



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

2013



Inhaltsverzeichnis

■ Vorwort – Axel Rambow	4
■ Ambulante ärztliche Versorgung in M-V – Zahlen und Fakten auf einen Blick	6
■ Darstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	6
■ Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	9
■ Der medizinische Nachwuchs – in unserem Land Mecklenburg-Vorpommern	10
■ Versorgung Rund um die Uhr – der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung M-V	14
■ Hohe Versorgungsqualität – innovative Projekte	16
Die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH – im Auftrag des Hausarztes!.....	16
Nachgefragt: VERAH oder NäPA – Ein Blick in die Praxis	18
Die nächste Stufe: Neue Versorgungsassistentinnen für M-V	19
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	20
Ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB).....	22
Pflegeheim-Verträge in Mecklenburg-Vorpommern	23
■ Ambulante Qualitätssicherung	24
Schematischer Aufbau eines Genehmigungsverfahrens und deren Folgeverpflichtungen	24
■ Qualitätssicherungskommissionen	26
Mitglieder der Kommissionen.....	26
■ Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen	28
Akupunktur.....	29
Ambulante Operationen	30
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	31
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	32
Disease-Management-Programme (DMP)	33
Hörgeräteversorgung.....	35
Hörgeräteversorgung – Kinder	36
Koloskopie	37
Langzeit-EKG-Untersuchungen	40
Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)	41
Magnetresonanztomographie-Angiographie	42
Mammographie (kurativ)	43
Mammographie-Screening	44
Molekulargenetik	47
Onkologie	48
Schlafbezogene Atmungsstörungen	50
Schmerztherapie	51
Strahlendiagnostik/-therapie.....	52

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger.....	53
Ultraschalldiagnostik	56
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri	61
Entwicklung in den letzten Jahren	62
■ Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2	64
■ Qualitätsmanagement	66
■ Hygieneprüfung in M-V	67
■ Fortbildungsverpflichtung	68
■ Qualitätszirkel – eine häufig genutzte Form der Fortbildung	69
■ Ansprechpartner im Geschäftsbereich Qualitätssicherung	72

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.shutterstock.com, www.clipdealer.com, Felix Burda Stiftung, ABDA

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch in diesem aktuellen Qualitätsbericht zum Jahr 2013 der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) bleibt die Aussage aktuell, die vor Jahresfrist an dieser Stelle gemacht wurde: „Der Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hat sich zu einem Tätigkeitsbericht der ambulanten Ärzteschaft über die vielfältigen und konsequent umgesetzten Maßnahmen zur Sicherung einer hochqualitativen Patientenversorgung entwickelt.“

Das hier auf begrenztem Raum zusammengestellte und verdichtete Material kann natürlich längst keinen umfassenden Eindruck vom hohen Qualitätsanspruch der ambulanten Ärzteschaft geben, die vielen Details dürften aber direkt und indirekt Auskunft über die dynamische Entwicklung der individuellen ärztlichen Qualifikation und der sich am modernsten Stand der Medizintechnik orientierenden Praxisausstattung geben.

Die mit deutlicher Schärfe geführte Qualitätsdiskussion im Gemeinsamen Bundesausschuss, bei der Krankenkassen und Patientenverbände immer detaillierter die Strukturvoraussetzungen und Therapieergebnisse in der ambulanten Versorgung hinterfragen, findet in den Qualitätsberichten der Kassenärztlichen Vereinigungen eine sachliche Erwiderung. Es gibt im deutschen Gesundheitswesen derzeit keine vergleichbare Darstel-



lung. Freilich muss man die in vielen Details notwendigerweise komprimierten Berichte auch zu lesen verstehen. Allzu oft sahen sich die Ärzte in letzter Zeit in eine Verteidigungsrolle gedrängt angesichts der Überblicksdarstellung komplexer Abläufe innerhalb der gesetzlichen und mittels Richtlinien vorgegebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen – ganz abgesehen davon, dass mittlerweile eine prozessuale Vielfalt innerhalb dieser Maßnahmen besteht. Auch darf nicht verwundern, dass bei der Rezeption der Berichte oftmals medizinisch komplexe Vorgänge auf fachlich nicht spezialisierte Auf-

fassungen treffen und zu vorschnellen Urteilen führen. Dies gilt es durch verstärkte Kommunikation mit den Adressaten dieser Berichte zu verändern. Positiv gesehen stellt dieser Umstand natürlich auch eine Herausforderung an die Qualität der Darstellungsweise ärztlichen Tuns und medizinischer Prozesse in Diagnostik und Therapie dar – ein Grund, weswegen sich die KVMV seit vielen Jahren auch um eine intensive Öffentlichkeitsarbeit und einen engen Kontakt mit Selbsthilfegruppen und Vertretern anderer Gesundheitsberufe bemüht.

Sehr geehrte Damen und Herren, Qualitätssicherung ist uns mehr als die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht. Wir verstehen diesen jährlichen Bericht als Beitrag zur Darstellung der Leistungskraft der KVMV und empfehlen ihn zur Lektüre überall da, wo in Zeiten eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems Entscheidungen getroffen werden.



Axel Rambow
Vorstandsvorsitzender der KVMV

... Qualitätssicherung ist uns mehr als die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht. Wir verstehen diesen jährlichen Bericht als Beitrag zur Darstellung der Leistungskraft der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten des Landes Mecklenburg-Vorpommern ...

Ambulante ärztliche Versorgung in M-V – Zahlen und Fakten auf einen Blick

Die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung stellt im dünn besiedelten Flächenland Mecklenburg-Vorpommern eine besondere Herausforderung dar. Der demografische Wandel und die damit verbundene steigende Morbidität der Bevölkerung führen zwangsläufig zu einer erhöhten Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung sowie zu steigenden Ausgaben im Arzneimittelbereich. Gleichzeitig werden Praxen ohne Nachfolger geschlossen, wodurch die umliegenden Ärzte häufig viele zusätzliche Patienten aufnehmen. Die Folgen sind längere Anfahrtswege und Wartezeiten auf einen Arzttermin. Durch den steigenden medizinischen Versorgungsbedarf ist für die Patienten jedoch gerade eine wohnortnahe medizinische Grundver-

sorgung von besonderer Bedeutung. Keine Frage, dass dies die Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) vor eine große Aufgabe stellt. Um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung auch in Zukunft gewährleisten zu können, hat die KVMV in den letzten Jahren umfassende Maßnahmenpakete auf den Weg bringen können. Vor allem der Förderung des medizinischen Nachwuchses kommt aufgrund des, gerade in der hausärztlichen Versorgung, bekannten Ärztemangels hierbei eine besondere Stellung zu. Aber auch für die bereits tätigen Vertragsärzte gilt es, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Dies reicht von Praxisförderungen bis zu einem umfangreichen Beratungsspektrum durch die KVMV für Ärzte und Psychotherapeuten. ■

Darstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

In Mecklenburg-Vorpommern sind gegenwärtig insgesamt 2.778 Ärzte und Psychotherapeuten (Personen) in eigener Praxis oder als Angestellte bei anderen Ärzten bzw. Psychotherapeuten oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig. Davon arbeiten 1.149 als Hausärzte gem. § 73 Abs. 1a Nr. 1 und Nr. 3-5 SGB V (ohne Pädiater). 1.629 Ärzte gehören zur Gruppe der Fachärzte. 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):

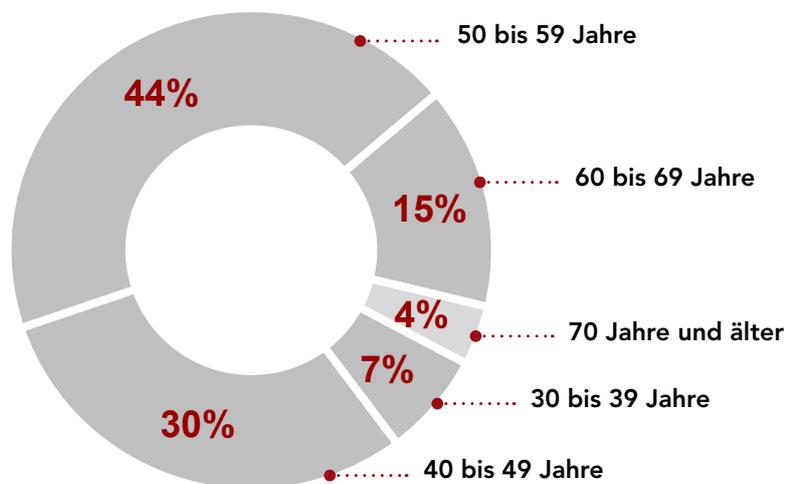
	Anzahl gesamt	Durchschnittsalter (gesamt)	Anzahl der Ärzte 60 Jahre und älter (gesamt)	davon angestellte Ärzte	Durchschnittsalter der angestellten Ärzte	Anzahl der angestellten Ärzte, 60 Jahre und älter
Hausärzte (ohne Pädiater)						
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	890	54,08	220	82	52,55	29
Internisten	259	51,63	51	52	52,96	14
Gesamt	1.149	-	271	134	-	43
Fachärzte						
Anästhesisten	45	51,56	5	8	51,75	1
Augenärzte	120	50,69	15	13	45,85	3
Chirurgen	106	54,25	25	13	53,85	5
Dermatologen	64	52,42	7	2	45,50	0
Gynäkologen	198	52,42	40	20	50,30	3

Fachärzte	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
HNO-Ärzte	89	52,30	11	5	48,40	1
Internisten	188	52,24	27	45	51,27	8
Laborärzte	29	55,07	6	22	55,32	5
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	14	45,29	0	3	38,33	0
Nervenärzte	109	52,79	23	27	51,78	9
Neurochirurgen	14	54,43	1	3	63,33	1
Nuklearmediziner	19	53,84	4	5	49,00	1
Orthopäden	100	51,22	13	11	53,09	4
Pädiater	128	53,27	31	20	47,65	3
Pathologen	16	50,54	2	3	41,33	0
Physikalisch-Rehabilitative Medizin	15	54,00	4	1	61,00	1
Psychologische Psychotherapeuten	193	49,86	33	5	41,40	0
Ärztliche Psychotherapeuten	54	52,74	11	3	43,67	0
Radiologen	56	51,84	8	17	51,53	2
Sonst. Gebiete	6	57,50	2	4	58,25	2
Strahlentherapeuten	10	44,40	0	10	44,40	0
Urologen	56	54,36	10	3	57,33	1
Gesamt	1.629	-	278	243	-	50

Stand: 04.06.2014

Altersverteilung Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten

Die spezielle Demografie unseres Bundeslandes spiegelt sich auch bei den ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten wieder. Das Durchschnittsalter der Hausärzte liegt gegenwärtig bei 54,08 Jahren (Allgemeinmediziner u. Praktische Ärzte) bzw. bei hausärztlich tätigen Internisten bei 51,63 Jahren. Ähnlich stellt sich die Altersverteilung bei den Fachärzten dar. Die Fachärzte (einschließlich Pädiater und Psychotherapeuten) in M-V sind durchschnittlich 52,25 Jahre alt. Die Altersstruktur der Vertragsärzte insgesamt stellt sich wie folgt dar:



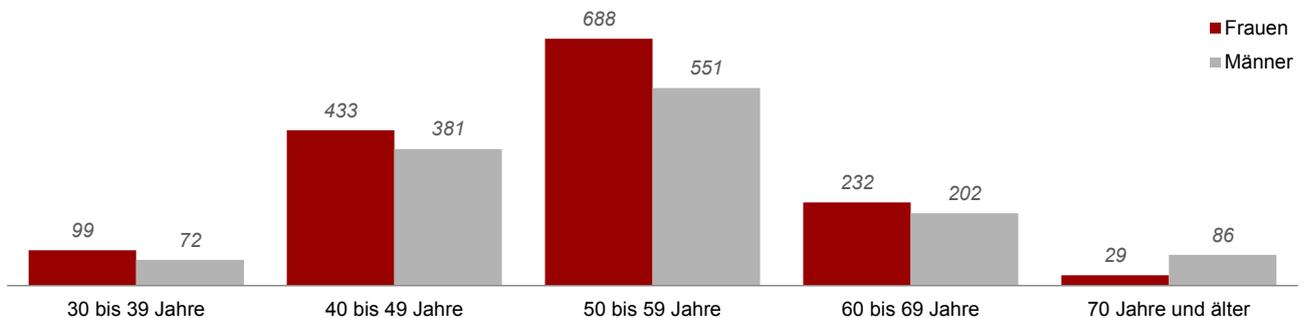
Stand: 04.06.2014

Insgesamt wird deutlich, dass fast die Hälfte der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten zwischen 50 und 60 Jahre alt ist. Der Anteil der über 60-jährigen Hausärzte (Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte/hausärztlich tätige Internisten) liegt derzeit bei rund 23,5 Prozent gegenüber 17,1 Prozent bei den Fachärzten.

Betrachtet man zudem die Geschlechterverteilung, fällt auf, dass sich in den letzten Jahren mehr Frauen als Männer für eine Niederlassung bzw. Anstellung ent-

scheiden. Einerseits zeichnet sich dieser Trend bereits schon während des Medizinstudiums ab, bei dem mittlerweile über die Hälfte der Studienanfänger Frauen sind. Andererseits sind die in der ambulanten Versorgung flexibleren Arbeitsbedingungen ursächlich dafür. Die neuen Möglichkeiten der Niederlassungs- und Anstellungsformen führen zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie und machen es möglich, dass auch immer mehr Frauen sich für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung entscheiden. ■

Verteilung der zugelassenen und angestellten Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten nach Geschlecht



Stand: 04.06.2014

Zugelassene Haus- und Fachärzte nach Geschlecht



Angestellte Haus- und Fachärzte nach Geschlecht



Stand: 04.06.2014

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Ob Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft, Job-Sharing oder Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) etc. – es bestehen vielfältige Möglichkeiten bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im ambulanten Bereich.

Als beliebteste Praxisform stellt sich dabei immer noch die Einzelpraxis heraus (1.838 Ärzte). Die Kooperationsform der Berufsausübungsgemeinschaft haben gegenwärtig 547 Ärzte für sich gewählt. Wer noch nicht den Weg in die selbstständige Niederlassung wagen möchte, hat die Möglichkeit als angestellter Arzt zu arbeiten. Hier ist in den vergangenen Jahren ein deutlicher „Trend“ zu verzeichnen.

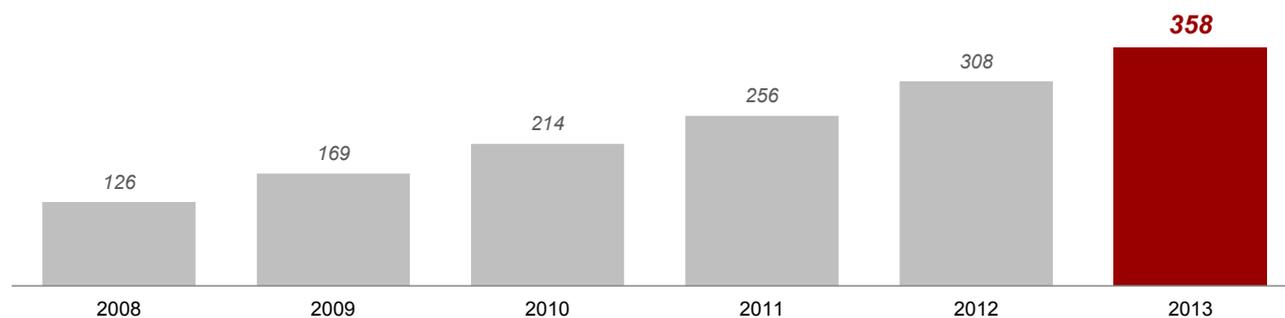
Von den in M-V insgesamt 2.778 tätigen Vertragsärzten befinden sich gegenwärtig 377 in einem Angestelltenverhältnis in Voll- oder Teilzeit. Dies ist eine Zunahme von rund fünf Prozent mehr als im Vorjahr. Vorrangig wählen Ärzte die Anstellung in einem MVZ. In diesen sind aktuell 211 Ärzte beschäftigt. Grund hierfür ist insbesondere die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit losgelöst von betriebswirtschaftlichen, organisatorischen oder rechtlichen Aspekten. Aber auch die gemeinsame Tätigkeit unter einem Dach führt immer mehr dazu, dass der Anteil der am MVZ angestellten Ärzte stetig wächst. In M-V bestehen gegenwärtig 47 zugelassene MVZ. Davon wurden 25 MVZ von Krankenhäusern, 17 MVZ von Vertragsärzten sowie fünf MVZ von sonstigen Leistungserbringern (z.B. Pflegedienste und Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen) gegründet. ■



Foto: www.dfpdokter.com

Ärzte, die sich unsicher sind, welches Praxismodell für sie das richtige ist oder ob für sie eher eine Anstellung in Frage kommt, unterstützt die KVMV gern auf Ihrem Weg in die ambulante Versorgung. Hierfür bietet die Abteilung Kassenärztliche Versorgung, Sekretariat: 0385.7431 371, individuelle Niederlassungsberatungen an.

