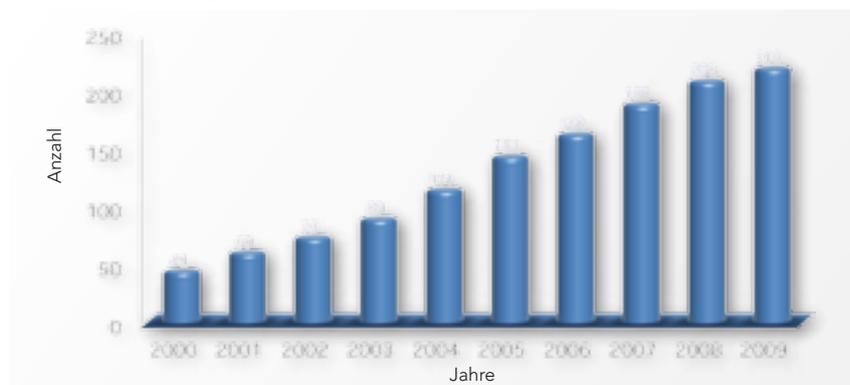
Qualitätszirkel

Ein fachlicher Austausch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten kann interdisziplinär oder fachübergreifend zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln erfolgen. Mit Unterstützung eines Moderators, in gleichberechtigter Diskussion, können die Teilnehmer ihr eigenes Handeln kritisch hinterfragen und Alternativen beraten. Die Kassenärztliche Vereinigung unterstützt ihre Mitglieder hierbei. Jährlich organisiert die KVMV eine Moderatorschulung mit professionellen Trainern auf der Grundlage entsprechender Vorstandsbeschlüsse, die eine Protokollierung, Honorierung der Moderatoren-tätigkeit und eine mit der Ärztekammer

Mecklenburg-Vorpommern abgestimmte Anerkennung im Rahmen des Fortbildungszertifikates beinhalten. Nach dem

Erhalt des Moderatorenzertifikates hat der Moderator die Möglichkeit, formlos an den Geschäftsbereich Qualitätssiche-

Entwicklung der Anzahl der Qualitätszirkel von 2000 bis 2009



▼
 rung einen Antrag auf Gründung eines Qualitätszirkels zu stellen. Nach entsprechender Prüfung durch die KVMV erhält der Antragsteller ein Anerkennungs-schreiben des Qualitätszirkels mit entsprechender Qualitätszirkel-Nummer. Des Weiteren erhält der Antragsteller von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eine Teilnehmerliste mit sei-

ner persönlichen Qualitätszirkel-Nummer, welche er zur Durchführung des Qualitätszirkels benötigt.

Der Qualitätszirkelmoderator schickt das Protokoll nach dem Zirkel mit den vorgegebenen Angaben (wie z.B. Qualitätszirkelnummer, Datum, Beginn und Ende der Veranstaltung, Name des Moderators, Thema des Qualitäts-

zirkels, Inhalt der Sitzung, Ergebnisse bzw. Beschlüsse sowie die Teilnehmerliste mit den Barcode-Etiketten) im Original 14 Tage nach Ablauf der Veranstaltung an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV. Alle vier Wochen werden die Teilnehmerlisten zur elektronischen Erfassung des Barcodes an die Ärztekammer geschickt.

5. Disease-Management-Programme (DMP)

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

An die Inhalte der Programme sind besondere Anforderungen gestellt:

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

Die Dokumentationsverpflichtung, für jedes Programm differenziert nach Ersteinschreibung und Folgebehandlung, stellt für die Ärzte einen hohen organisatorischen Aufwand dar.

Um den Aufwand für diese Dokumentationen, die für die Bewertung der Programme unerlässlich sind, hat die KBV im Jahr 2006 eine Initiative zum Bürokratieabbau gestartet. Der Dokumentationsumfang wurde deutlich reduziert und konsequent auf diejenigen Parameter begrenzt, die der Erfassung von Begleiterkrankungen, der Behandlungsplanung sowie der Qualitätssicherung und Auswertung der Programme dienen. Die Datensät-

ze wurden indikationsübergreifend zusammengefasst und die Einschreibedokumentation erheblich vereinfacht. Zudem erfolgt die Dokumentation seit Juli 2008 nur noch EDV-gestützt.

