



Qualität und Sicherstellung in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

2012



Impressum**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Internet: www.kvmv.de

Redaktion:

Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Dr. Reinhard Wosniak (v.i.S.d.P.)

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

Layout und Satz:

Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Katrin Schilder

Fotos:

KVMV
www.pixelio.de
www.siemens.com
www.shutterstock.com
www.clipdealer.com
Kooperationsgemeinschaft Mammographie

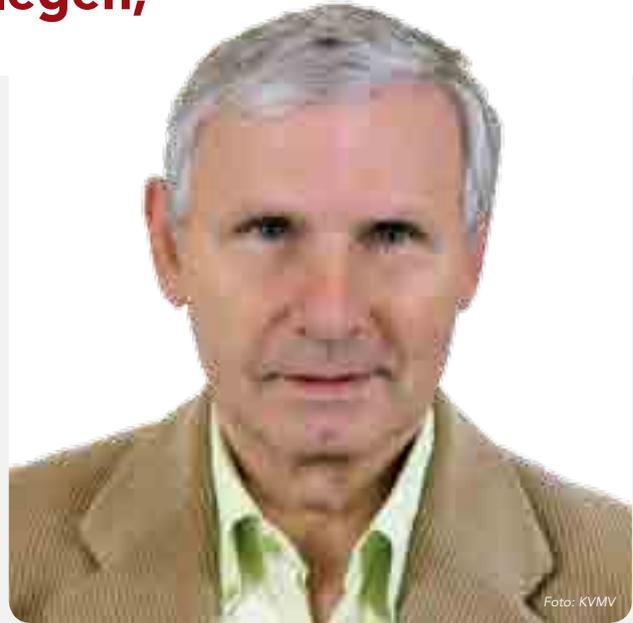
Inhaltsverzeichnis

- Vorwort – Dr. Wolfgang Eckert** 4
- Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern**..... 6
 - Herausforderungen, Perspektiven, Partnerschaften 6
 - Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen 6
 - Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern..... 7
 - Partnerschaft Politik 9
 - Ärztliche und kommunale Selbstverwaltung – gemeinsames Vorgehen im Interesse der Daseinsvorsorge 9
 - Vernetzung ambulant-stationär – Kooperation statt Konfrontation..... 10
 - Sie arbeiten für Ihr Leben gern: die niedergelassenen Ärzte als Garant der stabilen Versorgung vor Ort 11
- Stand der vertragsärztlichen Versorgung** 12
- Hohe Versorgungsqualität bei innovativen Projekten** 14
 - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)..... 15
- Ambulante Qualitätssicherung** 16
 - Schematischer Aufbau eines Genehmigungsverfahrens und deren Folgeverpflichtungen 16
- Rechtsgrundlagen** 18
- Qualitätssicherungskommissionen**..... 20
- Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen**..... 22
 - Akupunktur 23
 - Ambulante Operationen 24
 - Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren 26
 - Disease-Management-Programme (DMP)..... 27
 - Hörgeräteversorgung 29
 - Hörgeräteversorgung – Kinder..... 30
 - Koloskopie..... 31
 - Langzeit-EKG-Untersuchungen 32
 - Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)..... 33
 - Magnetresonanztomographie-Angiographie..... 34
 - Mammographie (kurativ) 35
 - Mammographie-Screening..... 36
 - Molekulargenetik..... 38
 - Onkologie..... 39
 - Strahlendiagnostik/-therapie 42
 - Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger 44
 - Ultraschalldiagnostik..... 46
 - Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri..... 50
- Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2** 52
- Qualitätsmanagement** 54
- Fortbildungsverpflichtung** 55
- Qualitätszirkel** 56
- Ansprechpartner im Geschäftsbereich Qualitätssicherung 58

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die gesundheitspolitisch artikulierte Forderung nach jährlichen Qualitätsberichten der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt mittlerweile ein Dezennium zurück. Was anfangs wie eine aus Misstrauen und Kontrollzwang geborene Auflage daherkam – und im Denken einiger Gesundheitspolitiker wohl auch war und immer noch ist – hat sich zu einem mit Selbstbewusstsein vorgebrachten Tätigkeitsbericht der ambulanten Ärzteschaft über die vielfältigen und konsequent umgesetzten Maßnahmen zur Sicherung einer hochqualitativen Patientenversorgung entwickelt. Gleichmaßen kündigt der Jahresbericht aber auch vom hohen eigenen Qualitätsanspruch der ambulanten Ärzteschaft und gibt in vielen Details direkt und indirekt Auskunft über die dynamische Entwicklung der individuellen Qualifikation und der Praxisausstattung, welche sich am modernsten Stand der Medizintechnik orientiert.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass im Zusammenhang mit der strukturellen und administrativen Aufwertung des Gemeinsamen Bundesausschusses die Diskussion der Länderberichte, die jährlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zusammengestellt und diesem Gremium vorgelegt werden müssen, deutlich an Akribie, wenn nicht Schärfe gewonnen hat und durch Krankenkassen und Patientenverbände viele Details immer hartnäckiger hinterfragt werden. Dass hier bisweilen medizinisch komplexe Vorgänge auf fachlich nicht kompetente Auffassungen treffen, kann dabei nicht



verwundern. Positiv gesehen stellt dieser Umstand eine Herausforderung auch an die Qualität der Darstellung unseres täglichen ärztlichen Tuns in der Öffentlichkeit dar – ein Grund, weswegen sich die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) seit vielen Jahren auch um eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und einen engen Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Vertretern anderer Gesundheitsberufe bemüht. Die jüngsten Umfrageergebnisse des Allensbach-Instituts, wonach 76 Prozent der Bundesbürger die Mediziner als die am höchsten geachtete Berufsgruppe ansehen, künden nicht zuletzt vom Erfolg dieser Bemühungen. ►



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, mit dem Qualitätsbericht für das Jahr 2012 erhalten Sie nun zum neunten Mal eine komplexe und umfassende Übersicht über ein Jahr innerärztliche Qualitätssicherungsarbeit, die den hohen Stand der Patientenversorgung im ambulanten Bereich unseres Bundeslandes, die tagtäglichen Bemühungen der niedergelassenen Ärzteschaft um Bewahrung, Vertiefung und innovativen Ausbau von Struktur- und Ergebnisqualität ihrer Patientenversorgung, aber auch die organisatorischen, unterstützenden und dokumentierenden Leistungen der Fachkommissionen und der Mitarbeiter des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zusammenfasst.

Zum zweiten Mal haben wir in diesem Bericht auch Aspekte der Sicherstellung, vor allem der hausärztlichen Versorgung in unserem demographisch besonders problematischen Flächenland, aufgenommen und berichten wiederum auch über ein neues Projekt, welches auf neue und mehr spezifische Weise die medizinische Versorgungsqualität verbessert.

Qualitätssicherung und Sicherstellung sind uns mehr als die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht. Wir verstehen diesen jährlichen Bericht als einen Beitrag zur Darstellung der Leistungskraft der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und empfehlen ihn

zur Lektüre überall da, wo in Zeiten eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems Entscheidungen getroffen werden.

Dr. med. Wolfgang Eckert
Vorstandsvorsitzender der KVMV

• *Wir verstehen diesen jährlichen Qualitätsbericht als einen Beitrag zur Darstellung der Leistungskraft der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und empfehlen ihn zur Lektüre überall da, wo in Zeiten eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems Entscheidungen getroffen werden.*

Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

Herausforderungen, Perspektiven, Partnerschaften

Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern hat viel Schönes zu bieten: die längste Küste und die größte Ostsee-Insel der Republik, eine einzigartige Seen- und Wasserlandschaft, die zum Teil zum Weltkulturerbe erhobenen Hansestädte sowie mehr als 2000 Gutshäuser und Schlösser; der Nordosten ist reich an natürlichen und architektonischen Schätzen. Dafür wird Mecklenburg-Vorpommern von seinen Einwohnern und seinen Gästen gleichermaßen geschätzt. Aber das Bundesland hat auch noch eine andere Seite: eine der höchsten Arbeitslosenquoten, die im Bundesdurchschnitt niedrigsten Einkommen und die bundesweit dünnste Besiedelung. Seit der Wende 1989 stieg zudem der Altersdurchschnitt der Bevölkerung rapide an, während die Einwohnerzahl um rund 15 Prozent zurückging. Diese Rahmenbedingungen sind in ihrer Kumulation sicher außergewöhn-

lich und bundesweit einmalig. Diese Faktoren haben darüber hinaus unmittelbare Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung: Erwiesenermaßen korrelieren ein hohes Durchschnittsalter, niedrige Einkommen, eine hohe Arbeitslosigkeit und ein hohes Armutsrisiko unmittelbar mit der Morbidität (Krankheitshäufigkeit) der Bevölkerung. „Armut macht krank“ ist mehr als ein Schlagwort. Dass die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung deshalb eine besondere Herausforderung darstellt, liegt auf der Hand. Einer solchen Herausforderung stellt man sich am besten mit starken Partnern. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es zahlreiche gute Beispiele dafür, wie in den vergangenen Jahren in Anbetracht der besonderen Landesstruktur Allianzen geschmiedet wurden, um die Aufgabe medizinische Versorgung gemeinsam zu meistern. ■

Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen – Gemeinsam Lösungen finden und Verantwortung übernehmen

Das erste Halbjahr 2013 war in Mecklenburg-Vorpommern durch die Umsetzung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geprägt. Hierbei kam es einmal mehr auch und gerade auf die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen an, hatten diese doch im Einvernehmen den erforderlichen Bedarfsplan aufzustellen und im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anschließend über die Zahl und die Verteilung der Arzt-sitze zu entscheiden. Nun sind die Interessen der Ärzteschaft und der Kassen nicht immer auf die gleichen Ziele gerichtet, bisweilen ist die Austragung von Konflikten unvermeidlich. Wenn es darauf ankommt, hat die gemeinsame Selbstverwaltung allerdings immer wieder ihre Handlungsfähigkeit bewiesen, so zuletzt auch bei der Bedarfsplanung. Die Umsetzung in Mecklenburg-Vorpommern wird den besonderen Anforderungen

des Bundeslandes gerecht. Insbesondere konnte durch die Nutzung der neuen regionalen Abweichungsmöglichkeiten die kleinräumige, wohnortnahe Planung der Hausarzt-sitze auf der Ebene von Mittelbereichen umgesetzt werden, ohne dass es zu Verwerfungen gekommen wäre. Besonderer Wert wurde dabei auf die Stärkung der Versorgung im ländlichen Raum gelegt. Nennenswert ist in diesem Zusammenhang darüber hinaus der Zuwachs an Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten ebenfalls vorrangig im ländlichen Raum. Hier sind zunächst 68 zusätzliche Stellen geschaffen worden, im Jahr 2014 werden voraussichtlich noch einmal circa 30 bis 40 Stellen zur Besetzung ausgeschrieben. Besonders bemerkenswert ist auch, dass sich Ärzte und Krankenkassen der Herausforderung der mittel- und langfristigen Sicherung der Versorgung stellen, indem die Kriterien für die Feststellung der drohenden Unter-

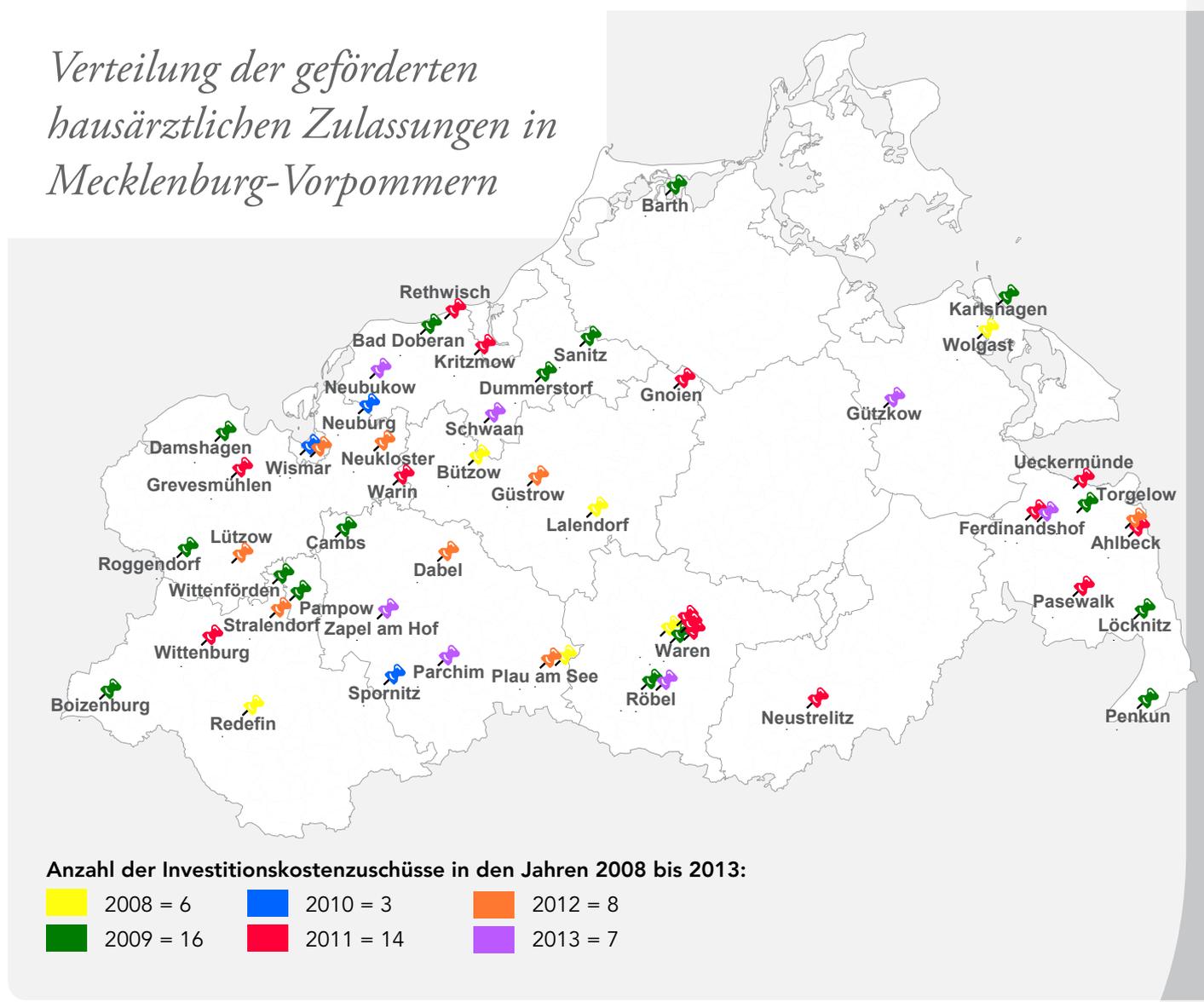


▼
 versorgung und des lokalen Versorgungsbedarfs gemeinsam im Landesausschuss festgelegt wurden. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass auch zukünftig Niederlassungen von Ärzten, Zweigpraxisgründungen, die Anstellung von Ärzten und Ähnliches finanziell in den bedrohten Gebieten gefördert werden können. Bereits

seit 2008 haben Kassen und KV gemeinsam mehr als 50 Hausärzte und fünf Fachärzte auf diese Weise in die Regionen gebracht. Die Umsetzung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie ist damit eines von vielen Beispielen für die Partnerschaft von Ärzteschaft und Krankenkassen jenseits aller Konfliktlinien. ■

Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern

Verteilung der geförderten hausärztlichen Zulassungen in Mecklenburg-Vorpommern



Stand: 2.12.2013; © KVMV; Quelle: KVMV Bedarfsplanung

Planungsbereich Mittelbereiche - Hausärztliche Versorgung

 Oberzentren

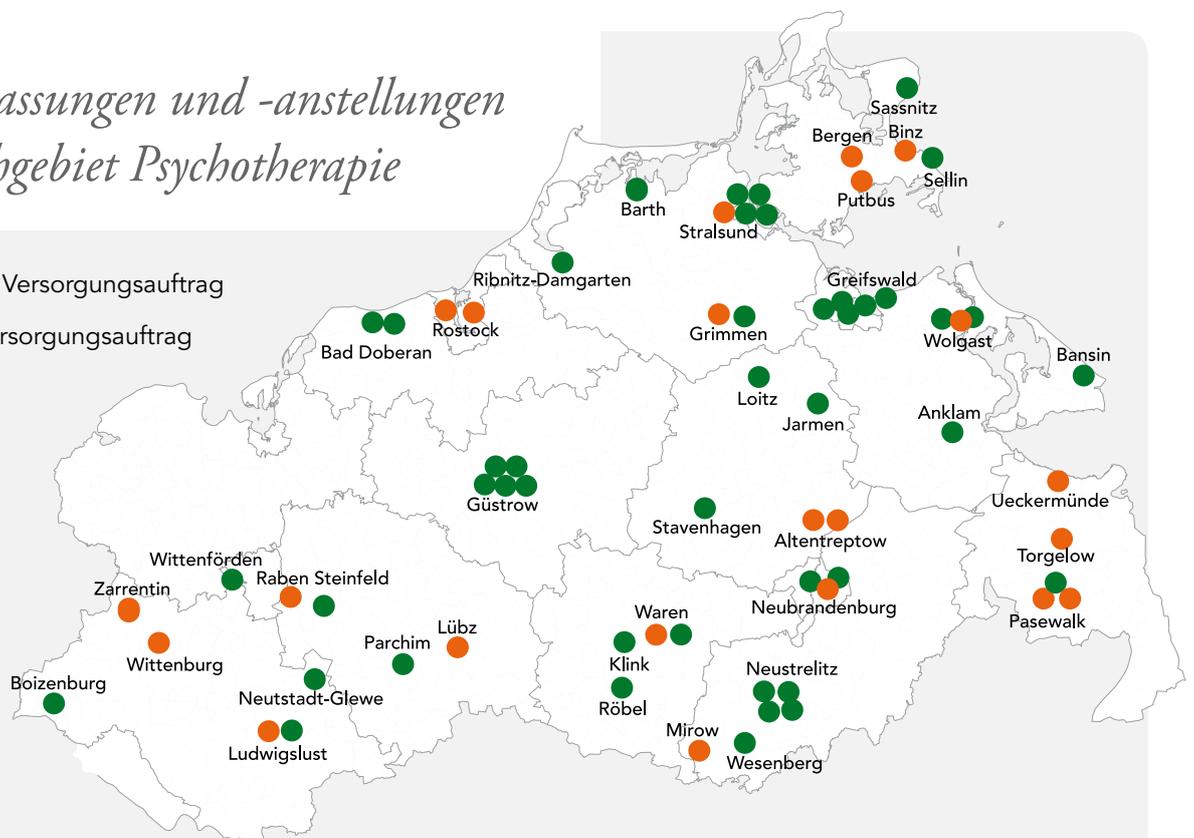


Stand: 1.10.2013; © KVMV; Quelle: KVMV Bedarfsplanung

Neuzulassungen und -anstellungen im Fachgebiet Psychotherapie

 hälftiger Versorgungsauftrag

 voller Versorgungsauftrag



Stand: 28.01.2013; © KVMV; Quelle: KVMV Bedarfsplanung

Partnerschaft Politik

Die KVMV ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts der so genannten Rechtsaufsicht des zuständigen Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Mecklenburg-Vorpommern (Sozialministerium) unterworfen. Die alltägliche Zusammenarbeit ist indessen aktuell eher von einem partnerschaftlichen Miteinander als von einem Klima der Beaufsichtigung und der Weisungsbefugnis geprägt. Auch das Sozialministerium hat sich bei der Realisierung der neuen Bedarfsplanung in

Dr. Wolfgang Eckert, Prof. Peter Schuff-Werner und Ministerin Manuela Schwesig (v. l.)

Mecklenburg-Vorpommern sehr konstruktiv eingebracht und den Umsetzungsprozess aktiv begleitet. Darüber hinaus besteht auch eine gute Zusammenarbeit im Bereich der Förderung des ärztlichen Nachwuchses, unter anderem mit einer gemeinsamen finanziellen Förderung des Praktischen Jahres. Im Rahmen der „Konzertierten Aktion“ sitzen regelmäßig Vertreter

der Kassen, der Kammer, der KV und der Krankenhäuser am Tisch mit der Ministerin, um gemeinsam Schnittstellenprobleme zu lösen, die Weiterbildung zu verbessern oder neue Versorgungsformen auf den Weg zu bringen. Und es ist fast schon gute Sitte geworden, dass die Sozialministerin Arztpraxen in Mecklenburg-Vorpommern persönlich besucht. ■



Foto: KVMV/Alwerdt

Ärztliche und kommunale Selbstverwaltung – gemeinsames Vorgehen im Interesse der Daseinsvorsorge

Seit nunmehr drei Jahren besteht eine vertragliche Partnerschaft der KVMV mit den Städte- und Gemeindegremien sowie dem Landkreistag in Mecklenburg-Vorpommern. Und die Früchte dieser Partnerschaft reifen ersichtlich. Vertreter der KVMV sind beispielsweise inzwischen regelmäßige Gäste in den für die Gesundheitsversorgung zuständigen Sozialausschüssen der Kreise und Gemeinden vor Ort, wirken in regionalen Planungsverbänden ebenso mit, wie bei Konferenzen zur Sicherung der Daseinsvorsorge im ländlichen Raum. Die zweifellos unerlässliche Verknüpfung etwa von Mobilitätsangeboten und medizinischer Versorgung soll auf diese Weise hergestellt werden, wobei die Nutzung und gewinnbringende Verknüpfung des Know-hows und der Handlungsmöglichkeiten der Kommunen einerseits und der

KVMV andererseits im Vordergrund stehen. Durch einen verbesserten Informationsaustausch werden zudem die Bürgermeister in den Gemeinden, die sich für die medizinische Versorgung vor Ort engagieren wollen, in die Lage versetzt, die Rahmenbedingungen zu schaffen, die unter Berücksichtigung der konkreten Bedingungen vor Ort für die Ansiedlung eines Arztes erforderlich sind. Wunder lassen sich dadurch nicht bewirken, aber es gibt inzwischen zahlreiche sehr gute Beispiele von Bürgermeistern, die es mit entsprechendem Engagement geschafft haben, verwaiste Arztpraxen zu besetzen und sei es auf die Weise, dass Ärzte aus der Region für eine Zweigpraxistätigkeit gewonnen werden konnten, weil ihnen von der Gemeinde unkompliziert Räume zur Verfügung gestellt wurden. ■

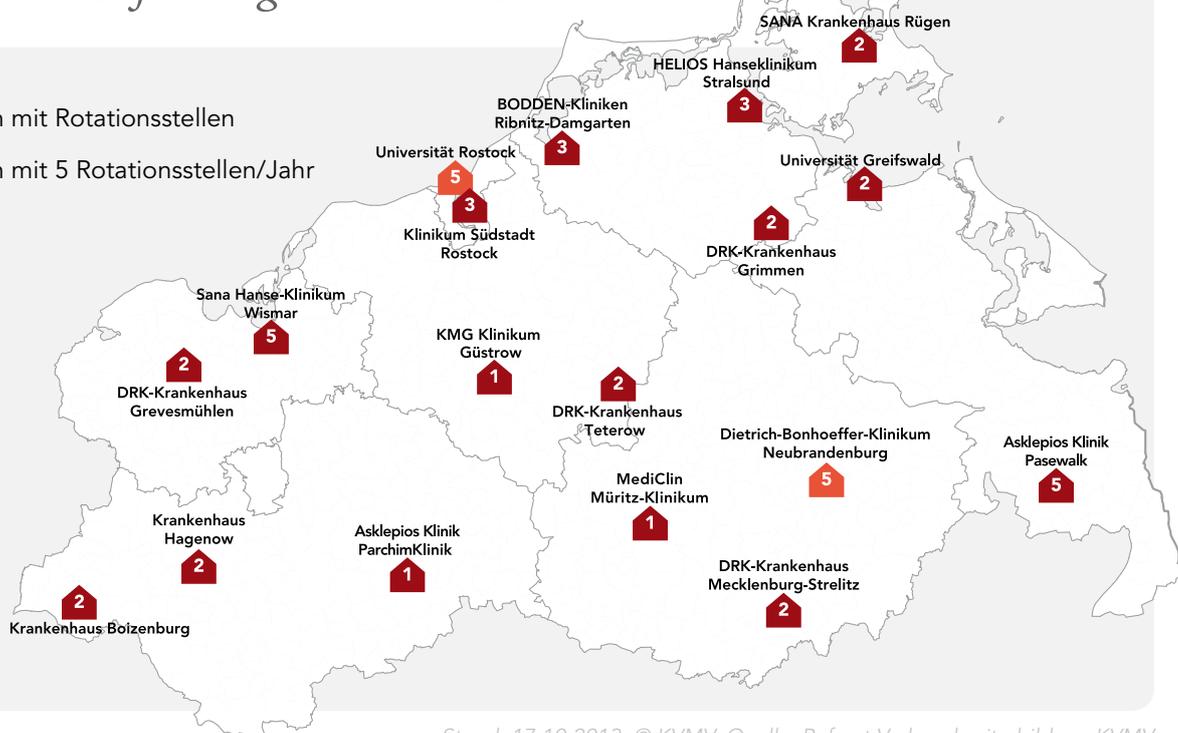
Vernetzung ambulant-stationär – Kooperation statt Konfrontation

Zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten sowie ihren entsprechenden Vertretungen besteht traditionell aufgrund der rechtlich bedingten sektoralen Trennung stets auch ein Konkurrenzverhältnis, das bisweilen auch einmal zu Spannungen führt. Reibungspunkte gibt es viele. Davon abgesehen sind sich die Akteure jedoch bewusst, dass gerade auch in den dünn besiedelten ländlichen Räumen auch aufgrund der nicht immer in ausreichender Zahl zur Verfügung stehenden Ärzte Kooperationen unerlässlich sind. Hier lässt sich verzeichnen, dass zunehmend von den verbesserten rechtlichen Rahmenbedingungen für Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten Gebrauch gemacht wird. Auf diese Weise stehen niedergelassene Spezialisten den Krankenhäusern z.B. als Konsiliarärzte oder Operateure zur Verfügung. Aber auch in die andere Richtung ist das System durchaus durchlässig. Über 300 Einzel- und Institutsermächtigungen ermöglichen die Beteiligung von Krankenhausärzten an

der ambulanten Versorgung. In der Regel findet hier eine sehr gute und vollkommen reibungslose Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich ohne jede Schnittstellenproblematik statt. Zunehmend können auch ambulante Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern etabliert werden, um den außerhalb der Sprechzeiten ambulant behandlungsbedürftigen Patienten einen zentralen Anlaufpunkt zu bieten und die stationären Notaufnahmen zu entlasten. Und schließlich ist auch noch die nunmehr seit 2007 bestehende Kooperation von Krankenhäusern und KVMV im Rahmen der so genannten Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin zu nennen. Viele Krankenhäuser stellen hier extra ausgewiesene Stellen für werdende Allgemeinmediziner zur Verfügung, die anschließend von der KVMV zur Fortführung der Weiterbildung in den niedergelassenen Bereich vermittelt werden. Die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern (KGMV) und die KVMV bilden hier gemeinsam die Koordinierungsstelle. ■

Beteiligte Kliniken an der Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

-  Kliniken mit Rotationsstellen
-  Kliniken mit 5 Rotationsstellen/Jahr



Stand: 17.10.2013; © KVMV; Quelle: Referat Verbundweiterbildung KVMV

Sie arbeiten für Ihr Leben gern: die niedergelassenen Ärzte als Garant der stabilen Versorgung vor Ort

Weil sie die wichtigsten und die vollkommen unerlässlichen Partner für die Gewährleistung einer stabilen flächendeckenden ambulanten Versorgung sind, seien sie zum Abschluss besonders gewürdigt: die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die angestellten Ärzte in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärzte in den Krankenhäusern.

Sie sind nicht nur Mediziner und Ansprechpartner der Patienten bei Gesundheitsproblemen, sie sind auch Unternehmer, Arbeitgeber und Wirtschaftsfaktor. Ohne ihr tägliches persönliches Engagement bewegte sich in der Gesundheitsversorgung gar nichts. Mit Hilfe der bereits genannten Partnerschaften können letztlich

nur angemessene und gute Rahmenbedingungen für die Arbeit jedes einzelnen Arztes geschaffen werden. Ohne das individuelle Engagement jedes Einzelnen vor Ort in seiner Praxis wäre die medizinische Versorgung nicht das, was sie ist. Deshalb sei an dieser Stelle allen Partnern, die an der Sicherstellung der ambulanten Versorgung beteiligt sind, gedankt. Ein ganz besonderer Dank muss allerdings den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen gelten. Damit sie auch weiterhin für ihr und unser Leben gern arbeiten. ■

» Ich bin
Hausarzt.
Und Unternehmer.
Und Manager.
Und Buchhalter.
Und Personaler.
Und Controller.
Und Vorarbeiter.
Und Hausmeister.«

Wir niedergelassenen Ärzte und Zahnärztespezialisten garantieren die medizinische Versorgung Deutschlands. Und wir sorgen für Adressen für 16.000.000 Menschen. Erlauben Sie mir ein
www.ihre-aerzte.de

Die Haus- und
Fachärzte

116 000 00 00 00 00 00 00

Anzeige: KB/Kampagne

Stand der vertragsärztlichen Versorgung

In Mecklenburg-Vorpommern sind gegenwärtig 2.685 Ärzte (Personen) vertragsärztlich in freier Niederlassung, als Angestellte bei anderen Ärzten oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig. Von dieser Gesamtzahl sind 1.140 Ärzte als Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a Nr. 1 und Nr. 3-5 SGB V (ohne Pädiater) tätig. Die Aufteilung der Ärzte nach Fachgruppen stellt sich wie folgt dar (Darstellung der Arztzahl nach Köpfen unabhängig vom Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne der Bedarfsplanung):