Entwicklung der Anzahl angestellter Haus- und Fachärzte/Psychotherapeuten



Stand: 31.12.2013

Der medizinische Nachwuchs – in unserem Land Mecklenburg-Vorpommern

Wenn es darum geht, medizinischen Nachwuchs für die ambulante Versorgung zu gewinnen, hat der niedergelassene Bereich einen klaren Wettbewerbsnachteil gegenüber den Kliniken. Durch das überwiegend klinisch geprägte Medizinstudium und die in erster Linie stationär geprägten Facharztweiterbildungen ist es schwer, das Interesse der jungen Mediziner für die ambulante Versorgung zu wecken.

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) hat sehr früh erkannt, dass bereits im Medizinstudium den Studierenden die ambulante Versorgung näher gebracht werden muss, um den späteren Weg in die Niederlassung zu ebnen. Als eine der wesentlichen Maßnahmen ist hier die Finanzierung der Einrichtung

einer Stiftungsprofessur für den Lehrstuhl „Allgemeinmedizin“ an der Universität Rostock durch die KVMV zu nennen. Er konnte im Jahr 2009 besetzt werden und gab gleichzeitig den Anstoß für die Einrichtung eines Lehrstuhls „Allgemeinmedizin“ an der Universität Greifswald im Jahr 2011. Die Lehrstühle werden von zwei engagierten Fachärzten für Allgemeinmedizin geleitet, die selbst neben der akademischen Tätigkeit an der ambulanten Versorgung teilnehmen und den Studierenden näher bringen, dass die Tätigkeit als Hausarzt ein anstrengenswertes Berufsziel für Mediziner ist. Aber auch die seit 1. Oktober 2013 auf Bundesebene beschlossene einmonatige Pflichtfamulatur in einer hausärztlichen Praxis (Allgemeinmedizin/Praktischer Arzt/hausärztlicher Internist/Kinderarzt) soll das Interesse der Nachwuchsmediziner

»Deutschland guckt den Landarzt. Ich werde einer.«

D. Janke
David Janke,
MEDIZINSTUDENT

Möchtest du deine Patienten umfassend und ganzheitlich versorgen und ihnen ein vertrauensvoller Ansprechpartner sein? Als niedergelassener Arzt begleitest du Menschen über einen langen Zeitraum hinweg, vielleicht sogar ein ganzes Leben lang. Alle Vorteile und Chancen ärztlicher Niederlassung unter:
www.lass-dich-nieder.de

Die Haus- und Fachärzte von morgen
Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

für die ambulante Versorgung fördern. Famulaturen, die laut Approbationsordnung sowohl stationär als auch ambulant zu absolvieren sind, ermöglichen es den Studierenden früh Praxisluft zu schnuppern und die spätere Orientierung zu erleichtern. In diesem Zusammenhang unterstützt die KVMV Famulanten mit einem monatlichen „Taschengeld“, wenn diese Ihre Famulatur in einer ambulanten haus- oder fachärztlichen Praxis absolvieren. Im Jahr 2013 konnte an 261 Studierende das sogenannte „Taschengeld“ ausgezahlt werden. Ebenfalls erhalten Studierende, die sich für ein allgemeinmedizinisches Blockpraktikum auf dem Land entscheiden, Zuschüsse zu den entstehenden Fahrkosten. Eine weitere Maßnahme erfolgt gemeinsam durch das Land und die KVMV. Medizinstudierende im Praktischen Jahr können, sofern sie ein Tertial des Praktischen Jahres vollständig in der Allgemeinmedizin absolvieren, eine monatliche finanzielle Unterstützung erhalten. Die Weiterbildungen zum Facharzt für Allgemeinmedizin werden derzeit mit einem Gehaltskostenzuschuss in Höhe von maximal 3.750

Euro pro Monat unterstützt. Ebenso können niedergelassene Kinderärzte für die Ausbildung ihres ärztlichen Nachwuchses 1.750 Euro als Gehaltskostenzuschuss für maximal zwölf Monate erhalten. Dieser ermöglicht es den niedergelassenen Praxisinhabern, den Ärzten in Weiterbildung eine vergleichsweise Vergütung wie im Krankenhaus zu zahlen. Auch können seit 2012 die Lohnnebenkosten für die Beschäftigung eines Arztes in Weiterbildung für die ersten drei Weiterbildungsmonate übernommen werden.

Darüber hinaus besteht bereits seit dem Jahr 2007 das Referat Verbundweiterbildung in der KVMV. Es unterstützt die Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin bei der Koordination der Weiterbildung und ermöglicht eine Weiterbildung ohne Zeitverlust. Vor diesem Hintergrund konnte die KVMV bereits mit 19 Kliniken Kooperationsvereinbarungen schließen, die feste Weiterbildungsstellen für die Ausbildung zum Allgemeinmediziner zur Verfügung stellen. ■

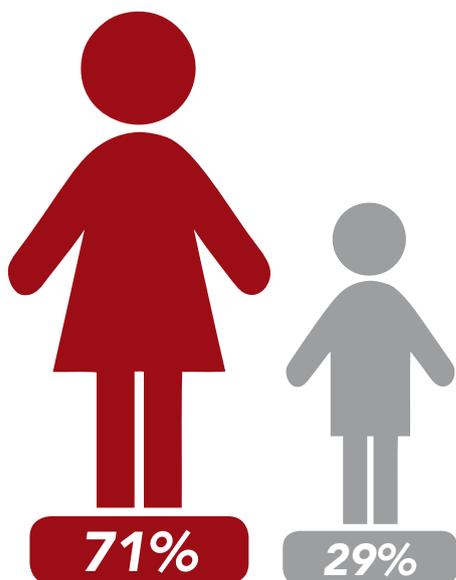
Beteiligte Kliniken an der Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

-  Kliniken mit Rotationsstellen
-  Kliniken mit 5 Rotationsstellen/Jahr



Stand: 01.07.2014; Quelle: Referat Verbundweiterbildung KVMV; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

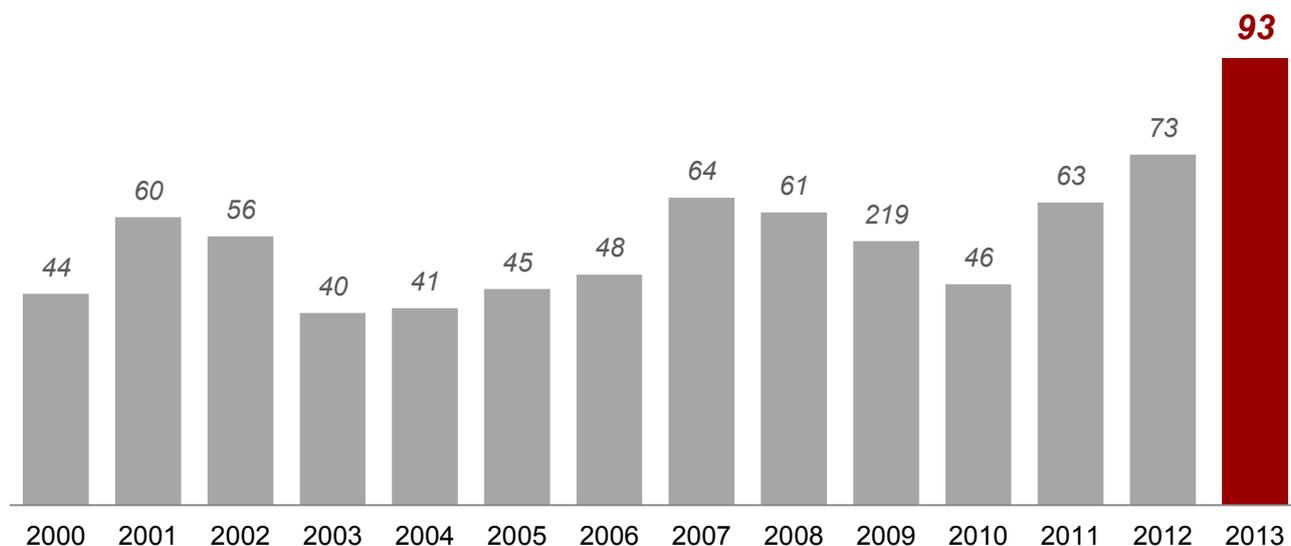
Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Vertragsarztpraxen im Jahr 2013 nach Geschlecht



Neben den Kliniken als Weiterbildungsinstanz beteiligt sich in M-V gegenwärtig bereits jeder zehnte Arzt an der Weiterbildung des medizinischen Nachwuchses und ist im Besitz einer entsprechenden Weiterbildungsbefugnis.

Betrachtet man die letzten Jahre, scheinen sich die auf den Weg gebrachten Maßnahmen allmählich auszuzahlen. So ist die Anzahl der Ärzte in Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin in der ambulanten Versorgung in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Gegenwärtig werden insgesamt 93 Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung durch die Koordinierungsstelle der KVMV in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin betreut (Stand 31.12.2013). Weiterhin konnten im Jahr 2013 erstmals Fachärzte für Allgemeinmedizin aus dem Programm der Verbundweiterbildung erfolgreich in die hausärztliche Versorgung im Lande überführt werden. Auch dies stellt wahrscheinlich ein ausschlaggebendes Kriterium dafür dar, dass im vergangenen Jahr erstmals ein Zuwachs bei den Hausärzten zu verzeichnen war. So haben sich 60 neue Hausärzte (Vollzeitäquivalenz) als angestellte oder zugelassene Ärzte in M-V niedergelassen, während 48 (Vollzeitäquivalenz) ihre Tätigkeit beendeten.

Anzahl der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in der ambulanten Versorgung

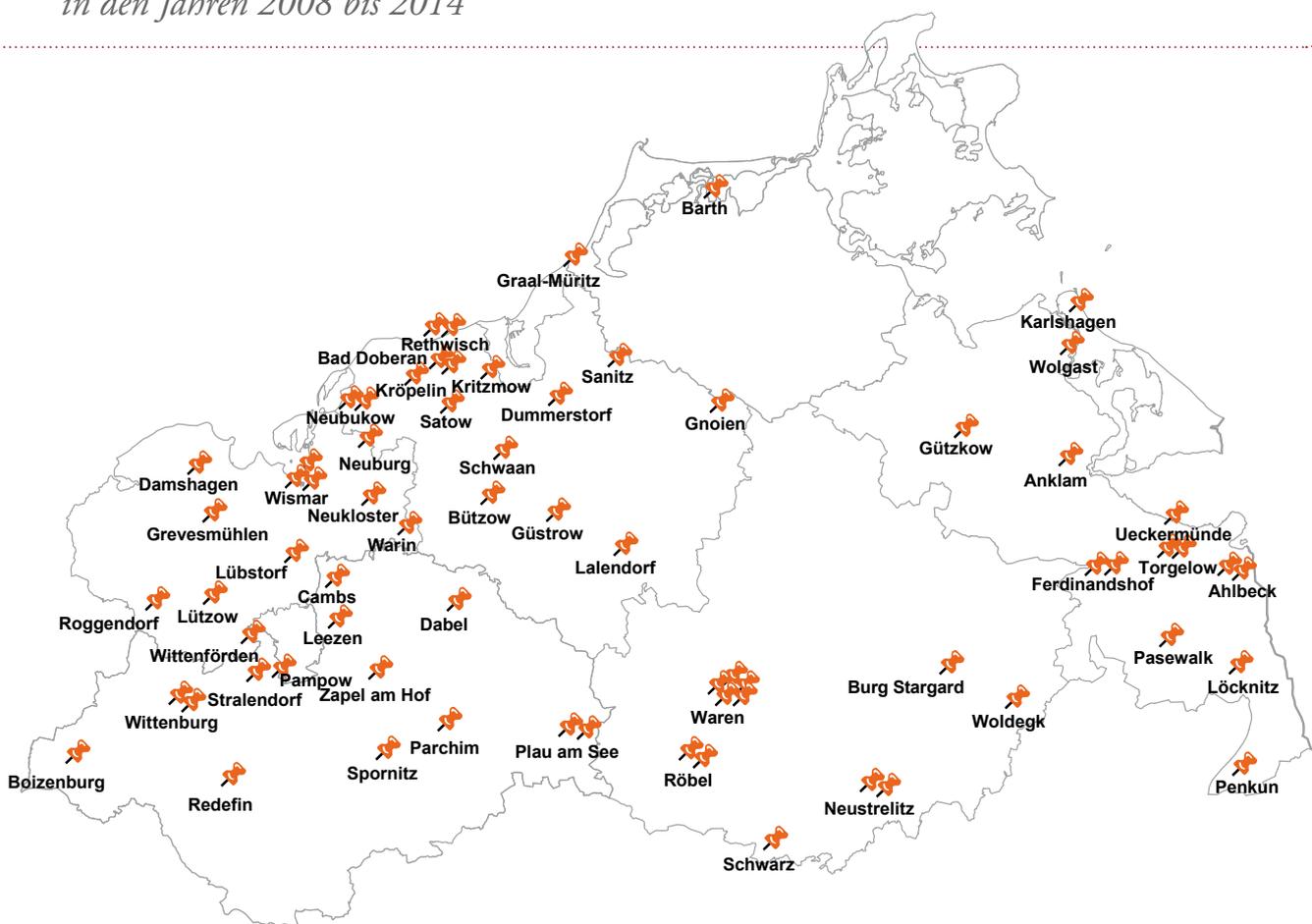


Stand: 31.12.2013

Ist die Facharztausbildung absolviert, gibt es vielfältige Möglichkeiten sich niederzulassen. Da es die jungen Ärzte meist in die Stadt zieht, fördert die KVMV Hausärzte, die sich für eine eigene Praxis auf dem Land entscheiden. Seit 2008 sind hier Investitionskostenzuschüsse von bis zu 50.000 Euro möglich. Bereits mehr als 70 Ärzte konnten auf diese Weise inzwischen in allen von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen gefördert werden und verbessern die Versorgung in den ländlichen Regionen.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen stellt für die hausärztliche Versorgung eine drohende Unterversorgung fest. Dies bedeutet, dass sich in absehbarer Zeit aufgrund der Überalterung der Hausärzte in den jeweiligen Planungsbereichen ein Versorgungsmangel ergibt.

Verteilung der geförderten hausärztlichen Zulassungen in Mecklenburg-Vorpommern in den Jahren 2008 bis 2014



Stand: 09.07.2014; Quelle: Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Darüber hinaus sind weitere Unterstützungsprogramme, wie z.B. Übernahme der Kosten von Kleinkindbetreuung, Umzugskosten, Gewährung von Gehaltskostenzu-

schüssen für die Anstellung von Ärzten, Zuschüsse für die Gründung von Nebenbetriebsstätten u.v.m., in drohend unterversorgten Planungsbereichen gegeben. ■

Versorgung Rund um die Uhr – der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVMV

Was ist zu tun, wenn einen plötzlich eine Erkältung oder Magendarminfektion über Nacht oder am Wochenende heimsucht und keine Praxis mehr geöffnet hat?

Der ärztliche Bereitschaftsdienst stellt die ambulante medizinische Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten sicher und gewährleistet somit für die Patienten eine Versorgung rund um die Uhr. Die in den 62 bestehenden Bereitschaftsdienstbereichen in M-V tätigen Vertragsärzte bewältigen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung außerhalb der Sprechzeiten zusätz-

lich zu ihrem täglichen Praxisalltag. Unterstützt werden sie dabei von bereits mehr als 100 freiwilligen Ärzten (z.B. Krankenhausärzten oder Ärzten aus anderen KV-Bereichen), die regelmäßig Bereitschaftsdienste der niedergelassenen Vertragsärzte übernehmen.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist immer dann aufzusuchen, wenn es sich um eine Erkrankung handelt, mit der man normalerweise einen niedergelassenen Arzt in der Praxis aufsuchen würde, aber die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht bis zum nächsten Tag warten kann. In diesem Fall erreicht man den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst unter der bundesweiten kostenlosen Rufnummer 116117. Patienten werden direkt mit dem diensthabenden Bereitschaftsarzt oder zunächst mit einem Mitarbeiter in der Telefonzentrale verbunden. Je nach medizinischer Notwendigkeit erhalten die Patienten eine telefonische Beratung, einen Termin beim Arzt bzw. einen Hausbesuch oder werden, wenn es medizinisch notwendig ist, aufgrund eines Notfalls an die Rettungsleitstelle weitergeleitet.