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



Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten

Verträge der KV mit Krankenkassen	AOK, vdek, BKK, IKK, LKK, Knappschaft
-----------------------------------	---------------------------------------

Ärzte

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm (Stand 31.12.2009)	1019
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1019
▶ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	47
Anzahl abrechnender ist gleich aktiv teilnehmender Praxen	824

Brustkrebs

Vertragsdaten

Verträge der KV mit Krankenkassen	AOK, vdek, BKK, IKK, LKK, Knappschaft
-----------------------------------	---------------------------------------

Ärzte

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm (Stand 31.12.2009)	176
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	176
Anzahl abrechnender ist gleich aktiv teilnehmender Ärzte	142

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten

Verträge der KV mit Krankenkassen	AOK, VdeK, Knappschaft, BKK, LKK, IKK
-----------------------------------	---------------------------------------

Ärzte

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm (Stand 31.12.2009)	998
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	998
▶ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	30
▶ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	998

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten

Verträge der KV mit Krankenkassen	AOK, vdek, BKK, IKK, LKK, Knappschaft1019
-----------------------------------	--

Ärzte

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm (Stand 31.12.2009)	51
▶ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	47
▶ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	4
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Praxen	45

Asthma bronchiale

Vertragsdaten

Verträge der KV mit Krankenkassen	AOK, Knappschaft-Bahn-See, BKK, IKK, VdAK/AEV, LKK
-----------------------------------	---

Ärzte

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm (Stand 31.12.2009)	607
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	604
▶ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	26
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte	405

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten

Verträge der KV mit Krankenkassen	AOK, Knappschaft-Bahn-See, BKK, IKK, VdAK/AEV, LKK
-----------------------------------	---

Ärzte

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm (Stand 31.12.2009)	559
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	558
▶ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	22
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	375

Service

Dr. Reinhard Wosniak	Telefon: 0385.7431-244	▶ Geschäftsbereichsleiter
Marion Rothe	Telefon: 0385.7431-376	▶ Sonographie
Renate Hahn	Telefon: 0385.7431-385	▶ Diabetologie ▶ Rheumatologie ▶ DMP Diabetes
Kerstin Holländer	Telefon: 0385.7431-383	▶ Blutreinigungsverfahren ▶ Apheresen, ESWL
Ilona Holzmann	Telefon: 0385.7431-244	▶ Qualitätszirkel ▶ Sekretariat
Martina Lanwehr	Telefon: 0385.7431-375	▶ Radiologie ▶ Nuklearmedizin ▶ Kurative Mammographie ▶ Qualitätsmanagement
Doreen Ludwig	Telefon: 0385.7431-384	▶ DMP Brustkrebs ▶ Schmerztherapie ▶ Akupunktur ▶ Hautkrebs-Screening
Kirsten Martensen	Telefon: 0385.7431-243	▶ Manuelle Therapie, Physikalisch-medizinische Leistungen ▶ Humangenetik, Künstliche Befruchtung ▶ kardiorespiratorische Polygraphie und Polysomnographie ▶ Onkologie ▶ DMP Asthma/COPD
Liane Ohde	Telefon: 0385.7431-210	▶ Prävention/Rehabilitation/QS-Projekte ▶ Substitutionsgestützte Behandlung ▶ Suchtvereinbarung ▶ Mammographie-Screening
Silke Seemann	Telefon: 0385.7431-387	▶ spezielle Laboratoriumsuntersuchungen ▶ Zytologie ▶ Kardiologie (<i>Herzschrittmacher, Langzeit-EKG, invasive Kardiologie</i>)
Brit Tesch	Telefon: 0385.7431-382	▶ Ambulantes Operieren, Arthroskopie ▶ Koloskopie ▶ Photodynamische Therapie am Augenhintergrund ▶ Phototherapeutische Keratektomie
Anke Voglau	Telefon: 0385.7431-377	▶ Psychotherapie/Psychosomatik ▶ Soziotherapie ▶ Sozialpsychiatrie



ΕΙΔ
ΡΚΟΥΣ
ΟΜΝΟΛΟΓΙΑ
ΑΣΚΛΗΤΙΚΟ
ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ

...τε και πάσας ἰσότητας ποιήσεν κατὰ δύναμιν
...τὸνδε και συγγαγραφὴν τήνδε
...αὐτῷ τε τὸν διδάξαντά με τ
...ἴσα γενέτησιν ἑμοῖσιν και
...και χρεῶν χρηρίζονται μεταδ
...γένος τὸ ἐξ αὐτοῦ ἀδελφρο
...αὐτοῖσιν και διδάξεν τὴν τέχνη
...οἱ μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ κα
...αὐτῆς τε και ἀκροήσῃσιν και
...αὐτῶσιν μεταδόντων ποιήσῃ
...αὐτῶσιν του ἐμὸν ἐξ ἑστέρας

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