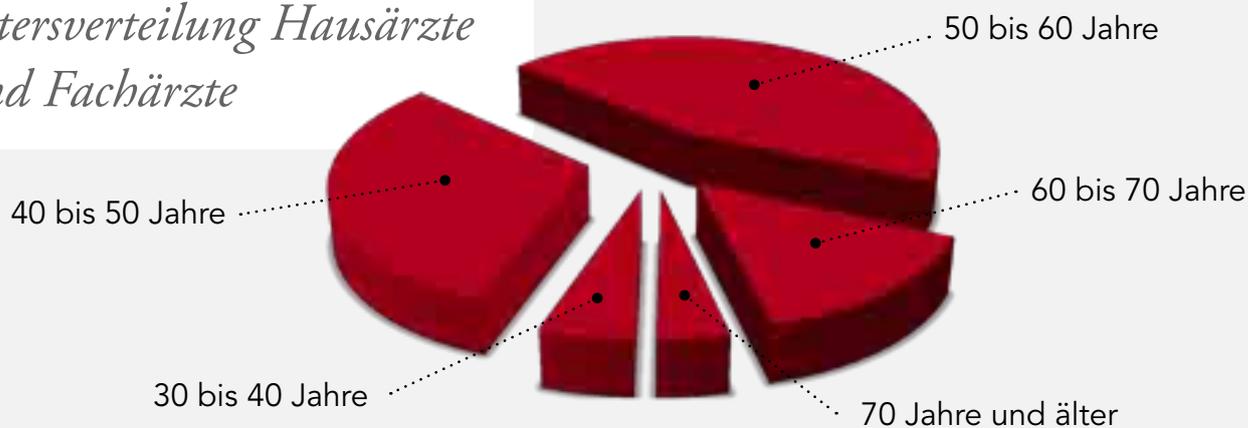
	Anzahl gesamt	Durchschnittsalter (gesamt)	Anzahl der Ärzte 60 Jahre und älter (gesamt)	davon angestellte Ärzte	Durchschnittsalter der angestellten Ärzte	Anzahl der angestellten Ärzte 60 Jahre und älter
Hausärzte (ohne Pädiater)						
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	891	53,98	199	78	53,62	27
Internisten	258	51,48	39	54	53,56	15
Gesamt	1.149		238	132		42
Fachärzte						
Anästhesisten	40	51,83	4	7	52,29	1
Augenärzte	121	50,64	15	14	47,14	3
Chirurgen	110	54,19	21	12	52,00	3
Dermatologen	65	52,35	8	2	53,00	1
Gynäkologen	196	52,56	26	15	48,47	1
HNO-Ärzte	89	51,91	3	5	47,40	1
Internisten	184	51,97	21	42	51,69	8
Laborärzte	27	53,48	4	19	54,11	3
Lungenärzte	1	61,00	1	0	0,00	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	12	45,83	0	1	41,00	0
Nervenärzte	105	52,30	18	26	49,85	5
Neurochirurgen	14	53,93	1	3	63,00	1
Nuklearmediziner	18	54,00	4	4	51,25	1
Orthopäden	97	51,57	11	12	53,25	4
Pädiater	125	53,16	19	16	46,75	3
Pathologen	16	52,19	2	2	44,00	0
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	14	54,50	5	1	61,00	1
Psychologische Psychotherapeuten	162	50,99	21	5	41,20	0
Ärztliche Psychotherapeuten	49	52,39	7	2	45,50	0
Radiologen	55	51,84	5	15	49,40	1
Sonst. Gebiete	4	54,25	1	2	53,50	1
Strahlentherapeuten	11	44,00	0	11	44,00	0
Urologen	55	54,65	8	3	62,00	2
Gesamt	1.570		205	219		40

Bevorzugte Praxisform ist die Einzelpraxis (1.898 Ärzte) gegenüber 580 Ärzten, die die Kooperationsform der Gemeinschaftspraxis gewählt haben. Über 300 Genehmigungen für Nebenbetriebsstätten (§ 24 Ärzte-ZV) wurden erteilt. Aktuell gibt es in Mecklenburg-Vorpommern 46 zugelassene Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Davon befindet sich die größte Anzahl in Trägerschaft von Krankenhäusern (23), während 17 MVZ von Vertragsärzten gegründet wurden. Weitere 6 MVZ gehen auf sonstige zulässige Gründer (z.B. Pflegedienste, Sanitätshäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen) zurück. In den 46 MVZ sind über 200 Ärzte überwiegend im Status der Anstellung tätig.

Das Durchschnittsalter der Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern liegt gegenwärtig bei 53,83 Jahren (Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte) bzw. 50,53 Jahren bei den hausärztlich tätigen Internisten. Das Durchschnittsalter der Fachärzte einschließlich der Pädiater und Psychotherapeuten beträgt 52 Jahre. Die Altersstruktur der Vertragsärzte insgesamt stellt sich folgendermaßen dar:

ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung verzichtet. Seit dem Jahr 2008 wurde durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für mehrere Planungsgebiete auf der Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung festgestellt. Darüber hinaus wurde für die Fachgebiete Augenheilkunde, Nervenheilkunde und Dermatologie ein lokaler Versorgungsbedarf festgestellt. In Bereichen mit drohender Unterversorgung bzw. lokalem Versorgungsbedarf konnten bis Ende 2012 insgesamt 47 hausärztliche Zulassungen und 5 fachärztliche Zulassungen (Augenheilkunde, Dermatologie, Nervenheilkunde) gemeinsam von Krankenkassen und KVMV mit Investitionskostenzuschüssen gefördert werden. Dabei wurden ganz überwiegend Praxen von ausscheidenden Ärzten übernommen. Darüber hinaus wurden in den Bereichen mit drohender Unterversorgung fallzahlabhängige Sicherstellungszuschläge gezahlt. Mit der Einrichtung des Strukturfonds wird seit 2012 zusätzlich unter anderem auch die Anstellung von Ärzten und die Einrichtung

Altersverteilung Hausärzte und Fachärzte



Stand: 09.09.2013

Fast die Hälfte aller Ärzte ist damit zwischen 50 und 60 Jahre alt. Der Anteil der über 60-jährigen Hausärzte liegt gegenwärtig bei 22,8 Prozent insgesamt und bei den Fachärzten für Allgemeinmedizin und den Praktischen Ärzten sogar bei 24,6 Prozent gegenüber 15,5 Prozent bei den Fachärzten.

Im Zeitraum zwischen 2001 und 2012 ist die Zahl der besetzten Hausarztstellen im Sinne der Bedarfsplanung um über 100 gesunken. Zuletzt wurden im Jahr 2012 32 Hausärzte neu zugelassen, während 37 ihre Zulassung beendet haben. Sechs weitere Hausärzte haben auf

von Zweigpraxen gefördert. Ferner ist die Übernahme der Kosten für die Kinderbetreuung und für einen Umzug aus dem Ausland oder einem anderen Bundesland möglich. Aufgrund von Sonderverträgen zwischen den Krankenkassen und der KVMV ist inzwischen der Einsatz der arztentlastenden Praxisassistentin nicht nur in den von Unterversorgung bedrohten Gebieten, sondern im gesamten Land möglich. Mehr als 90 Arztpraxen haben hiervon bislang Gebrauch gemacht und eine oder mehrere dieser qualifizierten Praxisassistentinnen (insgesamt über 100) beschäftigt. ■

Hohe Versorgungsqualität bei innovativen Projekten

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

In Anbetracht der damit verbundene Herausforderungen, vor allem an geriatrische Versorgungsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern, wurden – oft auf Anregung niedergelassener Ärzte – von der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und den Krankenkassen, besonders der AOK Mecklenburg-Vorpommern (heute AOK Nordost), Projekte entwickelt

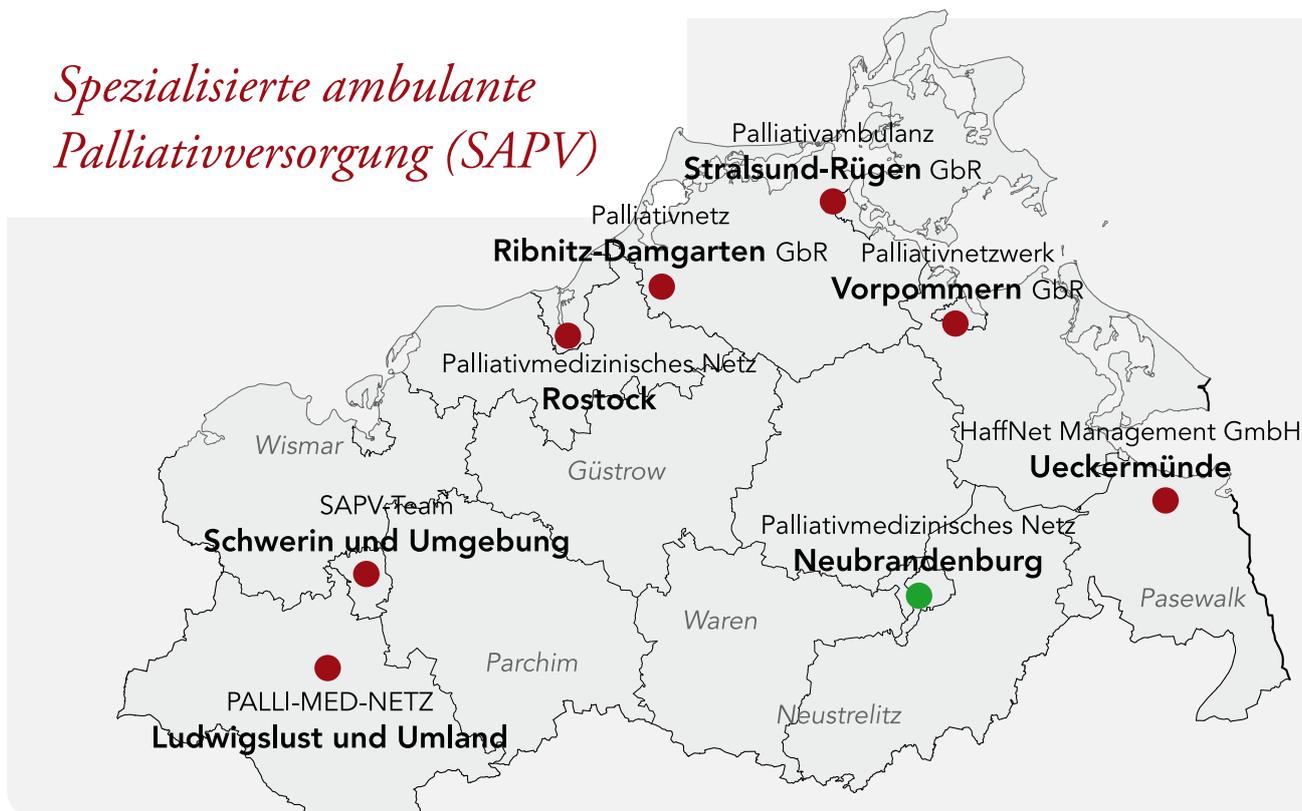
und begonnen, welche die nachhaltige Verbesserung der Versorgungsstruktur, aber auch den absehbaren Ärztemangel und die damit verbundenen Sicherstellungsprobleme zum Hintergrund haben. Der Schwerpunkt unserer Vorstellungen liegt hierbei auf einer komplexen Sicht der Probleme mit dem Ziel, die einzelnen Lösungsansätze als modulare, regional erprobte und möglichst auch evaluierte Bausteine zu entwickeln und sie zum Gegenstand von Verträgen zu machen. Wir sehen in diesen Bausteinen, an deren Konzeption, Entwicklung und vor allem Anpassung an die reale Versorgungslandschaft in Mecklenburg-Vorpommern wir seit Jahren arbeiten, Chancen für die Lösung einer Reihe der genannten Probleme.

Vor diesem Hintergrund hat die Kassenärztliche Vereinigung M-V verschiedenste Projekte und Initiativen gestartet.

Ein Projekt möchten wir Ihnen an dieser Stelle vorstellen:



Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)



Stand: 31.12.2012

Grafik: KVMV

Im Vordergrund der Spezialisierten ambulanten Palliativmedizin steht die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden Sterbender in ihrer häuslichen Umgebung einzelfallgerecht zu lindern. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange ihrer oder seiner vertrauten Personen stehen im Mittelpunkt der Versorgung. Der Patientenwille, der auch durch Patientenverfügungen zum Ausdruck kommen kann, ist zu beachten. Die SAPV ergänzt das bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste. Sie kann als alleinige Beratungsleistung, additiv unterstützende Teilversorgung oder vollständige Patientenbetreuung erbracht werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) engagiert sich in Folge des Inkrafttretens der grundlegenden Gesetzmäßigkeiten im SGB V bereits seit dem Jahr 2008 für die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Mecklenburg-Vorpommern. Seit 2009 werden Verträge zur SAPV gemäß §§ 37 b und 132 d SGB V als dreiseitige Verträge zwischen allen Krankenkassen des Landes Mecklenburg-Vorpommern, den regionalen SAPV-Teams und der Kassenärzt-

lichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern auf der Grundlage einer für alle Verträge einheitlichen Rahmenvereinbarung geschlossen. Damit wird bundesweit ein Spitzenplatz bei der flächendeckenden Umsetzung dieser Leistung eingenommen.

Für alle im Vertrag geregelten Leistungen sind für die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern Pseudo-Gebührenspositionen generiert worden. Alle SAPV-Teams der dreiseitigen Verträge nutzen diese Abrechnungsmöglichkeit und weitere Serviceangebote der KVMV. In regelmäßig stattfindenden Konferenzen, welche dem Austausch zwischen den Vertragspartnern dienen, werden auch erforderliche Nachbesserungen der Verträge besprochen. So wurde zum Beispiel den besonderen Belangen von im Hospiz zu versorgenden Patienten durch eine zusätzliche Pauschale für die ärztliche Teilleistung Rechnung getragen. Im 4. Quartal 2013 wird das elfte SAPV-Team in Mecklenburg-Vorpommern seine Tätigkeit aufnehmen. Damit wird nun nahezu im ganzen Land die SAPV angeboten. Im Jahr 2012 betreuten die Teams in Mecklenburg-Vorpommern bereits knapp 2.500 Patienten mit der neuen hochspezialisierten Versorgungsleistung. ■

Ambulante Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, in deren Mittelpunkt der Patient steht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind die direkten Ansprechpartner der Ärzte und Psychotherapeuten für Fragen zu allen Themen der Qualität. Sie sind unter anderem verantwortlich für die Erteilung von Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen. Das bedeutet, ein Arzt darf bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen und abrechnen, wenn ihm die entsprechende Genehmigung seiner Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde. Zudem prüft die Kassenärztliche Vereinigung die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung ihrer Arbeit werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet, in denen im jeweiligen Bereich besonders erfahrene Ärzte tätig sind. Diese beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen in einem Peer-Review-Verfahren. Mit diesem System der Qualitätssicherung wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt, das im privatärztlichen oder stationären Bereich seinesgleichen sucht. Fast jeder Vertragsarzt besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen. ■

Schematischer Aufbau eines Genehmigungsverfahrens und deren Folgeverpflichtungen

1 Genehmigungserteilung Prüfung eines Arztes mit Nachweisen

1.1. Persönliche Qualifikation

Fachliche Qualifikation:

- Zeugnis/Bescheinigung,
- und/oder Kolloquium,
- und/oder Präparate bezogene Prüfung,
- und/oder Fallsammlungsprüfung,
- und/oder Vorlage von Dokumentationen,
- und/oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen

1.2. Betriebsstättenbezogene Qualifikation

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen:

- schriftliche Nachweise/Erklärungen,
- Gewährleistungserklärungen,
- Baupläne,
- Hygieneplan,
- Praxisbegehungen

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:

- Aus- und Fortbildungsnachweise,
- Kooperationsbescheinigungen

2 Bescheid über die Erteilung einer Genehmigung

3 Genehmigungserhalt

Folgeverpflichtungen zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung

3.1. Auflagenprüfung je nach vertraglicher Regelung (§135 ABS. 2 SGB V)

- Dokumentationsprüfung • Hygieneprüfung • Frequenzprüfung • Selbstüberprüfung • Überprüfung der Präparatequalität • Jahresstatistik • kontinuierliche Fortbildung • Qualitätszirkel • Nachweise zur Praxisorganisation
- Abnahmeprüfungen • Wartungsnachweise • Ringnachweise • Stichproben-/Dokumentationsprüfungen

3.2. Stichproben-/Dokumentationsprüfung

- Dialyse (nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses) • Arthroskopie
- konventionelle Röntgendiagnostik • Computertomographie • Magnetresonanztomographie (Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) • Herzschrittmacher-Kontrolle • Langzeit-EKG • schlafbezogene Atmungsstörungen • neuropsychologische Therapie • ambulante Operationen • Nuklearmedizin und andere (Kriterien aufgrund regionaler Richtlinie)

Umfang: Mindestens nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung

- Akupunktur • Histopathologie im Hautkrebs-Screening • HIV/Aids • Hörgeräteversorgung • Hörgeräteversorgung-Kinder • Koloskopie • Magnetresonanztomographie • Mammographie (kurativ) • Schmerztherapie
- Ultraschalldiagnostik • Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte • Vakuumbiopsie der Brust • Zytologie der Zervix uteri • Schmerztherapie • Molekulargenetik • intravirale Injektion

Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

- Apheresen • substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V

3.3. Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V

3.4. Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 SGB V

Rechtsgrundlagen

Fachgebiet	RECHTSGRUNDLAGE	Akkreditierung ¹	Eingangsprüfung ²	Kolloquium ³	Frequenzregelung	Rezertifizierung	Praxisbegehung/Hygieneprüfung ⁴	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Fortbildung/Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte ⁵	Beratung ⁶
Akupunktur	§ 135 Abs. 2	✓	✓				(✓)	✓	✓	✓	✓
Ambulantes Operieren	§ 135 Abs. 2, § 136	✓			✓		✓	(✓)		(✓)	(✓)
Apheresen	§ 135 Abs. 1, § 135 Abs. 2	✓	✓					✓		✓	
Arthroskopie	§ 135 Abs. 2, § 136	✓	✓				✓	✓		✓	✓
Balneophototherapie	§ 135 Abs. 2	✓	✓			✓	✓				
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	§ 135 Abs. 2, Anlage 9.1 BMV, § 136	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Computertomographie	§ 135 Abs. 2, § 136	✓	✓					✓		✓	✓
Disease-Management-Programme	§ 137f, § 137g	✓						✓	✓	✓	
Herzschrittmacher-Kontrolle	§ 135 Abs. 2	✓	✓				(✓)	(✓)		(✓)	(✓)
Histopathologie im Hautkrebs-Screening	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓			✓	✓		✓	✓
HIV/Aids	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓				✓	✓		✓
interventionelle Radiologie	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓				✓			
invasive Kardiologie	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓			✓	(✓)			
Koloskopie	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓			✓	✓		✓	✓
konventionelle Röntgendiagnostik	§ 135 Abs. 2, § 136	✓	✓					✓		✓	✓
Labor-Spezial	§ 75 Abs. 7, § 135 Abs. 2	✓	✓								
Langzeit-EKG	§ 135 Abs. 2	✓	✓				(✓)	(✓)		(✓)	(✓)
Magnetresonanztomographie	§ 135 Abs. 2, § 136	✓	✓					✓		✓	✓
Magnetresonanztomographie	§ 135 Abs. 2, § 136	✓	✓					✓		✓	✓
Mammographie (kurativ)	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓
Mammographie-Screening	Anlage 9.2 BMV, § 135 Abs. 2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
medizinische Rehabilitation	§ 135 Abs. 2	✓	✓								
Nuklearmedizin	§ 135 Abs. 2	✓								(✓)	(✓)

Fachgebiet	RECHTSGRUNDLAGE	Akkreditierung ¹	Eingangsprüfung ²	Kolloquium ³	Frequenzregelung	Rezertifizierung	Praxisbegehung/Hygieneprüfung ⁴	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Fortbildung/Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte ⁵	Beratung ⁶
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	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓

¹ Prüfung fachlicher, apparativer oder organisatorischer Voraussetzungen;

² Fallsammlungs-, Präparateprüfung;

³ bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung;

⁴ als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung;

⁵ auch ergänzende ärztliche Beurteilung;

⁶ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen

Qualitätssicherungskommissionen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständigen 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 Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen, Praxisbegehungen vorzunehmen sowie Stichprobenprüfungen durchzuführen. Eine Qualitätssicherungskommission besteht gemäß Nr. 2.3 der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Bei Gebieten mit diversen Subspezialisierungen können die Kommissionen die Möglichkeit nutzen, weitere Mitglieder zu benennen oder für Spezialfragen Sachverständige zu einer Sitzung hinzuzuziehen. Zudem ist es möglich, KV-Bereich- oder themenübergreifende Kommissionen zu bilden. Neben dem Vorsitzenden der Kommission nehmen in der Regel mindestens zwei weitere ärztliche Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen Qualitätssicherungsvereinbarungen ist des Weiteren die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen (zum Beispiel Substitution, Onkologie etc.).

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 Qualitätssicherungskommissionen.

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 Kommissionssitzungen,
- Erstellung der Ergebnisniederschrift. ■

Kommissionen

Gesamtgebiet der konventionellen Röntgendiagnostik/Computertomographie

- 8 Ärzte der KVMV
- 1 Medizinphysiker

Ambulante Operationen

- 5 Ärzte der KVMV

Arthroskopie

- 3 Ärzte der KVMV

Apheresekommission

- 2 Ärzte der KVMV
- 2 Mitglieder des Medizinischen Dienstes der KK
- 2 ermächtigte Ärzte der KVMV

Diabetologie

- 3 Ärzte der KVMV

Geriatric, Gerontopsychiatrie, ambulante geriatrische Rehabilitation

- 5 Ärzte der KVMV

Herzschrittmacher u. Langzeit-EKG

- 4 Ärzte der KVMV

Koloskopie

- 3 Ärzte der KVMV

Kompetenzcenter Akupunktur

- 2 Ärzte je KV

gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH und KVSH

Kompetenzcenter Dialyse/Blutreinigung

- 2 Ärzte je KV
- gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit der KVHH und KVSH mit Sitz in Hamburg

Kompetenzcenter Koloskopie

- 2 Ärzte je KV
- gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH und KVSH mit Sitz in Schwerin

Kompetenzcenter Magnetresonanztomographie

- 2 Ärzte je KV
- gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH und KVSH mit Sitz in Bad Segeberg

Kurative Mammographie/Vakuumbiopsie

- 3 Ärzte der KVMV

Labor

- 4 Ärzte der KVMV – 1 Fachwissenschaftler der Medizin

Onkologie

- 6 Ärzte der KVMV

PDT/PTK

- 2 Ärzte der KVMV
- gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH, KVHB und KVSH mit Sitz in Hamburg

Psychotherapie

- 2 ärztliche Mitglieder
- 1 Psychologische Psychotherapeutin

Qualitätsmanagement

- 4 Ärzte der KVMV
- 1 Psychotherapeutin

Schmerztherapie/Akupunktur

- 5 Ärzte der KVMV

Schmerztherapie

- 2 Ärzte je KV
- gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH und KVSH mit Sitz in Hamburg

Sonographie

- 7 Ärzte der KVMV

Substitution

- 3 Ärzte der KVMV
- 2 Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen Mecklenburg Vorpommern
- 1 Vertreter der Ersatzkassen M-V

Zytologie

- 4 Ärzte der KVMV

Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Qualitätssicherungsbereiche	Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	Anzahl der neu erteilten Genehmigungen	Anzahl der Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Genehmigungen
Arthroskopie	54	2	–	–	1
Balneophototherapie	2	–	–	–	–
Dialyse	53	5	–	–	5
Herzschrittmacherkontrolle	49	2	–	–	2
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	2	1	–	–	–
Interventionelle Radiologie	13	1	–	–	–
Invasive Kardiologie	2	–	–	–	–
Laboratoriumsuntersuchungen	190	11	–	–	8
Medizinische Rehabilitation	817	24	–	–	–
Otoakustische Emissionen	64	4	–	–	–
Photodynamische Therapie	8	–	–	–	1
Phototherapeutische Keratektomie	1	–	–	–	–
Kardiorespiratorische Polygraphie	48	5	–	–	5
Kardiorespiratorische Polysomnographie	4	–	–	–	–
Schmerztherapie	27	1	–	–	1
Sozialpsychiatrie	8	–	–	–	–
Soziotherapie	34	6	–	–	–
Stoßwellenlithotripsie	16	–	–	–	1
Vakuumbiopsie der Brust	5	3	–	–	–
Histopathologie Hautkrebs-Screening	16	–	–	–	–
Neuropsychologische Therapie	2	2	–	–	–

Stand: 31.12.2012

Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Januar 2007

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	119
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	4

Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess

Stand: 31.12.2012

Anzahl abrechnende Ärzte	114	
	Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle/ Ausnahmefälle geprüft wurden
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	3	3
▸ davon bestanden	3	3
Anzahl insgesamt Wiederholungsprüfungen	–	–
Anzahl Kolloquien insgesamt	–	–

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse

Stand: 31.12.2012

	normale Fälle	Ausnahmefälle
Anzahl geprüfter Dokumentationen	68	36
Anzahl unvollständige/nicht nachvollziehbare Dokumentationen	–	–

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben	119
--	-----

Ambulante Operationen

Vertrag zu ambulanten Operationen und stationärer ersetzenden Leistungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag), Rechtsgrundlage: § 115b SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1. Juni 2012;
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Neufassung 1. Dezember 2011

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	516
Anzahl beschiedene Anträge	25
▸ davon Anzahl Genehmigungen	24
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Praxisbegehungen	3
▸ davon ohne Beanstandungen	2
▸ davon mit Beanstandungen	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	1

„Ambulant vor stationär“. Nach diesem Prinzip sollen zunächst alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden, bevor ein Patient in ein Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Das Prinzip sollte auch bei Operationen soweit wie möglich umgesetzt werden. Durch den medizinischen Fortschritt in

Operationstechnik und Anästhesie können zunehmend mehr Operationen auch ambulant durchgeführt werden. Dies bietet Vorteile, nicht nur für den Patienten, dem ein Aufenthalt im Krankenhaus erspart bleibt, sondern letztlich auch für die Gemeinschaft der Versicherten, da Kosten eingespart werden können.



▼
Jeder Arzt, der ambulante Operationen durchführt, hat eine Vielzahl von Bundes- und Landesgesetzen zu beachten. Hinzu kommen Verordnungen, Vorgaben im Rahmen des Sozialrechts, Richtlinien, Normen und

griffe geprüft. Die Kommission ist interdisziplinär aufgestellt und versteht sich als fachlich beratendes Gremium, welches aus eigener Erfahrung heraus handelt und um die Belange der ambulant tätigen Operateure weiß. Auch Praxisbegehungen, welche in erster Instanz als Beratungsfunktion vor Ort zu interpretieren sind, gehören zum Tätigkeitsspektrum der Kommissionsmitglieder. Die KVMV ist gemeinsam mit den Kommissionsmitgliedern stetig bemüht, die Kommunikation innerhalb der prüfenden Behörden zu verbessern und auszubauen.



Der Flyer „Ambulante Operationen“, der in Zusammenarbeit mit ambulant operierenden Ärzten und dem Öffentlichkeitsausschuss der KV entstanden ist, richtet sich an die Patienten und gibt kurz und verständlich Auskunft über Operationsmöglichkeiten im niedergelassenen Sektor. Als Unterstützung im direkten Gespräch oder beispielsweise als Auslage im Wartezimmer bietet das kleine Heft einen Überblick über Abläufe, Vorteile, Beispiele und Ansprechpartner.

Gerade im Hinblick auf die Tätigkeit des Landesamtes für Gesundheit und Soziales und der Gesundheitsämter, welche die gesetzlichen Vorschriften zur „Aufbereitung der Medizinprodukte“ und der „Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen“ in MV prüfen, vertreten die Kommissionsmitglieder die Interessen der ambulanten Opera-

sogenannte technische Regeln. Diese Regelungen definieren unter anderem Anforderungen an den Infektionsschutz, den Umgang mit Medizinprodukten und Arzneimitteln, aber auch mit Abfällen und Abwässern in der Praxis. Darüber hinaus sind, in Abhängigkeit von der Fachrichtung des Arztes, weitere Regelungen zu beachten, zum Beispiel zum Umgang mit Röntgenstrahlung. Zudem hat der Arzt als Praxisinhaber und Arbeitgeber umfangreiche Pflichten hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes seiner Beschäftigten zu erfüllen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Anforderungen in den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelt sind, verschiedene Behörden zuständig sind (zum Beispiel für die Überwachung von Medizinprodukten) und eine Abstimmung zwischen den Verantwortlichen oftmals nicht im gewünschten Maße stattfindet (zum Beispiel bei Praxisbegehungen).



Gesundheitsministerin erhält Einblick in OP-Zentrum von Schwerin, in dem ambulante Operationen durchgeführt werden: Manuela Schwesig, Dr. Jens Dudzusz, Dr. Wolfgang Eckert (v.l.)

Im Rahmen der Tätigkeit der Kommission „Ambulantes Operieren“, welche 2012 nach den Bestimmungen der „Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren“ ihre Arbeit neu definierte, wird jeder neue Antrag auf Durchführung und Abrechnung ambulanter Ein-

teure. Sie sind um zielführende Gespräche bemüht und versuchen sinnvolle Kooperationen – z.B. in Bezug auf Praxisbegehungen – anzustreben. So ließ sich im Verlauf des Jahres 2012 eine wachsende – und beiderseits erwünschte – Zusammenarbeit verzeichnen, die auch weiterhin im Sinne der Ärzteschaft aufrechterhalten werden sollte. ■

Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Januar 1991, zuletzt geändert: 16. Juli 2009;

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 1997, zuletzt geändert: 1. Juli 2009

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	27
Anzahl beschiedene Anträge	6
▶ davon Anzahl Genehmigungen	6
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3

LDL-Apherese bei **familiärer** Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung

Stand: 31.12.2012

Anzahl Erstanträge	–
Anzahl Folgeanträge	6
▶ davon angenommen	6

LDL-Apherese bei **schwerer** Hypercholesterinämie, bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann

Stand: 31.12.2012

Anzahl Erstanträge	15
▶ davon angenommen	14
▶ davon abgelehnt	1
Anzahl Folgeanträge	59
▶ davon angenommen	59

LDL-Apherese bei **isolierter** Lp(a)-Erhöhung

Stand: 31.12.2012

Anzahl Erstanträge	3
▶ davon angenommen	3
Anzahl Folgeanträge	11
▶ davon angenommen	11

Disease-Management-Programme (DMP)

Ziel der Disease-Management-Programme (kurz DMP genannt) 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.