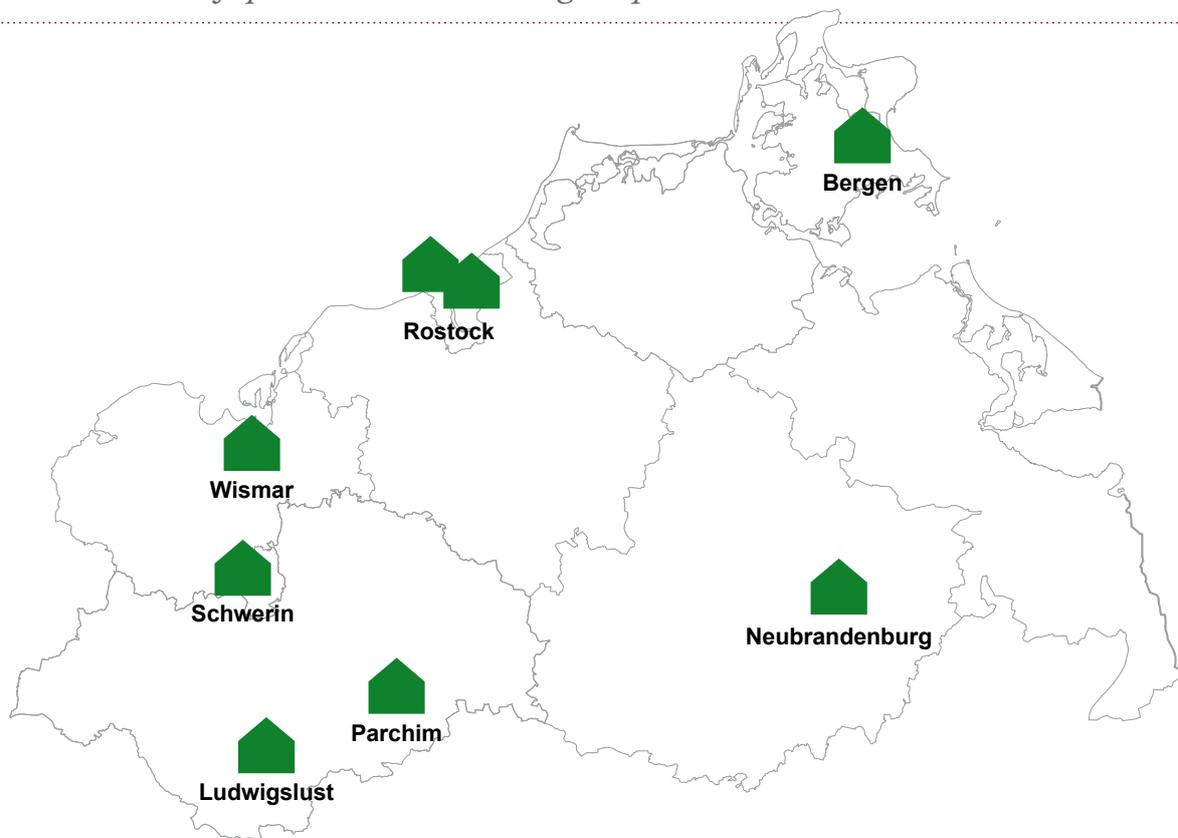
Zusätzlich zum Hausbesuchsdienst bestehen in den größeren Städten Bereitschaftsdienstpraxen. Diese konnten meist in Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern in unmittelbarer Nähe zu den jeweiligen Notfallambulanzen etabliert werden. Patienten, welche in der Lage sind selbst einen Arzt aufzusuchen, nehmen das Angebot der Bereitschaftsdienstpraxen gern an, wodurch es zu einer spürbaren Entlastung des Hausbesuchsdienstes in den umliegenden Bereichen kommt. Aufgrund der positiven Entwicklung sowie durch die Bereitschaft der Ärzte und Krankenhäuser in den jeweiligen Bereichen, konnten bereits acht solcher Praxen in M-V eingerichtet werden.



Foto: www.clipdealer.com

*Bei lebensbedrohlichen Notfällen ist unverzüglich der Rettungsdienst unter der Rufnummer **112** zu rufen.*

Ärztliche Bereitschaftspraxen in Mecklenburg-Vorpommern



Stand: 20.06.2014; Quelle: Hauptabteilung Kassenärztliche Versorgung; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Neben dem allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst bestehen zudem in Wismar, Neubrandenburg, Schwerin, Greifswald, Rostock, Waren und Stralsund kinderärztliche Bereitschaftsdienste. Durch die Hausbesuchsdienste und die bereits bestehenden Bereitschaftsdienstpraxen konnte in M-V ein flächendeckendes Versorgungsnetz geschaffen werden, das Jahr für Jahr rund 150.000 Patienten nachts sowie an den Wochenend- und Feiertagen zur Verfügung steht.

Zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst sind grundsätzlich alle niedergelassenen Haus- und Fachärzte verpflichtet. Während eines Bereitschaftsdienstes kann der diensthabende Arzt schon mal mit den unterschiedlichsten Patientenbeschwerden bzw. Erkrankungen konfrontiert werden. Dies ist besonders bei fachübergreifenden Krankheitsbildern für den Arzt nicht immer einfach. Daher bietet die KVMV regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst für alle

interessierten Ärzte an. Der Kurs wird dabei sowohl von langjährig niedergelassenen, neueinsteigenden sowie freiwillig am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten mit großem Interesse angenommen. Neben allgemeinen Informationen zum ärztlichen Bereitschaftsdienst gibt das Seminar, welches an zwei Nachmittagen stattfindet, vor allem Einblicke in die Anforderungen im Bereitschaftsdienst aus Sicht verschiedener Fachgebiete. Beispielsweise werden typische Bereitschaftsdienstfälle eines Allgemeinmediziners, Orthopäden, Kinderarztes oder auch eines Gynäkologen vorgestellt. Aber auch allgemeine Fragen zum Inhalt der Arzttafche, zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau, zur Bereitschaftsdienstordnung oder auch zur Handhabung der im Bereitschaftsdienst notwendigen Formulare werden beantwortet. In Zusammenarbeit mit Fachvertretern verschiedener Fachgebiete, welche die Veranstaltung als Referenten unterstützen, kann ein umfassendes Fortbildungsprogramm angeboten werden. ■

Hohe Versorgungsqualität – innovative Projekte

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) betrachten die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ärztlicher Tätigkeit als eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau.

Die Formulierung von Zielen der Qualitätsentwicklung war und ist mit diesem Anliegen stets eng verbunden. Alle Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV beinhalten daher auch konkrete Zielstellungen. Zusätzlich wurden die KVen durch das GKV-Modernisierungsgesetz ge-

mäß § 136 Abs. 1 SGB V vom Gesetzgeber verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen und die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

Vor diesem Hintergrund hat die KVMV verschiedene Projekte und Initiativen gestartet. Einige ausgewählte Projekte sollen vorgestellt werden:

Die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH – im Auftrag des Hausarztes!



Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) und Krankenkassen unter Koordinierung des Ministerium für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern haben in einem abgestimmten Projekt eine Definition der

Praxisassistentin im Rahmen der hausärztlichen Versorgung im Erprobungsmodell M-V erarbeitet. Ihre Praxisimplementierung im Rahmen der Regelversorgung hat einen wesentlichen Beitrag für die gesetzliche Beauftragung des Bewertungsausschusses vom 14. März 2008 zur Erarbeitung einer Regelung für ärztlich angeordnete Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten bis zum 1. Januar 2009 geleistet. Im März 2009 beschloss der Bewertungsausschuss, dass Hausärzte mit Wirkung zum April 2009 zur Abrechnung der vereinbarten Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (EBM-Ziffern 40870 und 40872) berechtigt werden. Diese Abrechenbarkeit wurde jedoch an Voraussetzungen gebunden:

1. Genehmigung durch die KVMV,
2. nur für Regionen mit Ärztemangel oder mit drohender ärztlicher Unterversorgung,
3. spezielle Qualifizierung der Fachkräfte und
4. zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf im hausärztlichen Bereich muss gegeben sein.

Nach Genehmigungserteilung beauftragt der Hausarzt die Praxisassistentin aus seiner Praxis heraus mit Aufgaben der arztunterstützenden Behandlung, Beratung, Prophylaxe, koordinierenden Tätigkeiten vor und nach Krankenhausaufenthalten sowie begrenzten diagnostischen Leistungen. Eine versorgungsstrukturell wünschenswerte Entlastung des Hausarztes in weiteren Regionen wurde damit angestrebt und in einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns erreicht. 2010 waren im Land seitens der KVMV bereits in 31 Praxen und 2011 in 64 Praxen Praxisassistentinnen durch Vorstandsbeschluss und entsprechend der Regelungen des Bewertungsausschusses genehmigt worden.

Die Delegations-Vereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä/EKV) zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen

in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- und Pflegeheimen oder in beschützenden Einrichtungen besagte bis zum 31. Oktober 2011, dass der Einsatz einer Praxisassistentin für Versicherte aller Krankenkassen nur in unterversorgten Planungsbereichen möglich war.

Durch einen weiteren Vertragsabschluss zwischen der KVMV und der AOK Nordost konnte der Einsatz der VERAH ab dem 1. November 2011 für die Mitglieder der AOK Nordost unabhängig vom Versorgungsgrad erfolgen. Ergänzend hierzu konnten weitere Verträge zur Verbesserung der patientenorientierten Versorgung mit den Landesverbänden der BARMER GEK, der DAK, der TK, der Knappschaft, den IKKn und mit den BKKn, die an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, geschlossen werden. ■

Aufgaben einer VERAH

- Ausführung von durch den Arzt angeordneter Hilfeleistungen, soweit diese an die nicht-ärztliche Praxisassistentin delegiert werden können,
- standardisierte Dokumentationen der Patientenbeobachtung einschließlich Erfassung der verschriebenen und der selbst erworbenen freiverkäuflichen Medikamente und des Einnahmeverhaltens mit dem Ziel der Verbesserung der Patientencompliance,
- Ermittlung von kognitiven, psychischen, physischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests,
- standardisierte Testverfahren bei Demenzverdacht,
- Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung,
- Anlegen der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG,
- Bestimmen von Laborparametern vor Ort (z.B. Glucose, Gerinnung),
- arztunterstützende Abstimmung mit Leistungserbringern.

Der Arzt ist regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag, über die von der VERAH erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von der Praxisassistentin erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.

Stand der Versorgung durch nichtärztliche Praxisassistentinnen in M-V im Dezember 2013:



Aufgrund steigender Anforderungen an die hausärztliche Praxis – eine Folge des demografischen Wandels und der Zunahme chronischer Krankheiten – sieht der Deutsche Hausärzteverband die Notwendigkeit einer Qualifizierungsoffensive. VERAH ist eine Qualifizierungsoffensive für die Medizinische Fachangestellte in der Hausarztpraxis. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Hausarztpraxis als zentralen Ort der Versorgung zu stärken, die Berufszufriedenheit der Medizinischen Fachangestellten zu steigern und die Hausärztinnen und Hausärzte durch hochqualifizierte Unterstützungsleistungen zu entlasten. Das VERAH-Konzept ist gemeinsam mit dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. entwickelt worden. ■

Nachgefragt: VERAH oder NäPA – Ein Blick in die Praxis

Ob nun ein Hausarzt seine Medizinische Fachangestellte (MFA) zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) oder zur Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPA) fortbildet, war bislang eine schwierige Entscheidung. 2014 haben die Bundesärztekammer (BÄK) und das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) die gegenseitige Anerkennung dieser Zusatzqualifikationen auf den Weg gebracht. Hausärztin Christiane Müller kann aus eigener Erfahrung berichten, wo die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Ausbildung zu der jeweiligen Praxisassistentin liegen. Denn für ihre Praxis in Neuburg bei Wismar ist sowohl eine VERAH, als auch eine NäPA unterwegs.

■ **QS-Bericht: Welche Vorteile haben überhaupt Ihre beiden Praxisassistentinnen allgemein in Ihrer Praxis, unabhängig ob zur VERAH oder NäPA fortgebildet?**

Christiane Müller: Die beiden bringen große Vorteile, weil sie uns, meinen Kollegen Dr. Fabian Holbe und mich, wirklich entlasten. Vieles erledigt die VERAH oder NäPA bereits selbständig bei ihren Hausbesuchen. Und gerade der Kontakt zu den vor allem älteren, sagen wir mal Besuchspatienten, und die Patientenbeobachtung insgesamt sind viel besser durch die Versorgungsassistentinnen geworden. Die Informationen kommen schnell und unkompliziert bei uns Ärzten an und wir können genauso schnell und unkompliziert reagieren. Trotzdem haben wir mehr Zeit für unsere eigentlichen ärztlichen Aufgaben.

■ **QS-Bericht: Nun gibt es ja die Zusatzausbildung zur VERAH vom IhF und die zur NäPA von der Ärztekammer. Die Vorteile sind klar, aber worin unterscheiden sich nun die Ausbildungen konkret, wie inhaltliche Schwerpunkte oder der Zeitumfang?**

Das hängt von der individuellen Vorbildung der MFA ab. Unsere NäPA meinte, es wäre ein bisschen viel über Arzneimittel während der Ausbildung geredet worden, aber sie kam ja auch aus der Pflege und brachte schon ein großes Vorwissen mit. Nun gut, letztendlich ändert der Arzt die Medikation und nicht die Schwester. Zum Ende der

Ausbildung, erinnere ich mich, musste unsere angehende VERAH eine relativ aufwendige Abschlussarbeit schreiben. Das fand ich gut, weil sie sich dann noch mal intensiv mit dem Lernstoff und mit dem Patienten beschäftigen musste. Und zur Abschlussprüfung, ich glaube das war 2011, ist sie nach Stuttgart geflogen, weil hier im Land noch keine VERAH-Prüfung abgenommen wurde. Das war sehr aufwendig. Da fand ich schon toll, dass sie diese Reise auf sich genommen hat. Aber das hat sich ja mittlerweile geändert und die Prüfungen finden hier im Land statt.

■ **QS-Bericht: Und vom Stundenumfang her, wie viele Fortbildungsstunden muss eine zukünftige VERAH absolvieren?**

Müller: Ja, damit habe ich mich in Vorbereitung auf unser Gespräch auseinander gesetzt. Die VERAH hat bei ihrer Ausbildung zwar insgesamt 200 Unterrichtsstunden, also durchschnittlich ein paar mehr als die NäPA, zu besuchen, ist aber letztlich weniger weg. Das kommt, weil sie mehr Stunden ihrer Praktika in der heimischen

Hausarztpraxis leisten kann.

■ **QS-Bericht: Hat sich die Investition, in die Fortbildung einer VERAH zu investieren, für Ihre Praxis gelohnt?**

Müller: Ja, in jedem Fall. Wir stellen die VERAH am Vormittag fast von der Arbeit in den Praxisräumlichkeiten frei. Sie ist dann zu Hausbesuchen unterwegs. Am Nachmittag betreut sie dann Patienten in der Praxis. Nur so ist eine kontinuierliche Arbeit für sie möglich und die Patienten wissen genau, wann die Mitarbeiterin in der Praxis ist.

■ **QS-Bericht: Mit Ihren Erfahrungen im Gepäck, was könnte verbessert werden, damit sich für jede Hausarztpraxis das VERAH-Konzept rechnet?**

Müller: Das kann ich schlecht beantworten, weil es in unserer Praxis sehr gut läuft. Auf jeden Fall sollte die Praxisassistentin gern selbständig und außerhalb der Praxis arbeiten. Und sie muss Verantwortung übernehmen können und wollen.

Frau Müller, vielen Dank für Ihre detaillierten Einschätzungen. Das Interview führte Kerstin Alwardt, Leiterin der Presseabteilung der KVMV ■



Die nächste Stufe: Neue Versorgungsassistentinnen für M-V

Seit April 2014 sind sie bereits erfolgreich im Land unterwegs, die Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) mit der Zusatzqualifikation *Care*. Drei Monate zuvor haben die KVMV und die AOK Nordost einen entsprechenden Vertrag geschlossen und zeigen damit neue Wege bei der Patientenversorgung auf. Schwester Daniela Zieseler gehört zu den ersten Absolventinnen dieser Zusatzqualifikation.