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. Jedoch diese Daten ermöglichen es, regelmäßig Evaluationen zur Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit in Form von arztbezogenen Feedback-Berichten zu erstellen. Die KBV stellt hierzu den gemeinsamen Einrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und regionalen Krankenkassenverbänden ein modulares Rückmeldesystem zur Verfügung. Dieser Feedbackbericht ermöglicht dem Arzt eine Einschätzung der Versorgungslage des Patienten. Hierbei werden die Praxisergebnisse im Vergleich zum Durchschnitt zu den anderen teilnehmenden Leistungserbringern dargestellt. ■

Diabetes mellitus Typ 1

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	53
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	49
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	4
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	–

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden): AOK Nordost, vdek, Bkk LV Nordwest, IKK Nord, LKK, Knappschaft

Diabetes mellitus Typ 2

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1025
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1025
▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	47

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden): AOK Nordost, vdek, Bkk LV Nordwest, IKK Nord, LKK, Knappschaft

Brustkrebs

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	175
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	175

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden): AOK Nordost, vdek, Bkk LV Nordwest, IKK Nord, LKK, Knappschaft

Koronare Herzerkrankung

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1002
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	973
▸ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	29
▸ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden): AOK Nordost, vdek, Bkk LV Nordwest, IKK Nord, LKK, Knappschaft	

Asthma bronchiale

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	663
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	637
▸ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	26
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden): AOK, VdeK, Bkk LV Nordwest, IKK Nord, LKK, Knappschaft	

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	611
▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	589
▸ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	22
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden): AOK Nordost, vdek, Bkk LV Nordwest, IKK Nord, LKK, Knappschaft	

*Entwicklung der Anzahl Patienten, die in ein DMP eingeschrieben sind –
Mehrfacheinschreibungen möglich*

Bereich	2008	2009	2010	2011
Brustkrebs	3499	3731	3504	3398
Typ 2-Diabetes	90551	94666	95365	99132
Typ 1-Diabetes	2499	2632	2581	2692
KHK	49840	51883	50272	51187
Asthma	14413	16141	16086	16658
COPD	11318	12514	12551	13013
Asthma/COPD	25731	28655	28637	29671
gesamt	172120	181567	180359	186080

Stand: 31.12.2012

Hörgeräteversorgung

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2012

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	82
Anzahl beschiedene Anträge	84
▸ davon Anzahl Genehmigungen	82
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	–
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	–

Zum 1. Januar 2012 sind Gebührenordnungspositionen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Jugendliche und Erwachsene setzt ab dem 1. April 2012 eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder für die ab dem 1. Juli 2012 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder voraus. Ziel dieser beiden Vereinbarungen ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden. Die Gebührenordnungspositionen können von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen) berechnet werden. Zusätzlich ist für Ärzte, die Jugendliche oder Erwachsene behandeln wollen, der Nachweis einer selbständigen Indikationsstellung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung sowie von zehn themenspezifischen Fortbildungspunkten innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung gefordert. Ärzte, die Säuglinge, Kleinkinder und Kinder betreuen wollen, müssen neben ihrer Facharztqualifikation nachweisen, ▶



▼ dass sie 50 elektrische Reaktionsaudiometrien im Kindesalter, 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter sowie eine selbständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter durchgeführt haben. Auch sie müssen zehn themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung nachweisen.

Orientiert an den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie dem „Muster 15“ (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) beschreiben und definieren die Qualitätssicherungsvereinbarungen den Umfang der ärztlichen Hörgeräteversorgung von der Verordnung eines Hörgerätes über die erste Kontrolluntersuchung (Abnahme) bis hin zu möglicherweise notwendigen Nachsorgen. Auch die gegebenenfalls erforderliche Rück- und Absprache mit dem Hörgeräteakustiker wurde in den Umfang der Hörgeräteversorgung aufgenommen. So soll die kooperative Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Arzt und dem Hörgeräteakustiker gefördert werden. Zusätzlich zum „Muster 15“ ist der Arzt verpflichtet, weitere Angaben zur Hörgeräteverordnung auf einem geson-

derten Ergänzungsblatt zu dokumentieren. Integriert in diese Dokumentation ist die Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten mittels eines geeigneten validierten Befragungsinstruments, aus dem auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden kann. Hier ist die Verwendung des sogenannten APHAB-Fragebogens vorgesehen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit). Der APHAB-Fragebogen – in Ergänzung der audiometrischen Untersuchung – ist auch in die Neufassung der seit dem 1. April 2012 geltenden Hilfsmittel-Richtlinie aufgenommen worden. In den Vorgaben zur Dokumentation bei der Behandlung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist kein Patientenfragebogen vorgesehen. Auch die Inhalte sind, dem Alter der Patienten angepasst, reduziert. Anforderungen an die Praxisausstattung richten sich nach den geltenden DIN-Normen (DIN ISO 8253-1 und 8253-2), den Bestimmungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Als Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung muss der Arzt mindestens einmal jährlich die Durchführung einer messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte sowie sieben themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb von zwei Jahren vorlegen. ■

Hörgeräteversorgung – Kinder

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Juli 2012

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3
Anzahl beschiedene Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	–
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	–

Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2002, zuletzt geändert: 1. Juli 2012

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	43
	neu
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	–
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	–
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigung	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigung	–

Totale Koloskopie

Frequenzregelung

Stand: 31.12.2012

	< 200	≥ 200
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	1	42
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	1	... entfällt

Dokumentationsprüfungen

Stand: 31.12.2012

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	33
▸ davon bestanden	32
▸ davon nicht bestanden	1
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	3
▸ davon bestanden	2
▸ davon nicht bestanden	1
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	–

Polypektomien

Frequenzregelungen

Stand: 31.12.2012

	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	1	42
▶ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	1	entfällt

Dokumentationsprüfungen

Stand: 31.12.2012

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	33
▶ davon bestanden	32
▶ davon nicht bestanden	1
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	–

Prüfungen zur Hygienequalität

Stand: 31.12.2012

Anzahl überprüfter Praxen	44
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	84
▶ davon bestanden	80
▶ davon nicht bestanden	4
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	4
▶ davon bestanden	4

Langzeit-EKG-Untersuchungen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1. April 1992

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	102
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	219
Anzahl beschiedene Anträge	25
▶ davon Anzahl Genehmigungen	25
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	19

Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1. April 1993, zuletzt geändert: 1. Oktober 2001

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2001



Genehmigungen Allgemeine Kernspintomographie

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	60
Anzahl beschiedene Anträge	12
▶ davon Anzahl Genehmigungen	12
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedene Anträge	1
▶ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 2007
Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2001

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	43
Anzahl beschiedene Anträge	3
▶ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigung	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigung	–

Dokumentationsprüfungen § 7

Stand: 31.12.2012

Anzahl abrechnender Ärzte	43
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte	9
▶ davon ohne Beanstandungen	7
▶ davon mit Beanstandungen	2
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten	–
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	–

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

	ohne Venen	mit Venen
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	96	33
▶ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	96	33
▶ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	96	33
▶ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	96	33
▶ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	90	33
▶ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	6	0

Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 1993; Neufassung 1. Januar 2007, zuletzt geändert 1. April 2011

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	33
Anzahl beschiedene Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung	–
Anzahl Praxisbegehungen	–

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

Stand: 31.12.2012

	1. Prüfung
Anzahl Prüfungen	1
▸ davon bestanden	1

Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D

	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	5	1
▸ davon erfolgreiche Teilnahme	4	–
▸ davon nicht erfolgreiche Teilnahme	1	1
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme	–	–
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen	–	–
Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	–	–

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

	reguläre Prüfungen
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	10

Rückgabe/Beendigung von Genehmigungen oder Widerrufen § 14 Abs. 5

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind gemäß § 11 Abs. 1	–
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind gemäß § 14 Abs. 5	–
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	–

Mammographie-Screening

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 1. Januar 2004, zuletzt geändert 1. Januar 2012; Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1. Januar 2004, zuletzt geändert 3. März 2011; Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 1993; Neufassung 1. Januar 2007, zuletzt geändert 1. April 2011

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Screening-Einheiten	4
Programmverantwortliche Ärzte	5
▸ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	5
kooperierende Ärzte	27
▸ Befunder von Mammographieaufnahmen	15
▸ histopathologische Beurteilung	5
▸ Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	5
▸ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	5
▸ ermächtigte Krankenhausärzte	12

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. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren haben nun alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammographie-Untersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung. Ziel des

Teilnehmerquote inkl. Selbsteinladerinnen in Mecklenburg-Vorpommern

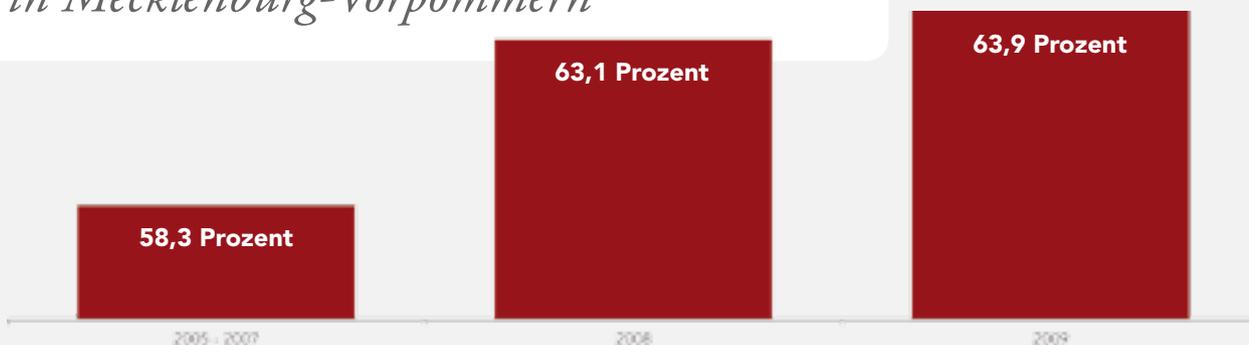




Foto: © Kooperationsgemeinschaft Mammographie

▼ Screening-Programms ist es, Brustkrebs möglichst früh zu erkennen, um ihn noch erfolgreich und schonend behandeln zu können.

Seit August 2007 wird flächendeckend das Mammographie-Screening in Mecklenburg-Vorpommern angeboten. Es zeichnet sich insbesondere durch die vier unterdurchschnittlich kleinen Screening-Einheiten, welche jedoch mit hohen Teilnahmeraten im oberen Feld des Bundesdurchschnittes liegen, aus.

Im gesamten Land wird digital mammographiert. Dieses erspart den Radiologen in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern weite Wege, um beispielsweise Zweitbefundungen durchzuführen. So setzt sich die Screening-Einheit Schwerin aus vier Erstellerstandorten und einem Erstellungs- und Abklärungsstandort zusammen. Sie versorgt ca. 88.000 anspruchsberechtigte Frauen aus den umliegenden städtischen und ländlichen Gebieten. Wobei die Teilnahmerate bei 68 Prozent liegt. Die Screening-Einheit Greifswald versorgt mit acht Er-

stellerstandorten ca. 61.000 anspruchsberechtigte Frauen. Sie ist die größte der vier Screening-Einheiten mit einer Teilnahmerate von 67 Prozent. In Rostock setzt sich die Screening-Einheit aus vier Erstellerstandorten und einem Abklärungsstandort zusammen und versorgt ca. 61.000 anspruchsberechtigte Frauen mit einer Teilnahmerate von 55 Prozent. Die kleinste Screening-Einheit im Land ist mit ca. 33.000 anspruchsberechtigten Frauen und einer Teilnahmerate von 55 Prozent die Screening-Einheit Neubrandenburg.

Die Gesamtteilnehmerquote in Mecklenburg-Vorpommern lag in den vergangenen Jahren deutlich über der des Bundesdurchschnitts. So stieg die Teilnehmerquote inkl. der Selbsteinladerinnen nicht nur jedes Jahr stetig an, im Jahr 2009 lag sie bei 66,1 Prozent und nahm bundesweit den zweiten Platz ein. Weitere Informationen hierzu finden Sie im aktuellen Evaluationsbericht 2008–2009 der Kooperationsgemeinschaft Mammographie auf der Internetseite www.mammo-programm.de. ■

Molekulargenetik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2012

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14
Anzahl beschiedene Anträge	14
▸ davon Anzahl Genehmigungen	14
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	–
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wurde der Abschnitt 11.4 „Indikationsbezogene molekulargenetische Stufen-diagnostik“ neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Für die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 11.4.2 EBM „Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen“ hatte die KBV mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart, eine korrespondierende Qualitätssicherungsvereinbarung abzuschließen. Im Fokus sollten dabei insbesondere Fragen der Indikationsvoraussetzungen für eine Leistung und der Auftragskommunikation zwischen Überweiser und Leistungserbringer stehen. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 11.4.2 EBM setzt gemäß der Präambel Nr. 5 bereits jetzt die Einhaltung einer entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung voraus. Mit den Krankenkassen wurde vereinbart, dass diese Leistungen bereits ab dem 1. Januar 2011 auch ohne Abschluss einer Qualitätssicherungsvereinbarung berechnungsfähig waren.

Die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) enthält v. a. allgemeine Vorgaben an die Erbringung molekulargenetischer Leistungen und soll zu einem späteren Zeitpunkt um zusätzliche Kriterien an die Indikationsstellung spezifischer indika-

tionsbezogener molekulargenetischer Untersuchungen ergänzt werden.

Entsprechend den geltenden EBM-Bestimmungen (Präambel Nr. 7 des Abschnittes 12.1, Präambel Nr. 1 des Abschnittes 11.1) gilt die fachliche Qualifikation gemäß § 3 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung für Fachärzte für Humangenetik, Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin als nachgewiesen. Die Gebührenordnungsposition Nr. 11430 ist darüber hinaus auch für (Neuro-) Pathologen nach neuer Weiterbildungsordnung oder mit der fakultativen Weiterbildung Molekularpathologie abrechnungsfähig (vgl. § 3 Abs. 2 und Präambel Nr. 7 des Abschnittes 12.1 EBM).

Weitere Eckpunkte der Vereinbarung sind:

- Organisatorische Anforderungen (§ 4)
- Interne und externe Qualitätssicherung (§ 5)
- Anforderungen an die Indikationsstellung (§ 6)
- Ärztliche Dokumentation (§ 7)

Ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik ist die verpflichtende Einführung einer Jahresstatistik für sämtliche Leistungen des neuen Abschnittes 11.4.2 EBM (vgl. § 8). ■

Onkologie

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1. Oktober 2009, zuletzt geändert: 1. Januar 2011

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	52
▸ darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	6
▸ darunter Anzahl Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	10
Anzahl beschiedene Anträge	6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigung	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigung	–

Dokumentationsprüfungen § 10

Stand: 31.12.2012

Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	6
▸ davon ohne Beanstandungen	0
▸ davon mit Beanstandungen	6

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	52
--	----

Ergänzend zur allgemein- oder fachärztlichen Behandlung von Krebspatienten in niedergelassenen Praxen wurde in MV eine leistungsfähige, wohnortnahe spezialisierte onkologische Versorgung durch sogenannte onkologisch verantwortliche Ärzte aufgebaut. Diese arbeiten im Sinne von Schwerpunktpraxen auf der Grundlage der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband waren sich bei den Verhandlungen zur „Onkologie-Vereinbarung“ einig, dass die Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten mit der Voraussetzung der vorgegebenen Mindestmengen vielerorts nicht oder noch nicht möglich ist. Aus diesem Grunde erlaubt § 3 Abs. 7 der neuen Onkologie-Vereinbarung, dass die regionalen Vertragspartner abweichende Vorgaben zu den Patientenzahlen vereinbaren können. Weiterhin können auch bereits an bisherigen Onkologieverein-

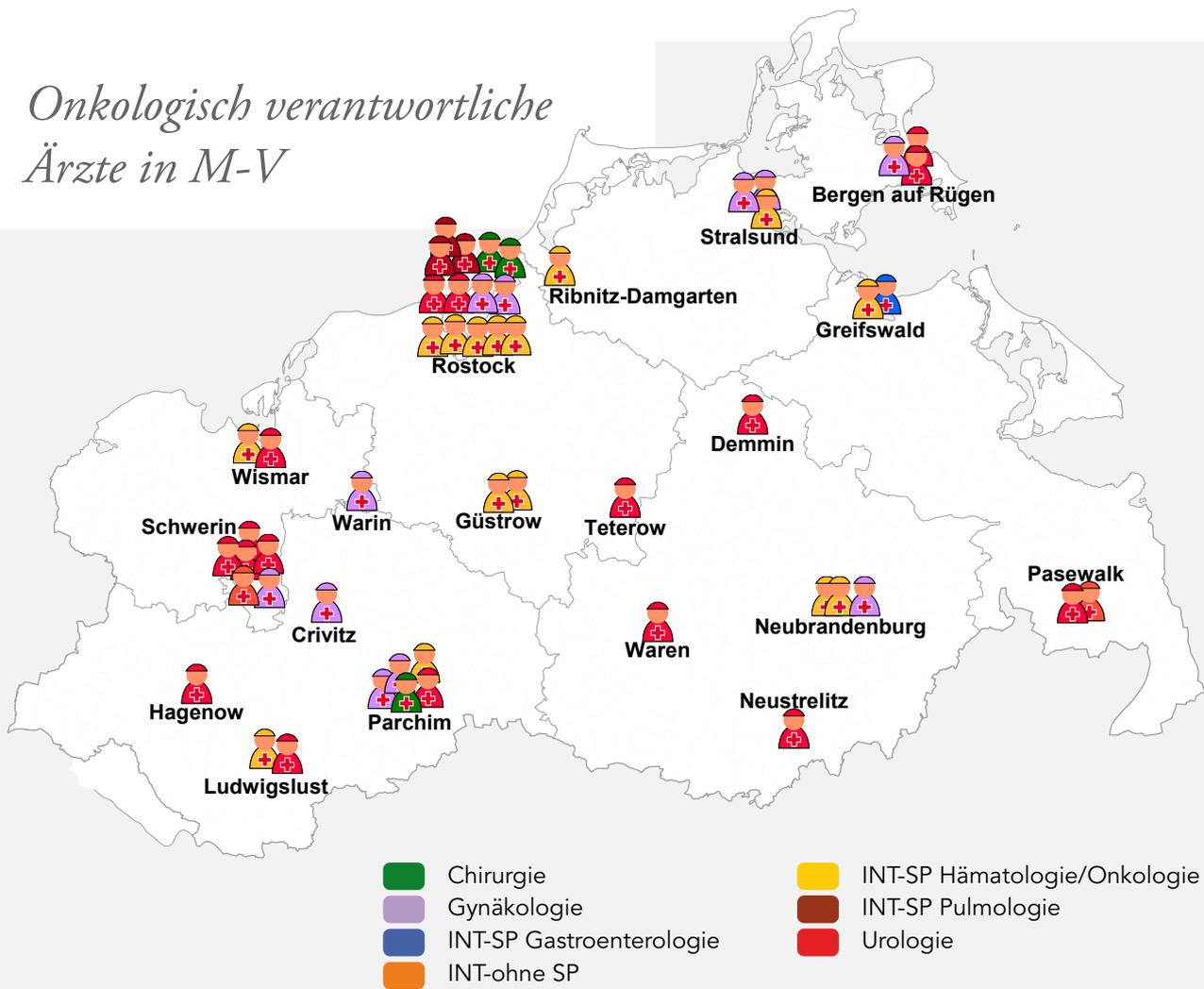
barungen teilnehmende Ärzte aus Sicherstellungsgründen zur Teilnahme an der neuen Onkologie-Vereinbarung zugelassen werden. Diese Möglichkeit ergriff die KVMV und modifizierte die Vorgaben der Onkologie-Vereinbarung. So wurde gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen eine Umsetzungsvereinbarung auf Landesebene geschlossen, welche die Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in MV gewährleisten soll.

In unserem Bundesland stellen derzeit 52 besonders qualifizierte onkologisch verantwortliche Ärzte die ambulante onkologische Versorgung der Patienten sicher.

Im Einzelnen handelt es sich um:

FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie, FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie, FÄ für Frauenheilkunde, FÄ für Urologie, FÄ für Chirurgie. ■

Onkologisch verantwortliche Ärzte in M-V



Ärzte für	A	B	C	D	E	F
Innere Medizin, hausärztlich tätig	2	–	1	–	–	–
Chirurgie	3	–	–	–	–	–
Gynäkologie	11	1	5	–	–	–
Innere Medizin ohne SP fachärztlich tätig	–	–	–	–	–	1
Innere Medizin SP Hämatologie	15	4	–	–	3	–
Innere Medizin andere SPe	4	1	–	1	1	–
Urologie	17	–	4	–	–	–
Andere	–	–	–	1	–	1

A – Anzahl Ärzte mit Genehmigung zum 31. Dezember 2012; B – darunter Anzahl Ärzte zum 31. Dezember 2012 in Neu-/Jungpraxen; C – darunter Anzahl Ärzte zum 31. Dezember 2012 in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden; D – Anzahl beschiedene Anträge; E – davon Anzahl Genehmigungen; F – davon Anzahl Ablehnungen

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung gemäß § 7 und § 10 der Vereinbarung wurden den Onkologie-Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen verschiedene Aufgaben zur Einhaltung der Qualitäts-sicherungsmaßnahmen gemäß § 135 SGB V übertragen. Danach hat der onkologisch qualifizierte Arzt neben den Anforderungen gemäß § 3 und § 5 unter anderem folgende zusätzliche Pflichten zu erfüllen und nachzuweisen:

- Kontinuierliche Fortbildung durch regelmäßige Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen onkologischer Fachgesellschaften. Alle am Vertrag teilnehmenden Ärzte haben jährlich 50 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Diese Fortbildungen müssen von den Ärztekammern anerkannt sein und sich im Schwerpunkt auf onkologische Fortbildungsinhalte beziehen.
- Teilnahme an mindestens 2 nachweislich industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen pro Jahr.
- Permanente interne und externe Fortbildung des Praxispersonals in Form einer Teilnahme an jährlich mindestens einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung, die von den Ärztekammern oder den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt wird.

Bei den jährlich nachzuweisenden industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen hat sich die KVMV in Abstimmung mit der Onkologie-Kommission bereit erklärt, eine jährliche Fortbildungsveranstaltung logistisch zu unterstützen. So konnte die KVMV 2012 bereits im dritten Jahr die jährliche Pharmakotherapieberatung den onkologisch qualifizierten Ärzten im Land anbieten. Für die inhaltliche Durchführung gelang es der KVMV, Herrn Prof. Dr. med. Ulrich R. Kleeberg (siehe Foto), Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie, aus Hamburg zu gewinnen. Zu dem Thema „Interaktionen von Arzneimitteln in der Onkologie“ referierte Prof. Kleeberg mit einer sich anschließenden Diskussionsrunde, welche von allen teilnehmenden Onkologen mit großer Resonanz angenommen wurde.

Im Weiteren hat die Geschäftsstelle der Onkologie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern auf der Grundlage der „Onkologie-Vereinbarung“ (gemäß § 10 Abs. 1 Punkt 3) acht Prozent der teilnehmenden Ärzte mit jeweils 20 Fällen pro Jahr in Form einer stichprobenweisen Überprüfung hinsicht-

lich einer einheitlichen Dokumentation zu begutachten. Gemäß § 8 der Vereinbarung muss der onkologisch qualifizierte Arzt eine patientenbezogene Dokumentation nach den Vorgaben des Anhangs 1 der Onkologievereinbarung, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht, erstellen. Dies gilt insbesondere für histologische Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne und Protokolle sowie für die Dokumentation der systematischen medikamentösen Therapie und deren Toxizität.



Foto: KVMV/Schäfer

Die für das Jahr 2012 durchgeführte Stichprobenprüfung ergab hinsichtlich der Vollständigkeit und der Orientierung der Behandlung an den aktuellen, einschlägig interdisziplinär abgestimmten Leitlinien bei den sechs zu prüfenden Ärzten folgendes Ergebnis:

- 1 Arzt mit geringen Beanstandungen,
- 4 Ärzte mit erheblichen Beanstandungen,
- 1 Arzt mit schwerwiegenden Beanstandungen. ■

Strahlendiagnostik/-therapie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1. April 1993, zuletzt geändert: 1. Oktober 2009; Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Neufassung 9. Oktober 2010; zuletzt geändert 2. März 2011; Erstfassung 1. Oktober 1992

Konventionelle Röntgendiagnostik

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	393
Anzahl beschiedene Anträge	18
▸ davon Anzahl Genehmigungen	17
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Computertomographie

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	78
Anzahl beschiedene Anträge	12
▸ davon Anzahl Genehmigungen	12
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Osteodensitometrie

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	38
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Konventionelle Röntgendiagnostik

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	15
Anzahl beschiedene Anträge	6
▸ davon Anzahl Genehmigungen	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

**Nuklearmedizin**

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	20
Anzahl beschiedene Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Oktober 1991, zuletzt geändert: 12. Juni 2010

Die Drogensucht ist längst kein Randproblem mehr, sondern sie betrifft eine Vielzahl von Menschen unserer Gesellschaft. Am weitesten verbreitet ist in Deutschland Cannabis. So ist jeder Zweite, der zum ersten Mal wegen Problemen mit illegalen Drogen eine ambulante Sucht-

hilfeeinrichtung aufsucht, ein Cannabiskonsumant. Das überwiegend eingesetzte Substitutionsmittel in Mecklenburg-Vorpommern ist Methadon. Seit mehreren Jahren steigt der Anteil beim Einsatz von Buprenorphin und die Kombination Buprenorphin und Naloxon deutlich an. ■

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	38
Anzahl beschiedene Anträge	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	7
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	26
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen	–

Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3

Stand: 31.12.2012

Anzahl geprüfter Ärzte	9
Anzahl geprüfter Fälle	35
▸ keine Beanstandungen	30
▸ geringe Beanstandungen	3
▸ erhebliche Beanstandungen	2
▸ schwerwiegende Beanstandungen	–

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

Stand: 31.12.2012

Anzahl geprüfter Fälle	24
▸ keine Beanstandungen	24

2-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 3 Abs. 6 (ab 2012)

Stand: 31.12.2012

Anzahl geprüfter Fälle	–
------------------------	---

Patienten

Stand: 31.12.2012

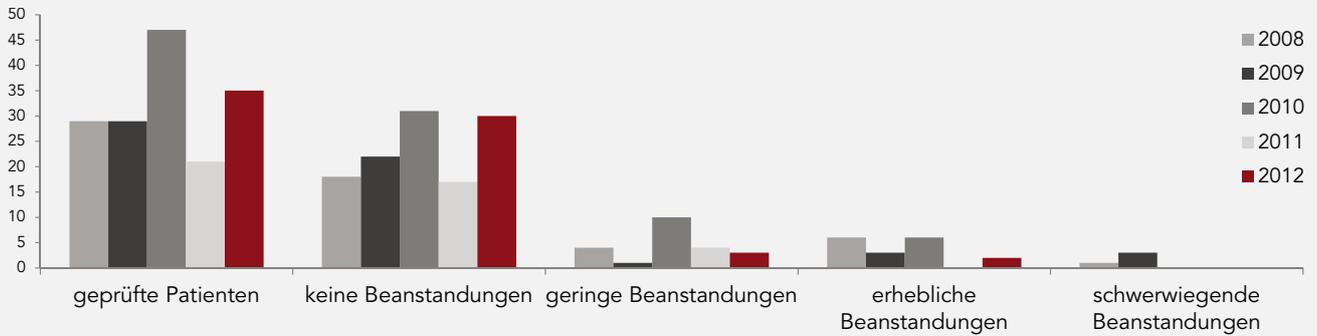
Anzahl Patienten	330
▸ davon Patienten mit Diamorphinsubstitution	–

An-/Abmeldungen

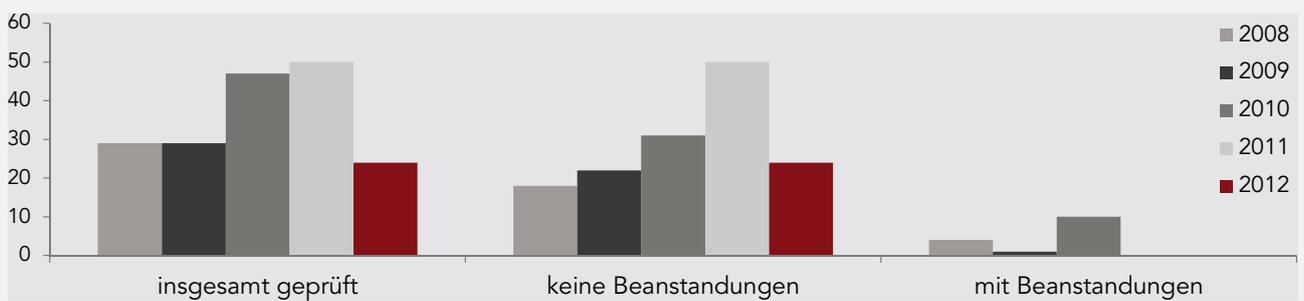
Stand: 31.12.2012

Summe Anzahl Patientenabmeldungen	137
-----------------------------------	-----

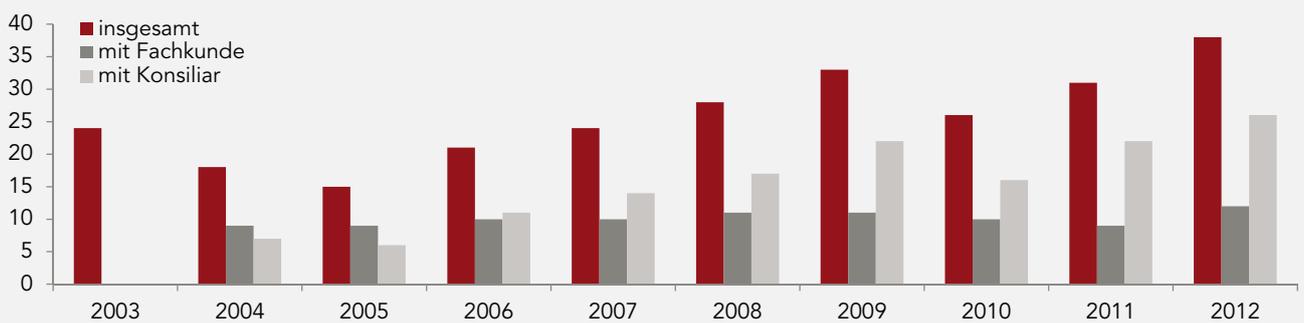
Prüfung der Qualität und das Vorliegen der Voraussetzungen für eine substitutionsgestützte Behandlung von 2008 bis 2012