■ **QS-Bericht:** *Sie unterstützen nun schon seit geraumer Zeit Ihren Praxischef als VERAH. Wer oder was ist eigentlich eine VERAH mit der Zusatzqualifikation Care?*

Schwester Daniela Zieseler: Durch die Zusatzqualifikation *Care* wurden meine Kenntnisse und Fähigkeiten als VERAH erweitert, so dass ich heute ein größeres Spektrum an Aufgaben selbständig abarbeiten kann.

■ **QS-Bericht:** *Wie sind Sie zu einer VERAH-Care geworden? Was mussten Sie an Qualifikationen mitbringen?*

Schwester Daniela: Meine Grundqualifikation als stomatologische Schwester, andere Mitabsolventinnen hatten eine abgeschlossene Ausbildung als Medizinische Fachangestellte, und eine mehrjährige Tätigkeit in einer Hausarztpraxis waren Voraussetzungen, um die Fortbildung zur VERAH absolvieren zu können. Mit diesem VERAH-Abschluss war ich wiederum berechtigt, mich für die *Care*-Zusatzqualifikation anzumelden. Zu den Einsatzmodulen gehörten speziell das Fall- und Schnittstellenmanagement, die Versorgung in der Häuslichkeit, die Stärkung und Unterstützung der Eigenkompetenz der Patienten und deren Angehörigen und das Wundversorgungsmanagement.

■ **QS-Bericht:** *Wie schätzen Sie die Qualität der Fortbildung zur VERAH-Care ein?*

Schwester Daniela: Die Fortbildung fand in Kooperation von IhF, der KVMV und der AOK Nordost statt. Aus meiner Sicht waren wohl deshalb Umfang und Qualität sehr an den praktischen Belangen orientiert. Sicherlich sind Teile der Fortbildung für langjährige Mitarbeiterinnen eher eine Auffrischung bekannten Wissens. Aber dass ich eine von insgesamt 107 Absolventinnen allein bei der ersten Fortbildung dieser Art war, zeigt doch das große Interesse.

■ **QS-Bericht:** *Inwieweit haben sich Ihre Aufgaben von der VERAH zur VERAH-Care geändert? Und wie sieht nun Ihr Einsatzgebiet aus?*

Schwester Daniela: Seit meinem Abschluss zur VERAH-Care, Ende März 2014, kann ich meinen Chef besser und gezielter bei der Organisation der Behandlung multimorbider Patienten unterstützen. Vor allem die älteren Patienten brauchen meist eine aufwendigere medizinische Fürsorge. Ich kann nun besser darauf eingehen und beraten, z.B. bei der Versorgung von chronischen Wunden.



Foto: KVMV/Schrubbe

■ **QS-Bericht:** *Was sagen die Patienten dazu, dass nun nicht mehr der Doktor kommt, sondern Sie die Patienten zu Hause besuchen?*

Schwester Daniela: Es ist ja nun nicht so, dass der Doktor gar nicht mehr kommt. Nach wie vor betreuen wir unsere Patienten in der Häuslichkeit gemeinsam. Die meisten Patienten sind damit sehr zufrieden, dass ich größere Anteile der Versorgung übernommen habe und dafür etwas mehr Zeit mitbringe. Und letztlich bleiben die medizinischen Entscheidungen nach wie vor beim Hausarzt. Wir arbeiten immer in enger Abstimmung.

■ **QS-Bericht:** *Was bedeutet diese Zusatzqualifikation VERAH-Care für Sie persönlich, für Ihre Karriere-möglichkeit in der Hausarztpraxis, vor allem für Ihre empfundene berufliche Wertschätzung?*

Schwester Daniela: Ich finde diese Ausbildungen für meine berufliche Laufbahn sehr wertvoll. Das selbständige und eigenverantwortliche Arbeiten war und ist für mich sehr wichtig. Meine Leistungen werden sowohl von den Patienten, als auch von meinem Chef sehr geschätzt. Ich bin froh, die Ausbildung gemacht zu haben und aus heutiger Sicht würde ich mich wieder dafür entscheiden.

Ich bedanke mich recht herzlich für das aufschlussreiche Gespräch. Das Interview führte Kerstin Alwardt. ■

„Lebensqualität und Selbstbestimmung erhalten durch spezialisierte ambulante Palliativversorgung!“

Was ist SAPV?

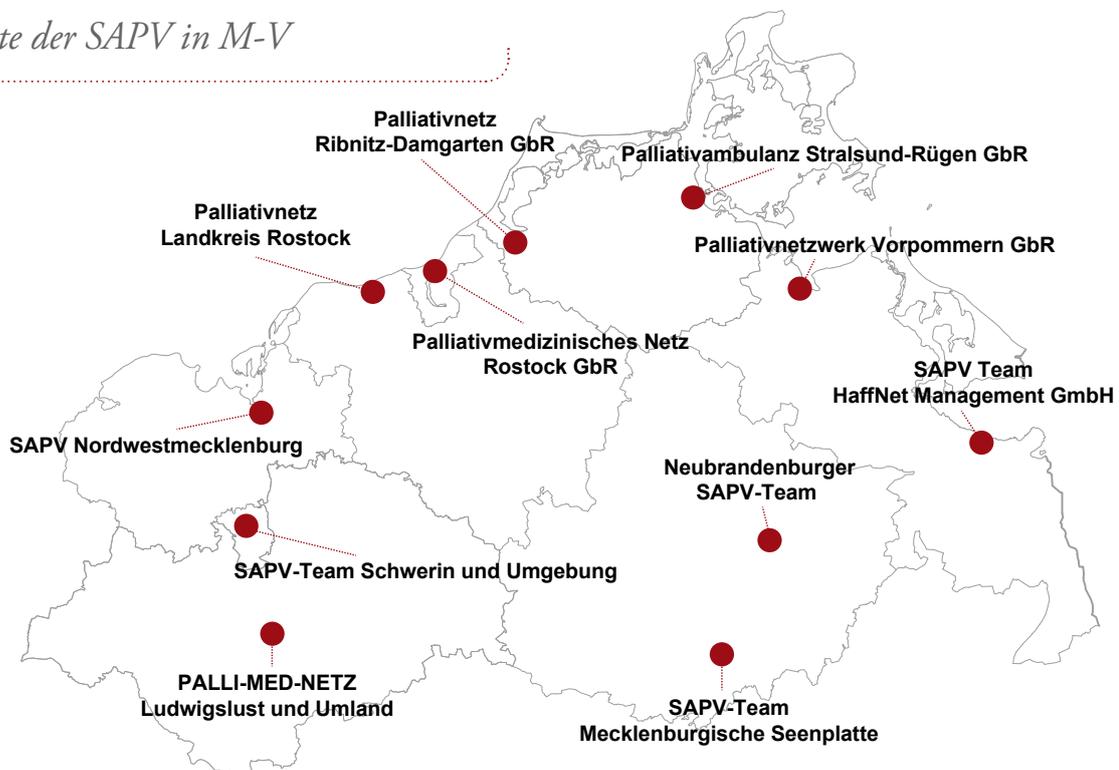
Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 72 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XI) oder Hospizen zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden 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, als additiv unterstützende Teilversorgung oder als vollständige Patientenbetreuung erbracht werden. Andere Sozialleistungsansprüche bleiben unberührt (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL).

Vertragsgrundlage

In M-V existieren seit 2009 auf der Grundlage einer für alle Verträge einheitlichen Rahmenvereinbarung Verträge zwischen allen Krankenkassen, den regionalen Leistungserbringern (GbR o.a.) und der Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) gemäß § 37b i.V.m. §132d SGB V sowie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zur SAPV, mit Vertragsabwicklung einschließlich Abrechnung durch die KVMV. Damit wird bundesweit ein Spitzenplatz bei der flächendeckenden Umsetzung dieser Leistung eingenommen.

Standorte der SAPV in M-V



Stand: September 2014; Kartengrundlage: © Lutum+Tappert

Leistungsbestandteile

- Eingangsassessment,
- Beratung/Koordination,
- Additive unterstützende Teilversorgung oder
- Vollversorgung,

SAPV ist eine Überweisungsleistung unter Verwendung eines seit dem 1. Juli 2009 bundesweit vorgegebenen Formblattes (Muster 63).

Sonstiges

- Intersektorale Arbeit gemeinsam im ambulanten SAPV-Team vor Ort,
- untervertragliche Einbindung nicht-ärztlicher Leistungserbringer vor Ort,
- spezialisierte Pflegeleistungen in Pauschalen enthalten,
- Leistungsgenehmigung durch Krankenkassen unter Einbindung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK),
- regelmäßiger Erfahrungsaustausch zur Umsetzung der Verträge,
- ständige gegenseitige Information bei Strukturveränderungen o.a.,
- Qualitätssicherung und Dokumentation in Netzwerken der Palliativ-Versorgung mittels Praxisverwaltungssystem (PalliDoc®) → Einsatz seit Anfang 2014.

In den Konzeptionen zu den jeweiligen Regionalverträge werden die einzelnen Versorgungsbereiche genauer skizziert. Als Richtwert für die Teams wurde ein Versorgungsradius von 30 km vorgegeben. Dies ist aber ausschließlich ein Richtwert und nicht vertraglich festgelegt. Ausschlaggebender und bindender sind für die Vertragspartner die Angaben auf dem jeweiligen Strukturhebungsbogen (SEB). Dieser ist grundsätzlich Anlage zum Regionalvertrag und kann jederzeit angepasst werden (neue Palliativmediziner, neue PalliativCare-Kräfte, Verringerung bzw. Erweiterung des Versorgungsbereiches).

So versorgt das Palliativnetzwerk Vorpommern GbR nicht nur die Stadt und das enge Umland Greifswalds sondern ebenso die Patienten im ehemaligen Landkreis Ostvorpommern (auch Usedom) bis hin zur Grenze an das Versorgungsgebiet des SAPV-Teams der HaffNet Management GmbH sowie bis Demmin. Die HaffNet

Management GmbH wiederum versucht nach Möglichkeit den alten Kreis Uecker-Randow zu versorgen, teilweise in Zusammenarbeit mit dem Neubrandenburger SAPV-Team. Das SAPV-Team Mecklenburgische Seenplatte versorgt nicht nur Neustrelitz, sondern darüber hinaus bis an die Grenze zu Neubrandenburg, die Feldberger Seenlandschaft und auch über Waren hinweg, Malchow, Röbel... Auch die Insel Rügen ist durch den Regionalvertrag mit der Palliativambulanz Stralsund/Rügen durch Standorte in Binz, Saßnitz und Bergen weitestgehend als versorgt anzusehen.



Diese Beispiele machen sicherlich deutlich, dass der Sitz eines SAPV-Teams in M-V nicht per se den Versorgungsbereich widerspiegelt. Alle Teams haben grundsätzlich die Bereitschaft erklärt, ihren Versorgungsbereich zu erweitern, sollte es ihnen gelingen, weitere Palliativmediziner und Palliativ-Pflegekräfte zu gewinnen. Alle Teams arbeiten Hand in Hand zusammen und sind untereinander sowohl telefonisch, durch regelmäßige interne Treffen und auch durch den regelmäßig im Hause der KVMV stattfindenden Erfahrungsaustausch im ständigen Kontakt. Und natürlich gibt es auch Sonderfälle aus Ortschaften, die bislang in keinem Regionalvertrag/SEB benannt sind. Der rege Kontakt der Teams untereinander und die Bereitschaft zur Kostenübernahme der GKV M-V machen die Versorgung in diesen Teilen des Landes ebenso für grenzüberschreitende Fälle möglich. ■

„Ein neues Versorgungsangebot und eine Antwort auf demografische Veränderungen im Flächenland!“

– Ambulante geriatrische Komplexbehandlung

Die neu entwickelte Versorgungsleistung Ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB) stellt eine sinnvolle Ergänzung und Alternative zur geriatrischen Rehabilitation gemäß § 40 SGB V im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern dar. Die derzeit betriebenen drei Einrichtungen in:

- Waren (Pro Mobil GbR),
- Usedom (PROMOBIL-GbR),
- Ueckermünde (Zentrum für Altersmedizin),

setzen neben rehabilitativen Maßnahmen auch Elemente der Sekundär- und Tertiär-Prävention um. Verträge konnte die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) bisher mit der AOK Nordost und der BARMER GEK abschließen.

Was ist AGKB?

Die in der Regel über 65 Jahre alten Menschen werden von ambulanten geriatrischen Versorgungsteams betreut. In dem Team arbeiten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte zusammen. Sie sind speziell für die geriatrische Rehabilitation qualifiziert. Der Teamarzt koordiniert die Behandlung sowie die Übungs- und Trainingsstunden für den Patienten. Darin werden entsprechend seinem individuellen Bedarf, die physischen und kognitiven Fähigkeiten stabilisiert und gestärkt. Bevor diese besonderen Therapieeinheiten beginnen, beraten alle Beteiligten auf Basis des vom Arzt erstellten geriatrischen Assessments über Behandlungsformen und -inhalte.

Ziel der AGKB?

- Durch die Schaffung der ambulanten Versorgungsstruktur sollen Krankenhausaufenthalte, voll- oder teilstationäre Versorgungsmaßnahmen bzw. eine Anschlussheilbehandlung vermieden werden.
- Die ambulante geriatrische Versorgung soll die drohende Pflegebedürftigkeit multimorbider Patienten verhindern bzw. so lange wie möglich hinauszögern und bei eingetretener Pflegebedürftigkeit deren Progredienz verlangsamen.
- Die Selbstständigkeit in den Verrichtungen des täglichen Lebens und die ggf. eingetretene soziale Beeinträchtigung sollen nachhaltig verbessert werden. ■

Diese Leistung wurde bisher von 1.323 Senioren genutzt.

Stand: 31.12.2013



„Regionale Hausärzteteams übernehmen die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern!“

– Pflegeheim-Verträge in Mecklenburg-Vorpommern

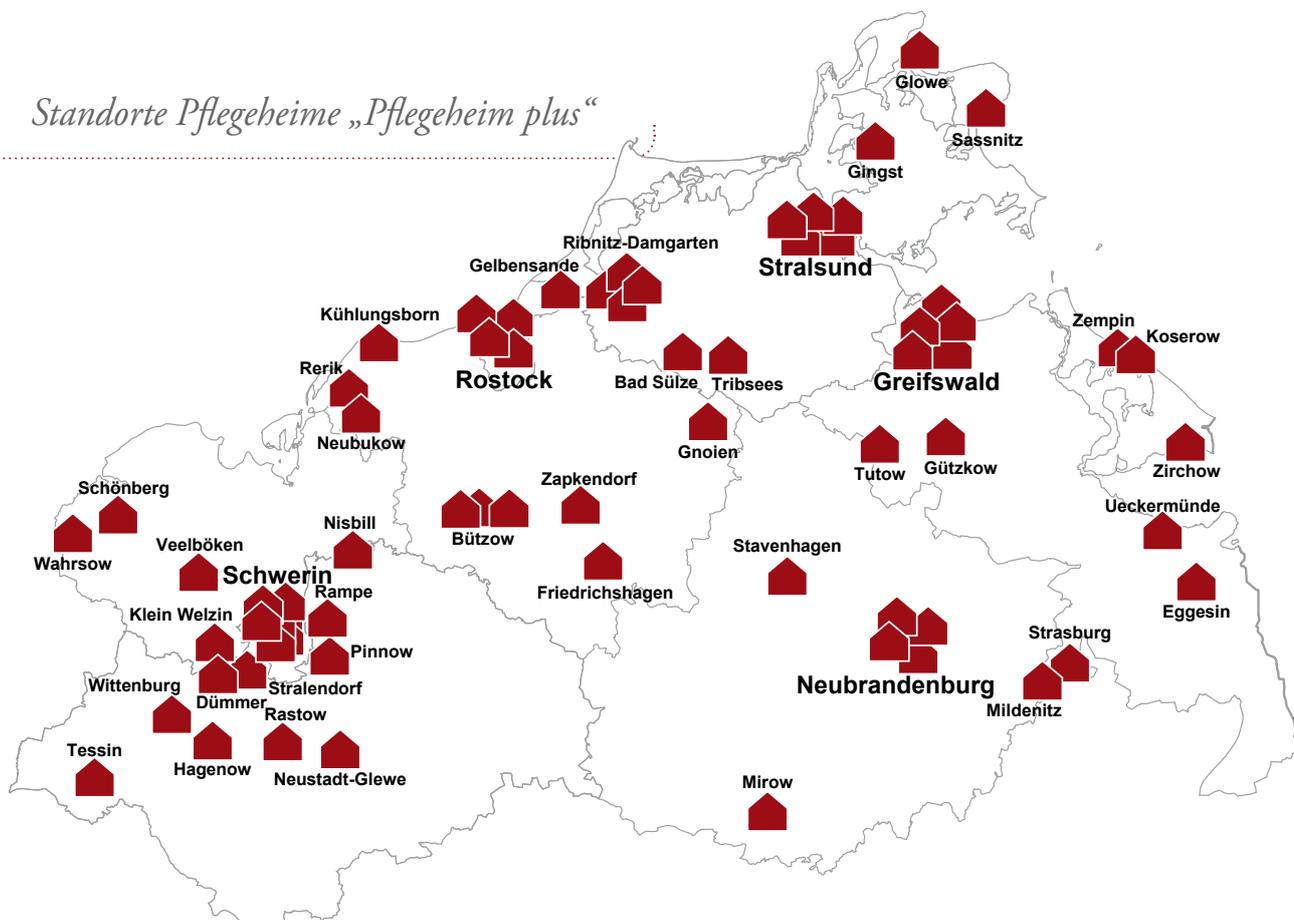
Mit dem Ziel einer verbesserten Strukturierung, Koordination und Qualität bei der Behandlung der Pflegeheimpatienten, die optionale Medikation sowie die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen und Doppeluntersuchungen wurden seit dem 1. Quartal 2008 folgende Verträge geschlossen:

- **auf Landesebene – Rahmenvereinbarungen zwischen Krankenkassen und KVMV:**
„Pflegeheim Plus“ (AOK Nordost, Knappschaft) und „Pflege komplett“ (DAK Gesundheit);
- **sowie je – daraus abgeleitet – 71 regionale Unter- verträge zwischen:** Krankenkassen, Pflegekassen, Ärzteteams und Pflegeheimen.