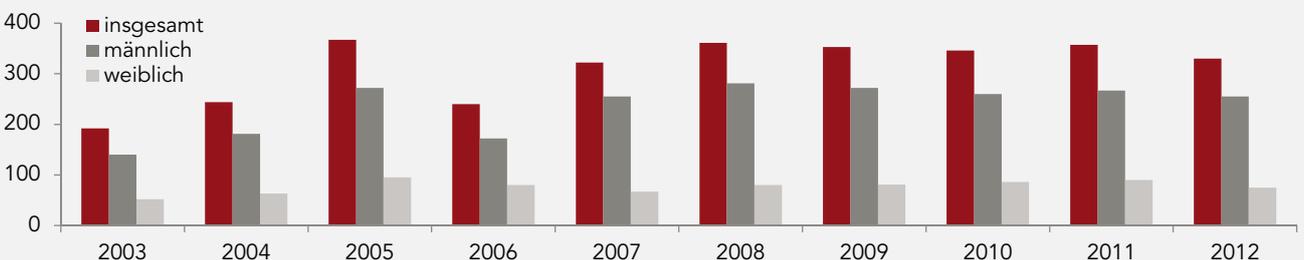
Prüfung der Dokumentationen nach jeweils 5 Behandlungsjahren von 2008 bis 2012



Substituierende Ärzte in MV von 2003 bis 2012



Substitutionsgestützte Behandlungen von 2003 bis 2012



Ultraschalldiagnostik

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1. April 2009, zuletzt geändert 1. Juli 2012; zuvor 1. Neufassung 1. April 1993; Erstfassung 1. April 1986

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1181
	neu § 14
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	79
▶ davon Anzahl Genehmigungen	76
▶ davon Anzahl Ablehnungen	3
	neu
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	173
▶ davon Anzahl Genehmigungen	138
▶ davon Anzahl Ablehnungen	35
	§ 14 Abs. 6
Anzahl Kolloquien	6
▶ davon bestanden	4
▶ davon nicht bestanden	2
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	86

Anwendungsbereiche mit jeweiliger Anzahl von Ärzten mit Genehmigung

Stand: 31.12.2012

AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	27
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	21
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	21
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	68
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	51
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	419
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	67
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	3
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	6
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	–
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	30
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	1

AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	82
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	–
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	76
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	506
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	4
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	4
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	81
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	105
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	55
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus,	209
AB 9.1	geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	201
AB 9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	–
AB 9.2	weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	31
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	95
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	92
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	49
AB 12.1	Haut, B-Modus	5
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	5
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	79
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	46
AB 20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	1
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	11
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	39
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	68
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	14
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	53
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	1
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominale und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	45
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	9
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	63
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	1
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	6
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	–
AB 22.1	Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	14
AB 22.2	Duplex-Verfahren – feto-maternal Gefäßsystem	23

Apparative Ausstattung § 9

Stand: 31.12.2012

	Anzahl
Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	1264 (Gerätekonsolen)
insgesamt erteilte Bescheide zu nicht mehr zugelassener US-Systemen	3

Nur Gerätekonsolen

Stand: 31.12.2012

Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c	393
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme im Jahr 2012 gemäß § 2c	211
▶ davon ohne Beanstandungen:	
▶ Baujahr des Systems: vor 1990	1
▶ Baujahr des Systems: 1990 bis 1994	17
▶ Baujahr des Systems: 1995 bis 1999	21
▶ Baujahr des Systems: 2000 bis 2004	35
▶ Baujahr des Systems: 2005 bis 2009	73
▶ Baujahr des Systems: 2010 bis heute	62
▶ davon mit Beanstandungen:	
▶ Baujahr des Systems: vor 1990	–
▶ Baujahr des Systems: 1990 bis 1994	–
▶ Baujahr des Systems: 1995 bis 1999	2
▶ Baujahr des Systems: 2000 bis 2004	–
▶ Baujahr des Systems: 2005 bis 2009	–
▶ Baujahr des Systems: 2010 bis heute	–
Zusätzlich bei Beanstandungen: im Jahr 2012 erlassene Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen	2

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11**Anzahl Prüfungen**

Stand: 31.12.2012

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter Ärzte	34	11
▶ davon ohne Mängel	6	3
▶ davon mit Mängeln	28	8

Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)

Stand: 31.12.2012

Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen	170	55
▶ davon ohne Beanstandungen	55	28
▶ davon mit Beanstandungen	115	27

bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation

Stand: 31.12.2012

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	4	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	5	2

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	2	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	1	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	1	–

bei Beanstandungen der Bilddokumentation

Stand: 31.12.2012

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	52	14
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	3	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	65	17

Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6

Stand: 31.12.2012

▸ davon ohne Beanstandungen	3
▸ davon mit Beanstandungen	1

Widerrufe

Stand: 31.12.2012

	Ärzte	Anwendungsbereiche
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	1	1

Ultraschalldiagnostik Säuglingshüfte

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	92
Anzahl beschiedene Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2

Dokumentationsprüfungen

Stand: 31.12.2012

	Initial- prüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
Anzahl geprüfter Anträge	1	11	16
▸ davon ohne Beanstandungen	1	2	12
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	–	5	3
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	–	2	1

Dokumentationsprüfungen

Stand: 31.12.2012

	Initial- prüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	–	2	–
▸ davon ohne Beanstandungen	–	1	–
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	–	1	–
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	–	1	–
▸ Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	–	1	–
▸ Anzahl Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US- Vereinbarung teilgenommen haben	–	–	–
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	im Rahmen des Bescheides		

Dokumentationsprüfung – Mängelanalyse

Stand: 31.12.2012

Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	324
▸ davon regelgerecht (Stufe I)	262
▸ davon eingeschränkt (Stufe II)	54
▸ davon unzureichend (Stufe III)	8
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	4
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2:	4
▸ davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	4
▸ davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	–
▸ davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	–

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1. Oktober 2007; zuvor erste Neufassung 1. Juli 1992; Erstfassung 1. Februar 1980

Genehmigungen

Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	11
Anzahl beschiedene Anträge	–

Anzahl Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess Stand: 31.12.2012

Anzahl abrechnender Ärzte (III/2012)	11
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	6
▶ davon bestanden	6
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	–
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	–

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse Stand: 31.12.2012

	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	72	–
▶ davon ohne Beanstandungen	72	–
▶ davon mit Beanstandungen	–	–

Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess Stand: 31.12.2012

Anzahl abrechnender Praxen	9
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	9
▶ davon ohne Auffälligkeiten	8
▶ davon mit Auffälligkeiten	1
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	1
▶ davon ausreichend begründete Stellungnahmen	1
▶ davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	–
Anzahl Kolloquien	–

Fortbildungsverpflichtung § 9 Stand: 31.12.2012

Anzahl Ärzte, die 2012 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	11
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2012 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	36 Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt
	36 Vorlagen von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2

Durchführungsbestimmungen zu diesen Prüfungen sind allgemein in den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V festgelegt. Mit Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum 1. Januar 2007 wurde die bisher bewährte Praxis weiterentwickelt und hinsichtlich Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen in Bereichen konkretisiert, sofern in den jeweils geltenden Vereinbarungen oder Richtlinien nicht selber konkrete Vorgaben gemacht sind. Mit dieser neuen

Richtlinie wird ein Mindeststandard festgehalten, der zuvor in einzelnen KVen deutlich überschritten wurde, neu ist eine bundesweite Zusammenschau der Prüfungen, die in einem jährlichen Bericht dem G-BA übermittelt wird.

Die Kassenärztliche Vereinigung M-V prüft gemäß den bundesweit geltenden Vereinbarungen und Richtlinien und nach Maßgabe eigener regionaler Beschlüsse anhand von Stichproben die Qualität von Leistungen im Einzelfall. Dabei ist im Wesentlichen zwischen Prüfungen zu Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V und zu Richtlinien nach § 136 Abs. 2 SGB V zu unterscheiden. ►

	Computertomographie		Konventionelle Röntgendiagnostik	
	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 2
Anzahl abrechnender Ärzte	63		289	
Anzahl geprüfter Ärzte	3		17	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	3		17	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	–		–	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach Prüfung:	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 2
▸ keine Beanstandungen	1	–	–	–
▸ geringe Beanstandungen	2	–	8	–
▸ erhebliche Beanstandungen	–	–	5	–
▸ schwerwiegende Beanstandungen	–	–	4	–
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	–		9	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	–		–	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	–		–	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	–		–	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	–		–	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	–		–	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	–		–	

▼
In den Leistungsbereichen:

- Arthroskopie,
- konventionelle Röntgendiagnostik,
- Computertomographie und,
- Magnetresonanztomographie

werden nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung bundesweit von mindestens vier Prozent aller abrechnenden Ärzte jeweils zwölf Dokumentationen geprüft. Darüber hinaus werden auf Grundlage regionaler Vereinbarungen zusätzliche Stichprobenprüfungen durchgeführt. Auch diese Prüfungen finden nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung statt. Die Ergebnisse dieser obligaten und

fakultativen Prüfungen sind von der KBV jährlich an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln. Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden unter Einbindung eines externen Datenanalysten an den Gemeinsamen Bundesausschuss berichtet. Weitere Dokumentationsprüfungen, in der Hauptsache nach Vereinbarungen zu § 135 Abs. 2 SGB V aber auch nach § 135 Abs. 1 und anderen, finden regelhaft in weiteren Bereichen statt. Der Umfang reicht hier von einem Stichprobenumfang von drei Prozent bis zu einer Vollerhebung, einer verpflichtenden Zweitmeinung oder zusammenfassenden Jahresstatistiken. ■

Kernspintomographie		Arthroskopie		Langzeit-EKG-Untersuchungen		Herzschrittmacheruntersuchung	
60		37		138		48	
4		5		21		2	
4		5		19		2	
–		–		2		–	
gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 3
2	–	3	–	6	–	1	–
2	–	–	–	13	–	–	–
–	–	1	–	–	1	1	–
–	–	1	–	–	1	–	–
2		2		15		1	
–		–		2		–	
–		–		1		–	
–		–		–		–	
–		–		1		–	
–		–		2		1	
–		–		–		–	

Qualitätsmanagement

Das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen. Dabei wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung übertragen. Der G-BA hat hierzu eine „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ erarbeitet, welche am 1. Januar 2006 in Kraft trat.

Den Stand der Einführung des Qualitätsmanagement (QM) zu erheben gehört zu den Aufgaben der KVen bzw. der QM-Kommissionen. Zu diesem Zweck wird jährlich eine Stichprobe von 2,5 Prozent der Vertragsärzte/-psychotherapeuten als Grundlage der Erhebung gezogen. Die zufällig ausgewählten Vertragsärzte/-psychotherapeuten werden zu einer schriftlichen Darlegung des bisher erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes ihres QM-Systems aufgefordert. Aus der Darlegung muss der zeitliche Ablauf der Einführung und die ergriffenen Maßnahmen gemäß der Phase 1 „Planung“, der Phase 2 „Umsetzung“, der Phase 3 „Überprüfung“ und der Phase 4 „Weiterentwicklung“ hervorgehen.

- **Phase I „Planung“:** In einem Zeitraum von längstens zwei Jahren nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit sind Maßnahmen zur Planung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durchzuführen. Dazu gehören beispielsweise eine Selbstbewertung, die Festlegung von Zielen, die Teilnahme an einer QM-Fortbildung und die Benennung der für QM zuständigen Mitarbeiter.
- **Phase II „Umsetzung“:** In zwei weiteren Jahren sind konkrete Maßnahmen bezüglich der Patientenversorgung und der Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation zu ergreifen. Dazu gehören beispielsweise regelmäßige, strukturierte Teamsitzungen, die Erstellung von Prozess- und Ablaufbeschreibungen, die Durchführung von Patientenbefragungen und das Einleiten von Verbesserungen durch ein Fehler- und Beschwerdemanagement.
- **Phase III „Überprüfung“:** In einem weiteren Jahr ist eine erneute Selbstbewertung hinsichtlich aller in der ÄQM-RL geforderten Grundelemente und Instrumente durchzuführen.
- **Phase IV „fortlaufende Weiterentwicklung“:** Spätestens ab dem sechsten Jahr nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit schließt sich die Phase

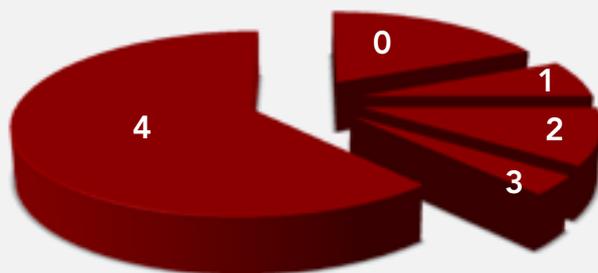
der fortlaufenden Weiterentwicklung an. Alle geforderten Grundelemente sind im Praxisalltag integriert und die Instrumente des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements werden kontinuierlich angewandt.

Zu dem Einführungs- und Entwicklungsstand des praxisinternen Qualitätsmanagements hat die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2012 60 Vertragsärzte/-psychotherapeuten befragt. 52 Ärzte/Psychotherapeuten nahmen an der Befragung teil, dieses entspricht einer Teilnehmerquote von 86,7 Prozent. ■

Ist-Phasen als Übersicht

	Anz. Praxen
Ist-Phase 0*	11
Ist-Phase 1 (Planung)	4
Ist-Phase 2 (Umsetzung)	6
Ist-Phase 3 (Überprüfung)	2
Ist-Phase 4 (Weiterentwicklung)	37

* Ist-Phase 0 beinhaltet fehlende, inkorrekte oder unvollständige Rückläufe.



Stand: 31.12.2012; Grafik: KVMV

Fortbildungsverpflichtung

Neben den Berufsordnungen verpflichtet auch das SGB V alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung (§ 95d SGB V). Die KBV hat dazu in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer die „Regelung der Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V“ beschlossen, die am 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist.

Pharmakotherapieberatung im Hause der KVMV



Foto: KVMV/Alwerdt

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen – unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind – innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Für Ärzte und Psychotherapeuten, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen waren, endete der erste Nachweiszeitraum am 30. Juni 2009. Für alle anderen begann bzw. beginnt er mit dem Datum der Zulassung/Anstellung/Ermächtigung und endet nach fünf Jahren.

Der Nachweis der Fortbildungsverpflichtung ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich durch ein Kammerzertifikat zu führen. 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. Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonten, die bei den Berufskammern geführt werden.

Eine unzureichende Fortbildung zieht Sanktionen nach sich, die der Gesetzgeber in § 95d Abs. 3 SGB V streng definiert hat:

- Honorarkürzungen für vier Quartale um zehn Prozent, ab dem fünften Quartal um 25 Prozent bis zum Nachweis der Fortbildung,
- Verpflichtung zum Nachholen der Fortbildungsver säumnisse innerhalb von zwei Jahren,
- Einleitung eines Verfahrens auf Zulassungsentzug beim Zulassungsausschuss, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

In der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern waren im Jahr 2012 109 Ärzte und 8 Psychologische Psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. 108 Ärzte und acht Psychologen haben den Nachweis gegenüber der KV erbracht, dies entspricht 99,1 Prozent. Gegen 12 Ärzte wurden im Jahr 2012 aufgrund von Nichterfüllung der Fortbildungspflicht Sanktionen eingeleitet. Keinem Arzt bzw. Psychotherapeuten musste der Zulassungsausschuss die Zulassung bzw. die Genehmigung der Ermächtigung/Anstellung entziehen. ■

Qualitätszirkel

Ein Qualitätszirkel ist der Begriffsbestimmung nach ein Arbeitskreis, der das Ideen- und Wissenspotenzial aktivieren soll bzw. eine auf unbestimmte Dauer angelegte Kleingruppe, in der die Teilnehmer in regelmäßigen Abständen unter Leitung eines Moderators zusammenkommen. Fragen, Probleme oder auch Themen des eigenen Arbeitsbereiches zu diskutieren, zu analysieren, das eigene Handeln kritisch zu hinterfragen sowie Lösungs- und Verbesserungsvorschläge bzw. Alternativen zu erarbeiten, ist das Ziel eines Qualitätszirkels.

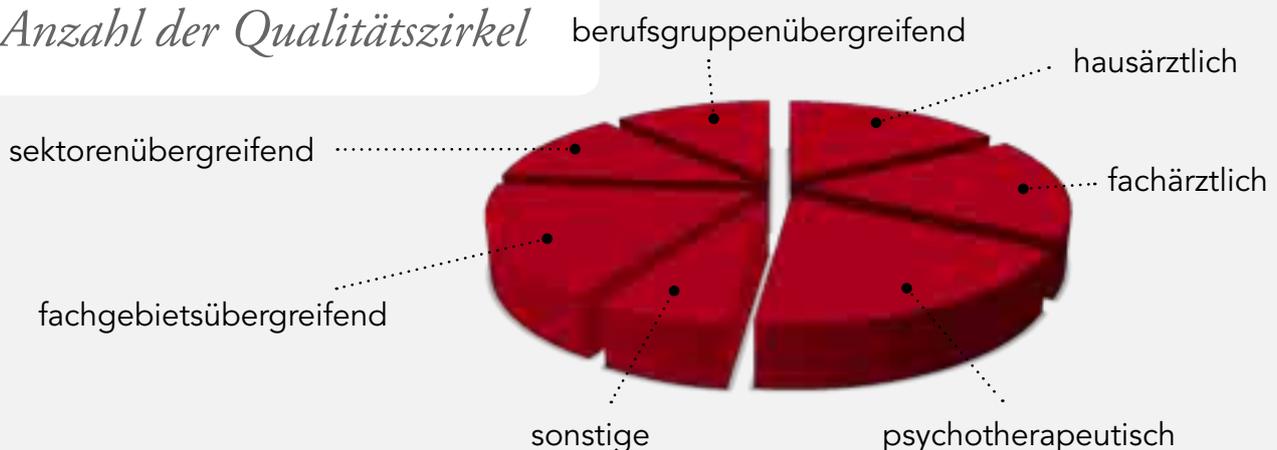
Dieses Instrument „Qualitätszirkel“ hat sich auch in der ambulanten medizinischen Versorgung als ein fester Bestandteil der Fortbildung etabliert. So finden regelmäßig zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten interdisziplinär oder fachübergreifend Qualitätszirkel statt. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unterstützt ihre Mitglieder hierbei organisatorisch und finanziell. Jährlich organisiert die Kassenärztliche Vereinigung eine Moderatorenschulung mit professionellen Trainern auf der Grundlage entsprechender Vorstandsbeschlüsse, wodurch im Jahre 2012/13 Moderatoren neu ausgebildet wurden.

Nach dem Erhalt des Moderatorenzertifikates hat der Moderator die Möglichkeit, formlos an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung einen Antrag auf Gründung eines Qualitätszirkels zu stellen. Nach entsprechender Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung erhält der Antragsteller ein Anerkennungsschreiben des Qualitäts-

zirkels. Des Weiteren erhält der Antragsteller von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eine Teilnehmerliste mit seiner persönlichen Qualitätszirkel-Nummer, welche er zur Durchführung des Qualitätszirkels benötigt. Der Qualitätszirkelmoderator erstellt nach der Sitzung ein Protokoll und sendet es zusammen mit der Teilnehmerliste im Original bis 14 Tage nach Ablauf der Veranstaltung an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV zur Weiterleitung an die Ärztekammer zur elektronischen Erfassung des Barcodes und somit zur Anerkennung von Fortbildungspunkten gemäß § 95d SGB V. Mit diesem Leistungspaket fördert die KVMV seit Jahren erfolgreich eine aktive Zirkelarbeit im Bereich der KVMV.

Im Jahr 2012 waren von den rund 2.600 zugelassenen Haus- und Fachärzten ca. 60 Prozent in 254 Qualitätszirkeln organisiert. Die folgende Darstellung zeigt die Verteilung der Qualitätszirkel nach Fachgebieten sowie die Verteilung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. ■

Anzahl der Qualitätszirkel

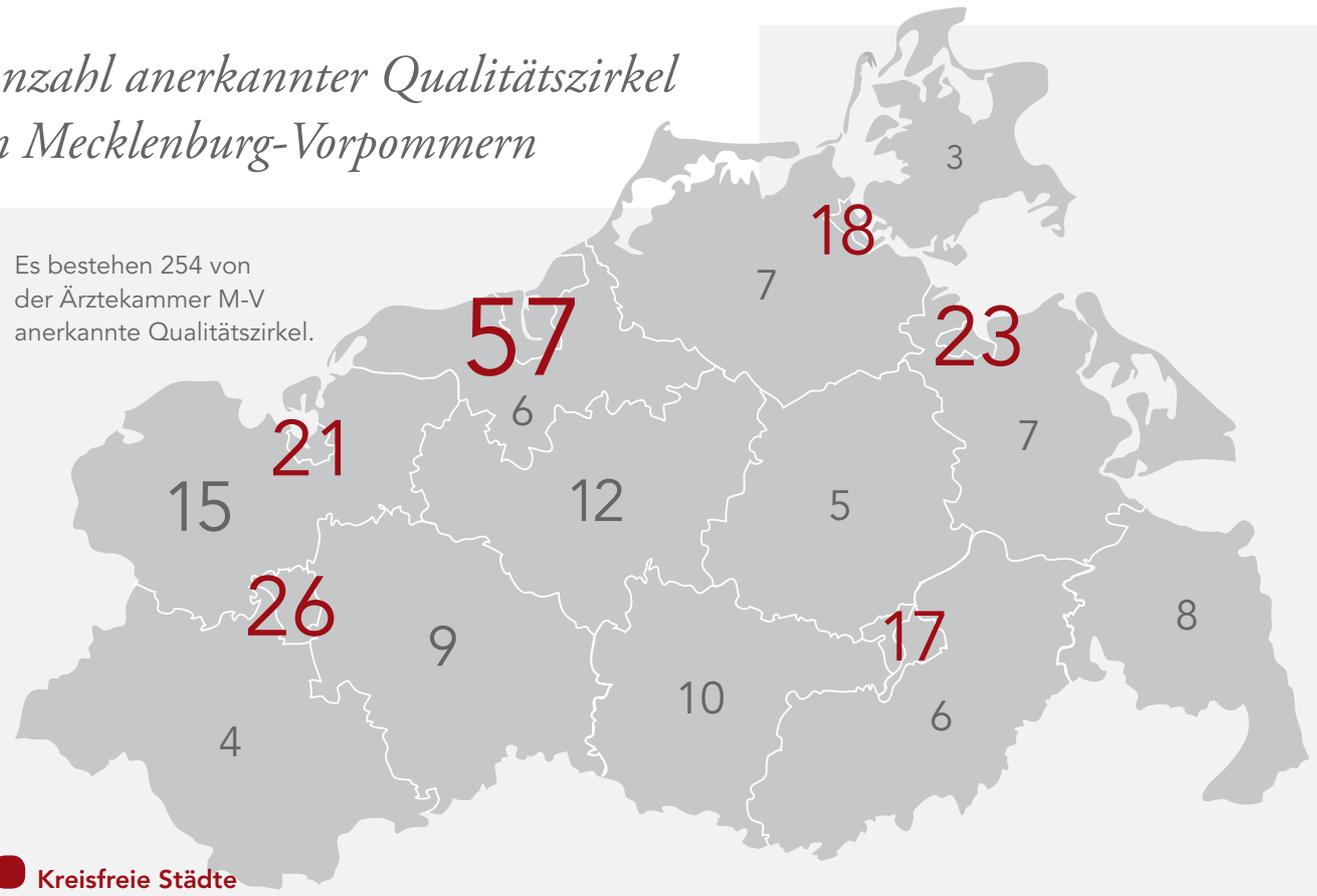


Anzahl der Qualitätszirkel gesamt (254)

hausärztlich (42); fachärztlich (42); psychotherapeutisch (48); sonstig (17); fachgebietsübergreifend (45); sektorenübergreifend (30); berufsgruppenübergreifend (30)

Anzahl anerkannter Qualitätszirkel in Mecklenburg-Vorpommern

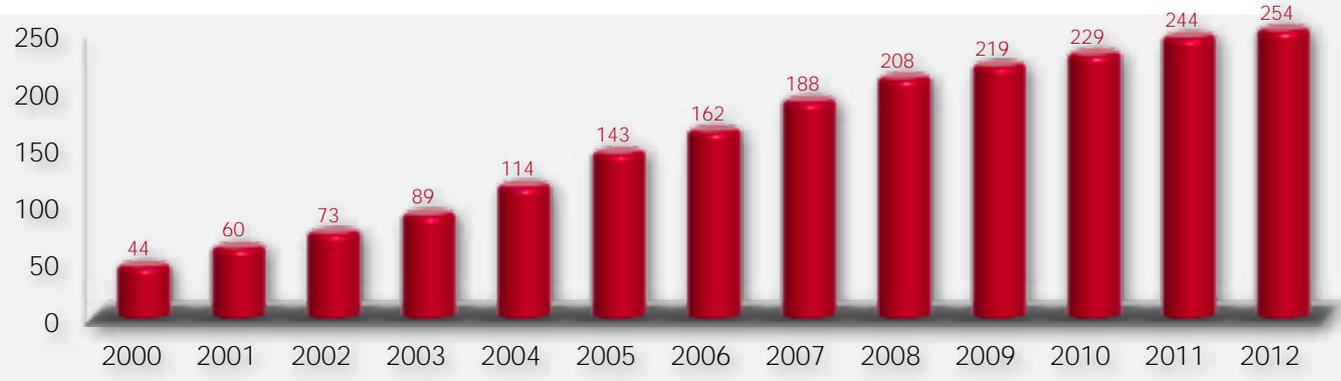
Es bestehen 254 von der Ärztekammer M-V anerkannte Qualitätszirkel.



- Kreisfreie Städte**
Schwerin (26); Rostock (57); Stralsund (18); Wismar (21); Greifswald (23); Neubrandenburg (17).
- Landkreise**
Nordwestmecklenburg (15); Ludwigslust (4); Parchim (9); Güstrow (12); Bad Doberan (6); Nordvorpommern (7); Rügen (3); Demmin (5); Ostvorpommern (7); Uecker-Randow (8); Mecklenburg-Strelitz (6); Müritz (10).

Stand: 31.12.2012

Entwicklung der Anzahl der Qualitätszirkel von 2000 – 2012



Ansprechpartner im Geschäftsbereich Qualitätssicherung

Tel.: 0385.7431-...

	QS-Gebiet von A bis Z	Ansprechpartner	Durchwahl
A	Akupunktur	Anika Bencke	249
	Ambulantes Operieren	Stefanie Moor	384
	Apheresen	Monika Schulz	383
	Arthroskopie	Brit Tesch	382
B	Balneophototherapie	Anika Bencke	249
	Chirotherapie	Kirsten Martensen	243
C	Computertomographie	Martina Lanwehr	375
	Diabetischer Fuß	Renate Hahn	385
D	Dialyse	Monika Schulz	383
	DMP Asthma	Kirsten Martensen	243
	DMP Brustkrebs	Kirsten Martensen	243
	DMP COPD	Kirsten Martensen	243
	DMP Diabetes Typ 1 und 2	Renate Hahn	385
	DMP KHK	Monika Schulz	383
	Entwicklungsneurologie	Anke Voglau	377
	Früherkennungsuntersuchung	Caroline Janik	177
	Funktionsstörung der Hand	Brit Tesch	382
	Gestationsdiabetes	Renate Hahn	385
G	Hautkrebsscreening	Anika Bencke	249
	Herzschrittmacher	Caroline Janik	177
H	HIV/Aids	Liane Ohde	210
	Homöopathie	Brit Tesch	382
	Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	384
	Humangenetik	Silke Seemann	387
	HZV	Caroline Janik	177
	Impfen	Liane Ohde	210
	Interv. Radiologie	Martina Lanwehr	375
	Invasive Kardiologie	Caroline Janik	177
	Koloskopie	Brit Tesch	382
	Künstliche Befruchtung	Silke Seemann	387
K	Labor	Silke Seemann	387

	Langzeit-EKG	Caroline Janik	177
<i>M</i>	Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	375
	Mammographie-Screening	Liane Ohde	210
	MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	375
<i>N</i>	Neugeborenencreening	Silke Seemann	387
	Nuklearmedizin	Martina Lanwehr	375
<i>O</i>	Onkologie	Kirsten Martensen	243
	Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	375
	Otoakustische Emission	Liane Ohde	210
<i>P</i>	Palliativversorgung	Anke Voglau	377
	PDT/PTK	Brit Tesch	382
	Pflegeheim Plus	Caroline Janik	177
	Physikalisch-medizinische Leistungen	Kirsten Martensen	243
	Praxisassistentin	Monika Schulz	383
	Psychosomatische Grundversorgung	Anke Voglau	377
	Psychotherapie	Anke Voglau	377
	Psychotherapie Informationsstelle	Anika Bencke	249
<i>Q</i>	Qualitätsmanagement	Martina Lanwehr	375
	Qualitätszirkel	Ilona Holzmann	244
<i>R</i>	Radiologie	Marion Rothe	376
	Rehabilitation	Liane Ohde	210
	Rheumatologie	Renate Hahn	385
<i>S</i>	Schlafapnoe	Kirsten Martensen	243
	Schmerztherapie	Stefanie Moor	384
	Sozialpsychiatrie	Anke Voglau	377
	Soziotherapie	Anke Voglau	377
	Stoßwellenlithotripsie	Monika Schulz	383
	Strahlentherapie	Martina Lanwehr	375
	Substitutionsbehandlung	Liane Ohde	210
	Suchtvereinbarung	Liane Ohde	210
<i>T</i>	Tonsillotomie	Stefanie Moor	384
<i>U-Z</i>	Ultraschall	Marion Rothe	376
	Vakuumbiopsie der Brust	Martina Lanwehr	375
	Zytologie	Silke Seemann	387



ΕΙΔ
ΓΡΟΣ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΑΣΚΛΗΤΙΚΩΝ
ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ

...τε και πάσας ἰσότητας ποιήσει κατὰ δύναμιν
...καὶ ἐγγαφὴν τήνδ
...μετὰ τὸν διδάξαντά με τ
...ἴσα γενέτησιν ἑμοῖσιν καὶ
...καὶ χρεῶν χρηρίζοντα μετάδο
...μένος τὸ ἐξ αὐτοῦ ἀδελφείο
...αὐτοῖσι καὶ διδάξαι τὴν τέχνη
...αὐτῶν μισθοῦ κα
...αὐτῶν καὶ ἀποστολῶν καὶ
...αὐτῶν μεταδόντων ποιήσει

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