Worin besteht der Inhalt des Vertrages?

- festes Hausärzteteam (durchschn. drei Ärzte pro Heim),
- Pflegevisite in Absprache zwischen Arzt und Pflegeheim (durchschn. einmal wöchentlich),
- Rufbereitschaft von 7.00 bis 21.00 Uhr, danach koordinierte Übergabe an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. ■

Standorte Pflegeheime „Pflegeheim plus“



Stand: 26.02.2014; Quelle: GB Qualitätssicherung; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert

Ambulante Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV), in deren Mittelpunkt der Patient steht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) 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, dass ein Arzt bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen und abrechnen darf, wenn ihm die entsprechende Genehmigung seiner KV erteilt wurde. Zudem prüft die KV die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen.

Den KVen obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung ihrer Arbeit sind von den KVen leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet worden und es kommen weitere hinzu. In diesen sind besonders erfahrene Ärzte aus den jeweiligen Bereichen tätig. 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

3.1.1. Stichproben-/Dokumentationsprüfungen

- Dialyse (nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)) • Arthroskopie • konventionelle Röntgendiagnostik • Computertomographie • Magnetresonanz-/Kernspintomographie (Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA) • 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 • Magnetresonanz-Angiographie • Mammographie (kurativ) • Schmerztherapie
- Ultraschall diagnostik • Ultraschall diagnostik der Säuglingshüfte • Vakuumbiopsie der Brust • Zytologie der Zervix uteri • 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

3.2. Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V

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

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. ■

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

Kompetenzcenter Dialyse/Blutreinigung

2 Ärzte der KVMV
gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit der KV Hamburg (KVHH) und KV Schleswig-Holstein (KVSH) mit Sitz in Hamburg

Diabetologie

3 Ärzte der KVMV

Herzschrittmacher u. Langzeit-EKG

4 Ärzte der KVMV

Koloskopie MV

3 Ärzte der KVMV

Kompetenzcenter Koloskopie

2 Ärzte je KV (sind in MV zugleich Mitglieder in der o.a. Kommission) *gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH und KVSH mit Sitz in Schwerin*

Kompetenzcenter Magnetresonanz-Tomographie

2 Ärzte je KV

gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH und KVSH mit Sitz in Bad Segeberg

PDT/PTK

2 Ärzte der KVMV

gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH, KVHB (KV Bremen) und KVSH mit Sitz in Hamburg

Qualitätsmanagement

4 Ärzte der KVMV

1 Psychotherapeut

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

3 Ärzte der KVMV

2 Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen M-V

1 Vertreter der Ersatzkassen M-V

Kurative Mammographie/Vakuumbiopsie

3 Ärzte der KVMV

Akupunktur und Schmerztherapie M-V

5 Ärzte der KVMV

Kompetenzcenter Akupunktur

2 Ärzte je KV

gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH und KVSH mit Sitz in Schleswig-Holstein

Kompetenzcenter Schmerztherapie

2 Ärzte je KV

gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KVHH und KVSH mit Sitz in Hamburg

Geriatric, Gerontopsychiatrie, ambulante geriatrische Rehabilitation

5 Ärzte der KVMV

Labor

5 Ärzte der KVMV

1 Fachwissenschaftler der Medizin

Psychotherapie

2 Ärzte der KVMV

1 Psychologischer Psychotherapeut

Sonographie

7 Ärzte der KVMV

Onkologie

6 Ärzte der KVMV

Zytologie

2 Ärzte der KVMV

1 Fachwissenschaftler der Medizin

Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen

Stand: 31.12.2013

	Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	Anzahl der neu erteilten Genehmigungen	Anzahl der Ablehnungen	Anzahl Widerrufe	Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Genehmigungen
■ Qualitätssicherungsbereiche					
Arthroskopie	54	1	–	–	1
Balneophototherapie	2	–	–	–	–
Herzschrittmacherkontrolle	50	1	–	–	–
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	2	–	–	–	–
Interventionelle Radiologie	14	1	–	–	–
Invasive Kardiologie	4	–	–	–	–
Laboratoriumsuntersuchungen	182	7	–	–	15
Medizinische Rehabilitation	844	27	–	–	–
Otoakustische Emissionen	66	2	–	–	–
Photodynamische Therapie	8	–	–	–	–
Phototherapeutische Keratektomie	1	–	–	–	–
Sozialpsychiatrie	9	1	–	–	–
Soziotherapie	34	–	–	–	–
Stoßwellenlithotripsie	16	–	–	–	–
Vakuumbiopsie der Brust	12	2	–	–	–
Histopathologie Hautkrebs-Screening	16	–	–	–	–
Neuropsychologische Therapie	2	2	–	–	–

Akupunktur

Stand: 31.12.2013

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

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	118
Anzahl beschiedene Anträge	–
Anzahl Kolloquien	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	1

■ Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess

Anzahl abrechnender Ärzte	117	
	Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle/ Ausnahmefälle geprüft wurden
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2 insgesamt	6	–
▸ davon bestanden	6	–
Anzahl Wiederholungsprüfungen insgesamt	–	–
Anzahl Kolloquien insgesamt	–	–

■ Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse

	normale Fälle	Ausnahmefälle
Anzahl geprüfter Dokumentationen	72	–
Anzahl unvollständiger/nicht nachvollziehbarer Dokumentationen	–	–

■ Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2

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

Ambulante Operationen

Stand: 31.12.2013

Vertrag zu ambulanten Operationen und stationersetzenden Leistungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag), Rechtsgrundlage: § 115b SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1. Juni 2012, zuletzt geändert 1. Januar 2013 (Anlage I); Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Neufassung 1. Dezember 2011.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	516
Anzahl beschiedener Anträge	23
▸ davon Anzahl Genehmigungen	22
▸ davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Praxisbegehungen	6
▸ davon ohne Beanstandungen	5
▸ davon mit Beanstandungen	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	22

„Ambulant vor stationär“. Nach diesem Prinzip sollen zunächst alle Möglichkeiten der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden, bevor ein Patient in einem 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, der nicht ins Krankenhaus muss, sondern letztlich auch für die Gemeinschaft der Versicherten, da Kosten gespart 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 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, z.B. 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 Bundesländern unterschiedlich geregelt sind, verschiedene Behörden zuständig sind, z.B. für die Überwachung von Medizinprodukten und eine Abstimmung zwischen den Verantwortlichen oftmals nicht im gewünschten Maße stattfindet, z.B. bei Praxisbegehungen.

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 Eingriffe 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.

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 M-V prüfen, vertreten die Kommissionsmitglieder die Interessen der ambulanten Operateure. Sie sind um zielführende Gespräche bemüht und versuchen sinnvolle Kooperationen – z.B. in Bezug auf Praxisbegehungen – anzustreben. So ließ sich im Verlauf des Jahres 2013 eine wachsende – und beiderseits erwünschte – Zusammenarbeit verzeichnen, die auch weiterhin im Sinne der Ärzteschaft aufrechterhalten werden sollte. ■

Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Stand: 31.12.2013

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: 9. April 2013; 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

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	28
Anzahl beschiedener Anträge	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3

■ LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung

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

Anzahl Erstanträge	12
▸ davon angenommen	12
Anzahl Folgeanträge	65
▸ davon angenommen	65

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

Anzahl Erstanträge	10
▸ davon angenommen	9
▸ davon abgelehnt	1
Anzahl Folgeanträge	12
▸ davon angenommen	12

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Stand: 31.12.2013

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; Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1. Juli 2009, zuletzt geändert 1. Januar 2014; Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24. Juni 2006, zuletzt geändert: 1. Januar 2014.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	54
Anzahl beschiedener Anträge	12
▸ davon Anzahl Genehmigungen	12
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	–
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 3)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen	10

■ Aus den Tätigkeitsberichten der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2013

Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1:				
	I/2013	II/2013	III/2013	IV/2013
	24	24	24	24
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4				3
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1				6
▸ davon ohne Beanstandungen				2
▸ davon mit Beanstandungen				4

Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen nach § 8 Abs. 1:

Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	–
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	–
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	–
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	–

Disease-Management-Programme

Stand: 31.12.2013

Ziel der Disease-Management-Programme (DMP) ist die Koordination und Optimierung von Behandlungs- und Betreuungsprozessen chronisch Kranker über die Grenzen einzelner Versorgungssektoren hinaus auf der Grundlage medizinischer Evidenz. Folgeerkrankungen sollen vermieden und eine wirtschaftliche Versorgung gewährleistet werden.

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 Maß-

nahmen 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 Kassenärztliche Bundesvereinigung 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: 31.12.2013

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	52
▶ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	48
▶ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	4
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	–

■ Diabetes mellitus Typ 2

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1053
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1053
▶ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	47

■ Brustkrebs

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	174
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	174

■ Koronare Herzerkrankung

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1006
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	978
▶ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	27
▶ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1

■ Asthma bronchiale

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	656
▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	650
▶ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	26

■ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

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

Hörgeräteversorgung

Stand: 31.12.2013

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2012, zuletzt geändert: 1. Januar 2013.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	82
Anzahl beschiedener 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 (GOP) zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden. Die Berechnung der GOP für Jugendliche und Erwachsene setzt ab dem 1. April 2012 eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und für die Berechnung der GOP 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 GOP 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 (G-BA) 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 gesonderten 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 G-BA. 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.

Des Weiteren beinhaltet die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung von Jugendlichen und Erwachsenen Vorgaben zur elektronischen Doku-

mentation definierter Angaben, die von den teilnehmenden Ärzten zu dokumentieren sind. Aus den eingereichten Angaben wurden Anfang 2014 erstmalig individualisierte Rückmeldeberichte erstellt, die von den Ärzten über ein zugriffsgeschütztes Online-Portal abgerufen werden können. Anhand der Darstellungen in diesen Berichten erhält jeder Arzt einen Überblick über die von ihm dokumentierten Qualitätssicherungs-Daten, im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Ärzte. Die Kenntnis der eigenen Position im Vergleich soll jedem Arzt die Möglichkeit eröffnen, anhand verschiedener Indikatoren und Kennzahlen die erreichte Qualität zu beurteilen und ggf. zu verbessern, bzw. Besonderheiten der Zusammensetzung seines Patientenspektrums zu erkennen. Die Angaben in der Hörgeräteversorgung werden quartalsweise eingereicht und ausgewertet und auch der KV zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus erhalten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in vollständig anonymisierter Form Daten, anhand derer gemeinsam über das weitere Vorgehen in diesen beiden Bereichen beraten werden kann. ■

Hörgeräteversorgung – Kinder

Stand: 31.12.2013

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. Juli 2012, zuletzt geändert 1. April 2013.

■ Genehmigungen

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

■ Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	5
------------------------------	---

Koloskopie

Stand: 31.12.2013

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

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	40
	neu
Anzahl beschiedener Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	–
Anzahl beschiedener Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	–
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	5*

*eine ruhende Genehmigung

■ Verlängerung des Prüfintervalls § 6 Abs. 7

Anzahl Ärzte mit Prüfintervall von 24 Monaten aufgrund Erfüllung der Anforderungen nach § 6 Abs. 3, 4 oder 6	5
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---



Totale Koloskopie

Stand: 31.12.2013

■ Frequenzregelung	< 200	≥ 200
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	1	40
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	–	entfällt
■ Dokumentationsprüfungen		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e		22
▸ davon bestanden		21
▸ davon nicht bestanden		1
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden		2 neu erteilte Genehmigungen
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f		–
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g		–

Polypektomien

■ Frequenzregelungen	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	–	41
▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	–	entfällt
■ Dokumentationsprüfungen		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c		19
▸ davon bestanden		18
▸ davon nicht bestanden		1
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden		2 neu erteilte Genehmigungen
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d		3
▸ davon bestanden		3

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Praxen	40
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	79
▸ davon bestanden	76
▸ davon nicht bestanden	3
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	3
▸ davon bestanden	3

Ablauf von Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität nach § 7 der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Koloskopie

- 1.** Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle:
 - a) von einem Koloskop je Einrichtung mittels:
 - Durchspülung von Endoskopkanälen (z.B. Instrumentierkanal und L-/W-Kanal) und
 - Abstrichen von Endoskopstellen (z.B. Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zugänglich sind,
 - b) und die während der Koloskopie verwendeten Lösungen und Optikspülsysteme.
- 2.** Der Arzt wird darüber informiert, dass das Labor seine Praxis zur Überprüfung aufsuchen wird.
- 3.** Die Überprüfung erfolgt durch das Laboratorium/Hygieneinstitut in der Einrichtung.
- 4.** Das Labor teilt der KVMV das Prüfergebnis mit.
- 5.** Das Ergebnis der Überprüfung wird dem Arzt durch die KVMV innerhalb von zwei Wochen nach der Probenentnahme mitgeteilt werden.

Soweit manuelle und maschinelle Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, ist ein Koloskop je Aufbereitungsverfahren zu kontrollieren.

Die stichprobenhafte Überprüfung der Hygienequalität in der Einrichtung erfolgt einmal pro Kalenderhalbjahr.

Die Kosten der Hygieneüberprüfung sind von der überprüften Praxis selbst zu tragen, da sie in den EBM-Honorarsätzen kalkulatorisch berücksichtigt sind.

Die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) hat Rahmenverträge über die Durchführung von mikrobiologischen Untersuchungen zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien in M-V mit drei Laborpraxen (Greifswald, Schwerin und Rostock) sowie mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) abgeschlossen. Die Laborärzte haben sich intern über eine gebietsbezogene Aufteilung der zu überprüfenden Arztpraxen geeinigt.

Die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität gelten als erfüllt bei:

- a) fehlendem Nachweis von *Escherichia coli*, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken,
- b) fehlendem Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa*, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern,
- c) fehlendem Nachweis von weiteren hygiene-relevanten Erregern wie *Staphylococcus aureus* sowie
- d) maximaler Keimbelastung von ≤ 10 Kolonie bildende Einheiten pro Milliliter (KBE/ml) in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung des Optikspülsystemes.

Soweit Mängel bestehen, wird der Arzt über Art und Umfang dieser Mängel informiert. Er soll durch die Kassenärztliche Vereinigung eingehend beraten werden, in welcher Form sie behoben werden können. Die Beratung zur Behebung der Mängel kann mit Zustimmung des Arztes auch in der Arztpraxis durchgeführt werden. ■

*In Mecklenburg-Vorpommern werden seit dem Jahr 2003 Hygieneprüfungen in der Koloskopie durchgeführt. Dabei ist im Laufe der Jahre die Anzahl der festgestellten Beanstandungen kontinuierlich zurückgegangen: **von 19 Prozent im Jahr 2003 auf 5 Prozent im Jahr 2012.***

Langzeit-EKG-Untersuchungen

Stand: 31.12.2013

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

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	104
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	233
Anzahl beschiedener Anträge	25
▸ davon Anzahl Genehmigungen	25
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	9

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen dürfen nur von Ärzten durchgeführt und abgerechnet werden, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die nachfolgenden Anforderungen erfüllen.

Fachliche Voraussetzungen

1. Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit, auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen, z.B. bei Artefakt-Überlagerung zu erkennen,
2. selbständige Durchführung von mindestens 100 kontinuierlich aufgezeichnete Langzeit-EKG-Untersuchungen, einschließlich Auswertung und Beurteilung.

Apparative Voraussetzungen

1. Gewährleistung einer kontinuierlichen Aufzeichnung über 24 Stunden bei simultaner, mindestens 2-kanaliger EKG-Ableitung,

2. kontinuierliche oder diskontinuierliche Auswertung folgender Ereignisse:

- Asystolie über 2,0 sec. Dauer,
- supraventrikuläre Tachykardie,
- Vorhofflimmern,
- Vorhofflattern,
- ventrikuläre Extrasystolen,
- höhergradige tachykarde ventrikuläre Rhythmusstörungen,
- Kammertachykardie,
- Kammerflattern,
- Kammerflimmern.

Der im Auswertesystem verfügbare Dokumentationspeicher muss gewährleisten, dass auch bei gehäuft auftretenden Ereignissen eine in quantitativer Hinsicht korrekte Beurteilung möglich ist. ■

Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

Stand: 31.12.2013

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

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	61
Anzahl beschiedener Anträge	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	7
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–



Magnetresonanz-Angiographie

Stand: 31.12.2013

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

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	44
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Dokumentationsprüfungen § 7

Anzahl abrechnender Ärzte	44
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte	10
▸ davon ohne Beanstandungen	10
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten	–
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	–

■ Dokumentationsprüfung § 7 – Mängelanalyse

	ohne Venen	mit Venen
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	120	–
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	118	–
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	118	–
▸ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	118	–
▸ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	118	–
▸ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	2	–

Mammographie (kurativ)

Stand: 31.12.2013

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Magnetresonanz-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.

Seit 2002 gibt es eine Qualitätsvereinbarung für die kurative Mammographie. Gynäkologen oder Radiologen, die diese genehmigungspflichtige Leistung ausführen und zur Abrechnung bringen möchten, müssen neben anderen fachlichen Qualitätsnachweisen folgende Prüfungen vor der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) durchführen:

- Eingangsfallsammlung: Beurteilung einer Fallsammlung von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen) auf Vorliegen eines Karzinoms,
- Selbstüberprüfung/Rezertifizierung: Beurteilung einer Fallsammlung von 50 Patientinnen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung im zweijährigen Rhythmus.

Eine Fallsammlung gilt bei einer Fehlerzahl von maximal zwei falsch negativen und maximal sieben falsch positiven Befunden als bestanden. Da dem Arzt lediglich die Röntgenaufnahmen der Mammae vorliegen

und aufgrund dieser eine Beurteilung zu treffen ist, wird die Beurteilung einer Prüfsammlung allgemein als sehr schwierig empfunden.

Sollte ein Arzt die Fallsammlungsprüfung nicht bestehen, hat dies zur Konsequenz, dass die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kurativen Mammographie erst gar nicht erteilt oder – sollte dies bei der Selbstüberprüfung der Fall sein – wieder entzogen wird.

■ Zusammenstellung der Fallsammlungen:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände, die sich mit der Mammadiagnostik befassen, stellen für die Prüfungen einen Fallpool zusammen. Sie sind für den Aufbau und die Pflege verantwortlich. Einsatzdauer und Variation der Fallsammlungen sind verbindlich festgelegt.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	37
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung	–
Anzahl Praxisbegehungen	–

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

	Erstprüfung
Anzahl Prüfungen	4
▸ davon bestanden	4

■ Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D

Stand: 31.12.2013

	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungs- prüfung
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	10	1
▸ davon erfolgreiche Teilnahme	9	–
▸ davon nicht erfolgreiche Teilnahme	1	1
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme		1
▸ davon nicht bestanden		1
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	13
▸ davon erfüllt	13

Mammographie-Screening

Stand: 31.12.2013

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

Screening-Einheiten	4
Programmverantwortliche Ärzte	8
▸ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	8
kooperierende Ärzte	27
▸ Befunder von Mammographieaufnahmen	17
▸ histopathologische Beurteilung	5
▸ Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	5
▸ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	1



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

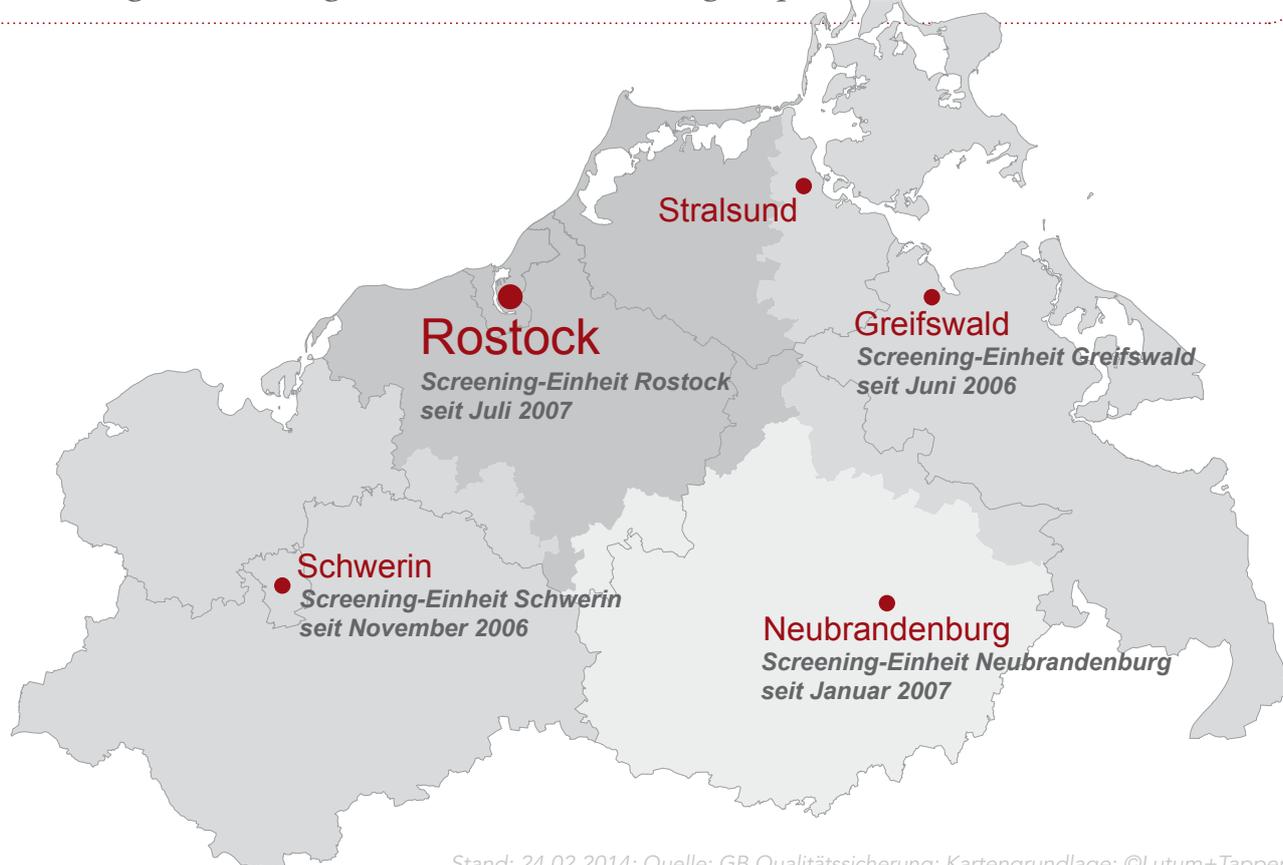
(Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und die neue Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge) zur Einführung des Screenings in der vertragsärztlichen Versorgung in Kraft getreten. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren haben nun Anspruch auf eine Mammographie-Untersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung in einem Rhythmus von zwei Jahren. Durch die „Zentrale Einladungsstelle“ werden die Frauen anhand der gelieferten Daten der Meldeämter entsprechend der Postleitzahlen schriftlich eingeladen.

M-V wurde in vier Screening-Einheiten, die dem Einzugsbereich der vier Tumorzentren entsprechen, eingeteilt (siehe Karte).

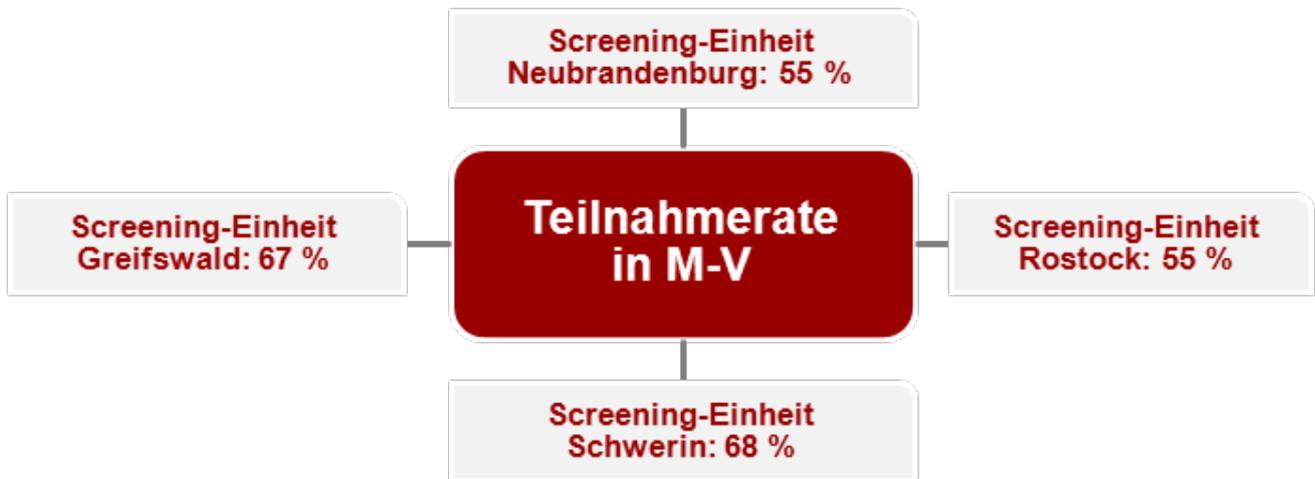
Diese Screening-Einheiten werden von jeweils zwei Programmverantwortlichen Ärzten geleitet. Anders als in den anderen Bundesländern sind in M-V die Mehrzahl der Programmverantwortlichen Ärzte (PVA) der Screening-Einheiten ermächtigte Klinik-Ärzte, die ihren Sitz am Standort der onkologischen Brustzentren haben. Die Befunder in den Screening-Einheiten sind zum größten Teil niedergelassene Radiologen. In ihren Praxen werden die Mammographie-Screeningaufnahmen erstellt. Damit stellt das Mammographie-Screening in M-V eine beispielhafte Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär dar.

Seit August 2007 wird flächendeckend das Mammographie-Screening angeboten. Es zeichnet sich insbesondere durch die vier unterdurchschnittlich kleinen Screening-Einheiten, welche jedoch mit hohen Teilnehmeraten im oberen Feld des Bundesdurchschnittes (2012 bis 53,7 Prozent) liegen, aus.

Verteilung der Screening-Einheiten in Mecklenburg-Vorpommern



Stand: 24.02.2014; Quelle: GB Qualitätssicherung; Kartengrundlage: ©Lutum+Tappert



Im gesamten Land wird digital mammographiert. Dieses erspart den Radiologen in einem Flächenland wie M-V weite Wege, um beispielsweise Zweitbefundungen durchzuführen. So setzt sich die Screening-Einheit Schwerin aus vier Erstellerstandorten und zwei Erstellungs- und Abklärungsstandorten 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 Erstellerstandorten 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 M-V lag in den vergangenen Jahren deutlich über dem des Bundesdurchschnitts. Weitere Informationen hierzu finden Sie im aktuellen Evaluationsbericht 2010 der Kooperationsgemeinschaft Mammographie auf der Internetseite www.mammo-programm.de.

Die **Qualitätssicherung** von erbrachten Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings befindet sich auf einem sehr hohen Niveau. Die gesamte Dokumentation erfolgt über die Anwendung „MammaSoft“. Alle Screening-Ärzte, wie Radiologen, Gynäkologen, Chirurgen, Pathologen und die radiologischen Fachkräfte in den Screening-Einheiten haben sich für ihre Tätigkeit im Rahmen

des Mammographie-Screenings noch einmal im Referenzzentrum Berlin qualifizieren müssen, um für die Aufnahme der Tätigkeit im Screening-Team von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zertifiziert zu werden. Alle erstellten Mammographie-Screeningaufnahmen werden von mindestens zwei Befundern begutachtet.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung müssen die Befunder jährlich ihre Qualifikation durch die Teilnahme an einer Beurteilung einer Fallsammlung von Mammographie-Screeningaufnahmen im Referenzzentrum Berlin nachweisen. Zur Weiterentwicklung der Befähigung bei der Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen müssen die Befunder alle zwei Jahre an einer Fortbildung im zuständigen Referenzzentrum teilnehmen. Alle 30 Monate erfolgt eine Rezertifizierung (Vor-Ort-Kontrolle) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie, um zu überprüfen, ob immer noch alle Voraussetzungen gemäß den Vorgaben im Screeningprogramm (Qualifikationsnachweise, apparative Ausstattung, Raumausstattung, Zeitvorgaben, ausschließliche Screeningtage, Einhaltung der Leistungsparameter) innerhalb der Screening-Einheit bestehen. Bisher wurden unsere Screening-Einheiten stets rezertifiziert.

Die KVMV hat die Aufgabe, im Rahmen des Screeningprogramms jährlich aus den einzelnen Screening-Einheiten Stichproben zur Kontrolle der diagnostischen Bildqualität von 20 Frauen und zur Abklärungsdiagnostik von zehn Frauen je PVA anzufordern. Die eingereichten Datenträger werden in der KVMV an der sogenannten Work-Station anonymisiert, bevor sie im Referenzzentrum Berlin auf regelgerechte Screening-Mammographieaufnahmen sowie Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Screeningkette geprüft werden. ■

Molekulargenetik

Stand: 31.12.2013

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

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14
Anzahl beschiedener Anträge	–
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 Kassenärztliche Bundesvereinigung 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 indikationsbezogener molekulargenetischer Untersuchungen ergänzt werden.

Weitere Eckpunkte der Vereinbarung sind:

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

Ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Molekulargenetik ist die verpflichtende Einführung einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik für sämtliche molekulargenetischen Untersuchungen gemäß des neuen Abschnittes 11.4.2 des EBM. Die Jahresstatistik ist immer am Ende des ersten Quartals für das zurückliegende Jahr einzureichen. ■

Onkologie

Stand: 31.12.2013

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1. Oktober 2009, zuletzt geändert: 1. Januar 2013.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	54
▸ darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2013 in Neu-/Jungpraxen	9
▸ darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2013 in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	11
Anzahl beschiedener Anträge	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	5
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	3

■ Dokumentationsprüfungen § 10

Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	5
▸ davon ohne Beanstandungen	2
▸ davon mit Beanstandungen	3

■ Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.

Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. – 3. erbracht haben	54
--------------------------------------------------------------------	----

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (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 Onkologievereinbarungen teilnehmende Ärzte aus Sicherstellungsgründen zur Teilnahme an der neuen Onkologie-Vereinbarung zugelassen werden. Diese Möglichkeit ergriff die Kassenärztliche Vereinigung M-V (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 Mecklenburg-Vorpommern gewährleisten soll.

Im Land stellen derzeit 54 besonders qualifizierte onkologisch verantwortliche Ärzte die ambulante onkologische Versorgung der Patienten sicher.

Sie sind im Einzelnen:

- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie,
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie,
- Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie,
- Fachärzte für Frauenheilkunde,
- Fachärzte für Urologie,
- Fachärzte für Chirurgie.

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

Bei den jährlich nachzuweisenden industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen hat sich die KVMV in Abstimmung mit der Onkologie-Kommission auch im Jahr 2013 bereit erklärt, eine jährliche Fortbildungsveranstaltung logistisch zu unterstützen. So konnte die KVMV 2013 bereits zum vierten Mal eine jährliche Pharmakotherapieberatung den onkologisch qualifizierten Ärzten im Land anbieten. Herr Prof. Dr. med. Wolf-Die-

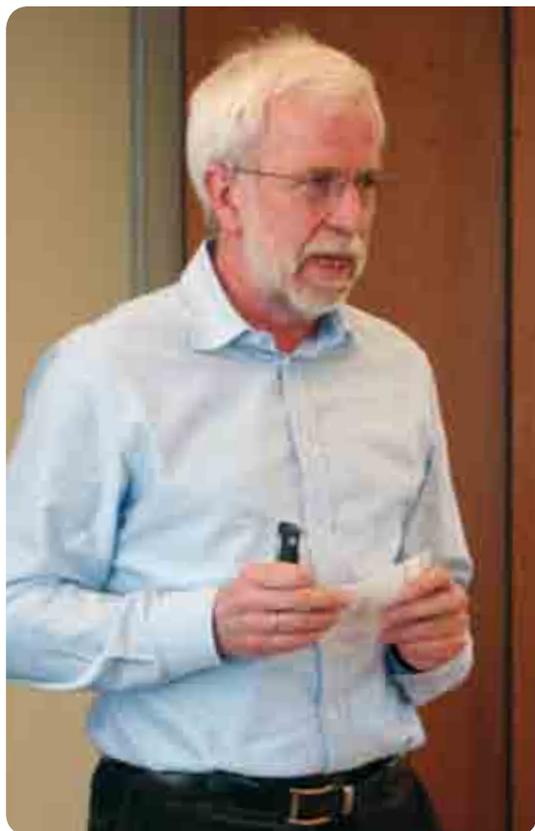


Foto: KVMV/Alwardt

*Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie in Berlin, referiert zum Thema „**Verordnen Onkologen zu viele und zu teure Medikamente?**“ anlässlich der Pharmakotherapieberatung in der KVMV.*

- 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.
- Kontinuierliche interne und externe Fortbildung des Praxispersonals. Das Personal muss an jährlich mindestens einer onkologischen Fortbildungsveranstaltung teilnehmen, die von den Ärztekammern oder den KVen anerkannt ist.
- Teilnahme an mindestens zwei nachweislich industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen pro Jahr.

ter Ludwig, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie in Berlin referierte zum Thema „**Verordnen Onkologen zu viele und zu teure Medikamente?**“. Mit großer Resonanz wurde diese von der Ärztekammer M-V zertifizierte Fortbildung von allen teilnehmenden Onkologen angenommen.

Im Weiteren ist es die Aufgabe der Geschäftsstelle der Onkologie-Kommission der KVMV 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 hinsichtlich 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 ins-

besondere für histologische Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne und Protokolle sowie für die Dokumentation der systematischen medikamentösen Therapie und deren Toxizität. ■

Angaben zu Facharztgruppen bzgl. der Onkologie-Vereinbarung

Ärzte für	A	B	C	D	E	F
Innere Medizin, hausärztlich tätig	1	–	–	–	–	–
Chirurgie	3	–	–	–	–	–
Gynäkologie	11	–	7	–	–	–
Innere Medizin SP Hämatologie	18	6	–	4	3	1
Innere Medizin andere SPe	4	2	–	1	1	–
Urologie	17	1	4	2	1	1

A – Anzahl Ärzte mit Genehmigung zum 31. Dezember 2013;

B – darunter Anzahl Ärzte zum 31. Dezember 2013 in Neu-/Jungpraxen;

C – darunter Anzahl Ärzte zum 31. Dezember 2013 in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden;

D – Anzahl beschiedener Anträge;

E – davon Anzahl Genehmigungen;

F – davon Anzahl Ablehnungen.

Schlafbezogene Atmungsstörungen

Stand: 31.12.2013

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1. April 2005

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	52
▸ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	48
▸ davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	1
▸ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	3
Anzahl beschiedener Anträge	4
▸ davon Anzahl Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren Polysomnographie)	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3

Schmerztherapie

Stand: 31.12.2013

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1. April 2005, zuletzt geändert 1. Januar 2013

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	27
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	–
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	–

■ Dokumentationsprüfung

Anzahl Prüfungen gemäß § 7 Abs. 2	17
▸ davon ohne Beanstandungen	11
▸ davon mit Beanstandungen	6

■ Nachweispflicht § 5 Abs. 5

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	27
Anzahl Ärzte, die gemäß § 5 Abs. 4 nachgewiesen haben, dass sie überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandeln	27



Foto: www.shutterstock.com

Strahlendiagnostik/-therapie

Stand: 31.12.2013

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, gültig seit: 1. Oktober 1992, zuletzt geändert 1. Januar 2013.

■ Konventionelle Röntgendiagnostik (Genehmigungen § 4 und § 5)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	398
Anzahl beschiedener Anträge	20
▸ davon Anzahl Genehmigungen	20
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Computertomographie (Genehmigungen § 4 und § 7)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	79
Anzahl beschiedener Anträge	7
▸ davon Anzahl Genehmigungen	7
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Osteodensitometrie (Genehmigungen § 4 und § 8)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	41
Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Strahlentherapie (Genehmigungen § 9)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	18
------------------------------	----

Stand: 31.12.2013

Anzahl beschiedener Anträge	3
▸ davon Anzahl Genehmigungen	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

■ Nuklearmedizin (Genehmigungen § 10)

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	21
Anzahl beschiedener Anträge	1
▸ davon Anzahl Genehmigungen	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	–
Anzahl Praxisbegehungen	–
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	–

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Stand: 31.12.2013

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 Zahl der Drogentoten in Deutschland ist erstmals seit Jahren wieder gestiegen. Das geht aus dem Bericht der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler für das Jahr 2013 hervor. Demnach starben im Jahr 2013 1.002 Menschen an den Folgen von illegalem Drogenkonsum. Das war ein Anstieg von sechs Prozent gegenüber 2012. Die Drogensucht ist längst kein Randproblem mehr, sondern sie betrifft eine Vielzahl von

Menschen unserer Gesellschaft. Dem Bericht zufolge sind inzwischen synthetische Drogen wie Crystal Meth und Ecstasy auf dem Vormarsch, der Konsum von Heroin und Kokain hingegen sinkt. In Mecklenburg-Vorpommern ist Methadon das überwiegend eingesetzte Substitutionsmittel. Seit mehreren Jahren steigt der Anteil beim Einsatz von Buprenorphin und die Kombination Buprenorphin und Naloxon deutlich an. ■

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	38
Anzahl beschiedener Anträge	2
▸ davon Anzahl Genehmigungen	2
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	–

Stand: 31.12.2013

Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	–
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	2
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	25
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen	–

■ Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3

Anzahl abrechnender Ärzte	23
Anzahl geprüfter Ärzte	12
Anzahl geprüfter Fälle	43
▸ keine Beanstandungen	41
▸ geringe Beanstandungen	1
▸ erhebliche Beanstandungen	–
▸ schwerwiegende Beanstandungen	1

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

Anzahl geprüfter Fälle	36
▸ davon ohne Beanstandungen	34
▸ davon mit Beanstandungen	2

■ 2-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 3 Abs. 6

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

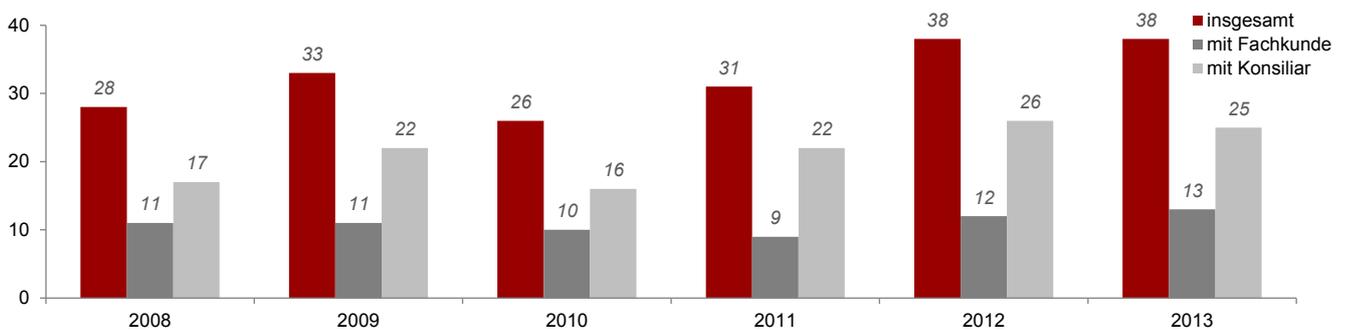
■ Patienten

Anzahl Patienten	336
▸ davon Patienten mit Diamorphinsubstitution	–

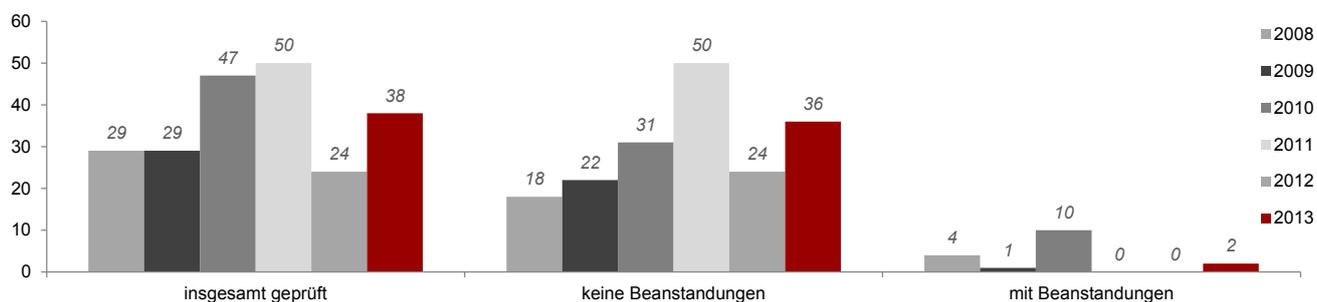
■ An-/Abmeldungen

Summe Anzahl Patientenabmeldungen	124
-----------------------------------	-----

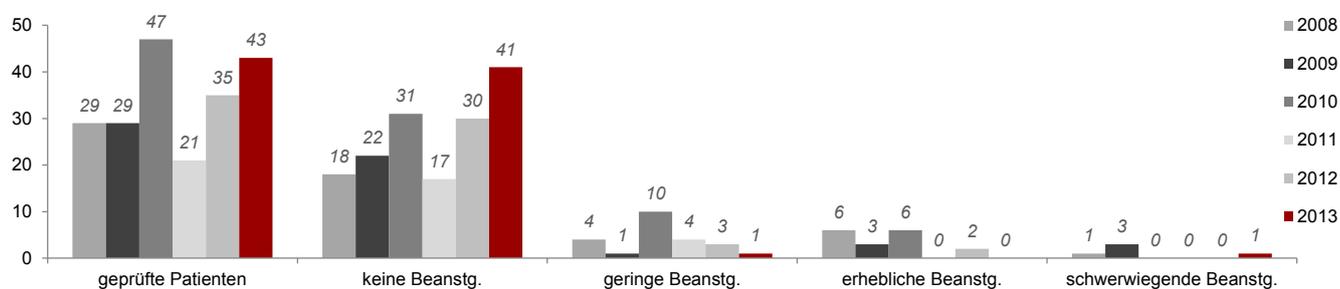
Substituierende Ärzte in M-V



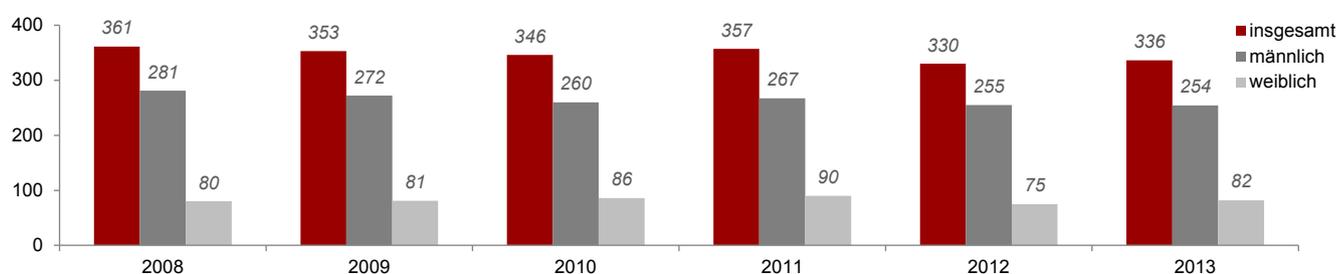
Prüfung Dokumentationen nach jeweils 5 Behandlungsjahren



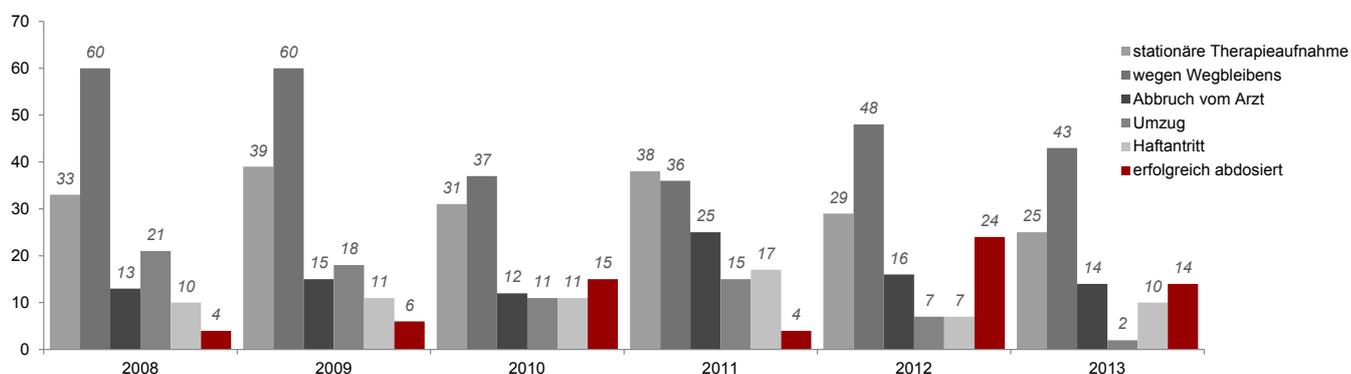
Prüfung Qualität und Vorliegen der Voraussetzungen für eine substituionsgestützte Behandlung



Substitutionsgestützte Behandlungen



Beendigung von Substitutionsbehandlungen



Ultraschalldiagnostik

Stand: 31.12.2013

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

Genehmigungserteilung

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	1205
	neu § 14
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	234
▸ davon Anzahl Genehmigungen	232
▸ davon Anzahl Ablehnungen	2
	neu
Anzahl beschiedener Anträge (Anwendungsbereiche)	354
▸ davon Anzahl Genehmigungen	295
▸ davon Anzahl Ablehnungen	59
	§ 14 Abs. 6
Anzahl Kolloquien	3
▸ davon bestanden	1
▸ davon nicht bestanden	2
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	54
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	97

Genehmigungsstand

■ Anwendungsbereiche mit jeweiliger Anzahl von Ärzten mit Genehmigung

AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	30
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	23
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	23
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	67
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	55
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	425
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	63

AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	3
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	7
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	93
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	–
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	81
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	516
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	4
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	1
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	82
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	110
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	55
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus,	213
AB 9.1	geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	204
AB 9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	156
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	90
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	53
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	77
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	47
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	67
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	39
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	56
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	1
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	47

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	8
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-maternales Gefäßsystem	23

Genehmigungsstand

■ Apparative Ausstattung § 9

	Anzahl	Stichtag
Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	1369 (Gerätekonsolen)	31.03.2014
insgesamt erteilte Bescheide zu nicht mehr zugelassener US-Systemen	3	31.03.2014

Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c (01.01.2013)	393
Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c (31.03.2014)	735
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme im Jahr 2013 gemäß § 2c	342
▸ davon ohne Beanstandungen:	
Baujahr des Systems: vor 1990	3
Baujahr des Systems: 1990 bis 1994	15
Baujahr des Systems: 1995 bis 1999	42
Baujahr des Systems: 2000 bis 2004	71
Baujahr des Systems: 2005 bis 2009	137
Baujahr des Systems: 2010 bis heute	74
▸ davon mit Beanstandungen	–
im Jahr 2013 erlassene Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen	–

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

Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	–
Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 13 Abs. 6)	–
Widerrufe (gerätebezogen)	–

Dokumentationsprüfungen – Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11

■ Anzahl Prüfungen

Stand: 31.12.2013

	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter Ärzte	42	2
▸ davon ohne Mängel	30	1
▸ davon mit Mängeln	12	1

■ Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)

Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Anzahl der geprüften Fälle, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	210	10
▸ davon ohne Beanstandungen	119	6
▸ davon mit Beanstandungen	91	4

■ Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	6	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	1	1
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	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	–

■ Beanstandungen der Bilddokumentation

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	12	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	5	–
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	76	4

■ Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6

▸ davon ohne Beanstandungen	–
▸ davon mit Beanstandungen	–

■ Widerrufe

	Ärzte	Anwendungsbereiche
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	–	–

Ultraschalldiagnostik Säuglingshüfte

Stand: 31.12.2013

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	90
Anzahl beschiedener Anträge	–
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	–
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2
Anzahl abrechnender Ärzte III/2013	90

■ Dokumentationsprüfungen

	Prüfung inner- halb 2 Jahre	Prüfung inner- halb 5 Jahre
Anzahl geprüfter Ärzte	4	13
▸ davon ohne Beanstandungen	2	9
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	3
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	1	1
	nach 2-Jahres- Prüfung	nach 5-Jahres- Prüfung
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	3	3
▸ davon ohne Beanstandungen	2	3
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a – Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	1	–
▸ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	–	–

■ Dokumentationsprüfung – Mängelanalyse

Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	276
▸ davon regelgerecht (Stufe I)	237
▸ davon eingeschränkt (Stufe II)	37
▸ davon unzureichend (Stufe III)	2
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	1
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2:	2
▸ davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	2
▸ 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

Stand: 31.12.2013

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. Januar 1980.

■ Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14
Anzahl beschiedener Anträge	3
Anzahl Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	3
▸ davon bestanden	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

Anzahl abrechnender Ärzte (III/2013)	10
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	5
▸ davon bestanden	5
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 Abs. 3) – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	60
▸ davon ohne Beanstandungen	60

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

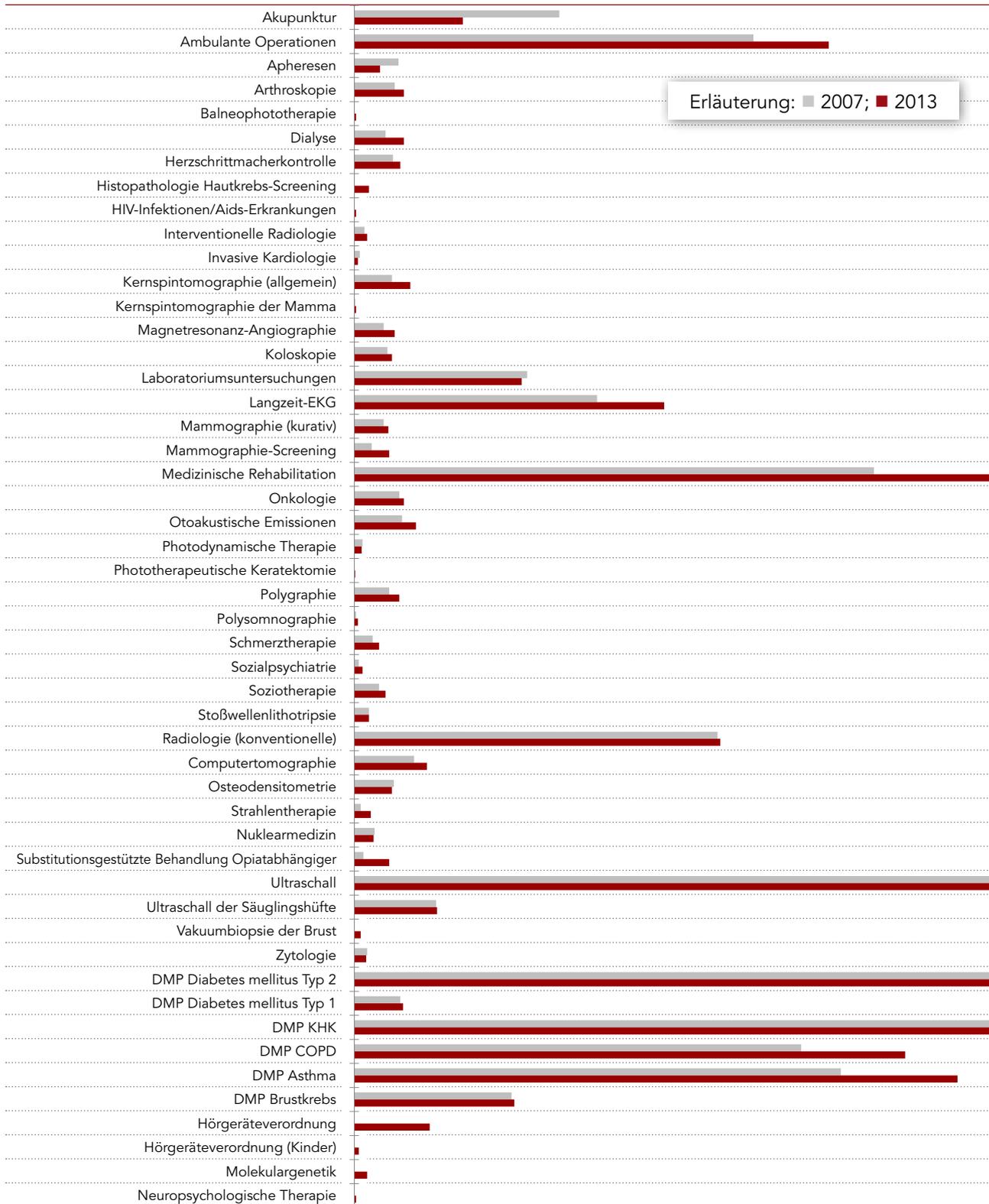
Anzahl abrechnender Praxen in 2012	11
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken 2012	11
▸ davon ohne Auffälligkeiten	10
▸ davon mit Auffälligkeiten	1
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	1
▸ davon ausreichend begründete Stellungnahmen	1
Anzahl Kolloquien	–

■ Fortbildungsverpflichtung § 9

Anzahl Ärzte, die 2013 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	10	
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2013 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	36 Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	36 Vorlagen von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2

Entwicklung der Genehmigungen in den letzten Jahren

Stand: 31.12.2013



	Tendenz	Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung						
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Akupunktur	←	223	105	124	125	123	119	118
Ambulante Operationen	→	434	460	472	516	517	516	516
Apheresen	●	48	50	25	26	26	27	28
Arthroskopie	→	44	45	49	52	53	54	54
Balneophototherapie	●		–	–	2	2	2	2
Dialyse	→	34	48	52	53	61	53	54
Herzschrittmacherkontrolle	→	42	43	47	52	49	49	50
Histopathologie Hautkrebs-Screening	←		–	–	18	16	16	16
HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	→		–	–	1	1	2	2
Interventionelle Radiologie	→	11	12	13	13	13	13	14
Invasive Kardiologie	←	6	6	3	2	2	2	4
Kernspintomographie (allgemein)	→	41	39	44	53	50	60	61
Kernspintomographie der Mamma	←	1	1	1	1	1	2	2
Magnetresonanztomographie	→	32	29	37	42	41	43	44
Koloskopie	→	36	44	45	44	42	44	41
Laboratoriumsuntersuchungen	←	188	192	195	192	192	190	182
Langzeit-EKG	←	264	272	298	309	315	321	337
Mammographie (kurativ)	→	32	31	35	30	31	33	37
Mammographie-Screening	→	19	36	36	34	31	32	38
Medizinische Rehabilitation	→	565	690	748	755	793	817	844
Onkologie	→	49	50	49	46	49	52	54
Otoakustische Emissionen	→	52	55	58	60	59	64	67
Photodynamische Therapie	←	9	9	9	9	9	8	8
Phototherapeutische Keratektomie	●		–	–	–	1	1	1
Polygraphie	→	38	40	41	41	48	48	49
Polysomnographie	→	2	4	4	4	4	4	4
Schmerztherapie	→	20	23	26	26	26	27	27
Sozialpsychiatrie	→	5	5	5	5	8	8	9
Soziotherapie	→	27	28	29	29	28	34	34
Stoßwellenlithotripsie	●	16	16	16	16	17	16	16
Radiologie (konventionelle)	→	395	405	394	397	399	393	398
Computertomographie	→	65	61	65	73	69	78	79
Osteodensitometrie	←	43	43	42	45	43	38	41
Strahlentherapie	→	7	7	10	14	9	15	18
Nuklearmedizin	←	22	21	22	23	22	20	21
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	→	10	11	11	26	31	38	38
Ultraschall	→	1061	1070	1103	1178	1192	1181	1205
Ultraschall der Säuglingshüfte	→	89	89	91	90	91	92	90
Vakuumbiopsie der Brust	→		–	4	1	2	5	7
Zytologie	←	14	12	12	11	11	11	13
DMP Diabetes mellitus Typ 2	→	997	1018	1019	1025	1023	1025	1057
DMP Diabetes mellitus Typ 1	→	50	51	51	51	53	53	53
DMP KHK	→	960	993	998	1000	1038	1002	1006
DMP COPD	→	486	534	559	586	583	611	599
DMP Asthma	→	529	575	607	637	631	663	656
DMP Brustkrebs	→	171	174	176	178	177	175	174
Hörgeräteverordnung	●		–	–	–	–	82	82
Hörgeräteverordnung (Kinder)	→		–	–	–	–	3	5
Molekulargenetik	●		–	–	–	–	14	14
Neuropsychologische Therapie	●		–	–	–	–	–	2

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2

Stand: 31.12.2013

Durchführungsbestimmungen zu diesen Prüfungen sind allgemein in den Richtlinien der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 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 Kassenärztlichen Vereinigun-

gen (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.

Stichproben in den Leistungsbereichen:

- Arthroskopie,
- konventionelle Röntgendiagnostik,

Anzahl abrechnender Ärzte

Anzahl geprüfter Ärzte

Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2

kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3

Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach Prüfung:

- keine Beanstandungen
- geringe Beanstandungen
- erhebliche Beanstandungen
- schwerwiegende Beanstandungen

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

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

- Computertomographie und,
- Magnetresonanztomographie

In diesen Leistungsbereichen 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 G-BA zu übermitteln.

Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden unter Einbindung eines externen Datenanalytikers an den G-BA berichtet. In weiteren Bereichen finden außerdem regelhaft Dokumentationsprüfungen, in der Hauptsache nach Vereinbarungen zu § 135 Abs. 2 SGB V aber auch nach § 135 Abs. 1 und anderen, statt.

Der Umfang reicht hier von einem Stichprobenumfang von drei Prozent bis zu einer Vollerhebung, einer verpflichtenden Zweitmeinung oder zusammenfassenden Jahresstatistiken. ■

Arthroskopie		Herzschrittmacheruntersuchung		Langzeit-EKG-Untersuchung		Konventionelle Röntgendiagnostik		Kernspintomographie	
31		47		147		359		62	
5		4		20		17		4	
5		3		20		17		4	
–		1		–		–		–	
gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3	gemäß § 4 Abs. 2	gemäß § 4 Abs. 3
4	–	3	1	1	–	5	–	4	–
–	–	–	–	15	–	11	–	–	–
–	–	–	–	4	–	1	–	–	–
1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1		–		19		5		–	
–		–		–		–		–	
–		–		–		–		–	
–		–		–		–		–	
–		–		–		–		–	
–		–		4		–		–	
–		–		–		–		–	

Qualitätsmanagement

Stand: 31.12.2013

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des QM ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards sicher und effizient zu gestalten, Fehler zu vermeiden und die Qualität der Patientenversorgung weiterzuentwickeln. Auch im Koalitionsvertrag sind Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zentrale Themen.

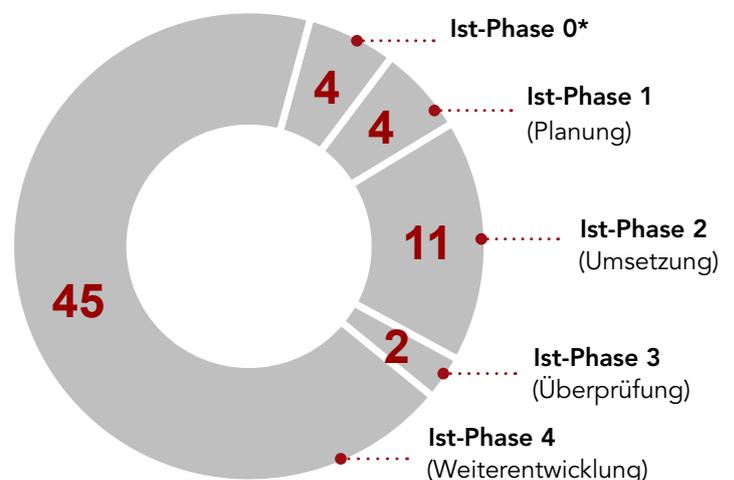
Die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§§ 3, 4 ÄQM-RL) festgeschrieben. Die Richtlinie regelt auch (§ 8 ÄQM-RL), dass der Stand der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben jährlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch Stichproben zu überprüfen ist. Dabei sind mindestens 2,5 Prozent der an der Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und MVZ zu berücksichtigen. 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 1 – Planung:** In einem Zeitraum von längstens zwei Jahren nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit sind Maßnahmen zur Planung eines einrichtungsinternen QM durchzuführen. Dazu gehören unter anderem mindestens eine schriftliche Selbstbewertung nach den §§ 2 bis 4 (Ziele, Grundelemente und Instrumente eines einrichtungsinternen QM), die Festlegung von Zielen und ggf. die Benennung der für QM zuständigen Mitarbeiter. Die Teilnahme an einer QM-Fortbildung wird empfohlen.
- **Phase 2 – Umsetzung:** In zwei weiteren Jahren sind auf der Grundlage der in Phase 1 durchgeführten Analysen und Planungen konkrete Umsetzungsmaßnahmen zur Einführung des einrichtungsinternen QM zu ergreifen. Bis zum Ende des Zeitraumes müssen alle Grundelemente nach § 3 unter Verwendung

aller Instrumente nach § 4 eingeführt werden. 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 3 – Überprüfung:** In einem weiteren Jahr ist eine erneute Selbstbewertung hinsichtlich aller in der ÄQM-RL geforderten Grundelemente und Instrumente einschließlich der jeweiligen Zielerreichung durchzuführen.
- **Phase 4 – fortlaufende Weiterentwicklung:** Spätestens ab dem sechsten Jahr nach Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit schließt sich die Phase der fortlaufenden Weiterentwicklung an. Neben der Anwendung der geforderten Grundelemente und Instrumente im Praxisalltag gehört dazu die jährliche Selbstbewertung der Praxis.

Ist-Phasen als Übersicht (Anzahl Praxen)



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

Zu dem Einführungs- und Entwicklungsstand des praxisinternen QM hat die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV) im Jahr 2013 66 Vertragsärzte/-psychotherapeuten befragt. 63 Ärzte/Psychotherapeuten nahmen an der Befragung teil. Das entspricht einer Teilnehmerquote von 95,5 Prozent. ■

Hygieneprüfung in M-V

Stand: 31.12.2013

■ Regelungsgrundlage

- Neue Landesverordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO),
- „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (Empfehlungen des Robert Koch-Institut mit Gesetzescharakter)

■ Kooperationspartner in M-V

- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales,
- Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS),
- kommunale Gesundheitsämter,
- Ärztekammer M-V,
- Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV).

Die KVMV ist seit der Gründung im Jahre 2010 Mitglied des Kompetenzzentrums Hygiene und Medizinprodukte.



Quelle: Kompetenzzentrum (CoC) Hygiene- und Medizinprodukte

■ Aufgaben

- regelmäßige Treffen der genannten Partner zur Abstimmung der aktuellen Maßnahmen,
- enge Kooperation zwischen dem Sozialministerium, dem LAGuS und der KVMV bei der Umsetzung aktueller Hygieneetze.

■ Ziel der Kooperation

- Auswertung der bisherigen Begehungsergebnisse,
- jährliche Absprache der Schwerpunkte,
- fachgruppenspezifische Schulungsveranstaltungen im Vorfeld von Begehungen.

■ Für die Überwachung der Arztpraxen zuständige Landesbehörde:

- Für die Überwachung der MedHygVO ist das LAGuS, Abteilung Gesundheit, Arzneimittelüberwachungs- und -prüfstelle, verantwortlich. Die Überprüfung übernehmen jeweils die kommunalen Gesundheitsämter.
- Für die Überwachung und Überprüfung der Aufbereitung der Medizinprodukte ist ebenfalls das LAGuS, Abteilung Arbeitsschutz und technische Sicherheit verantwortlich.

■ KVMV bietet Service für die Arztpraxen:

Seit der Gründung im Jahr 2010 ist die KVMV Mitglied im



Kompetenzzentrum
Hygiene und Medizinprodukte
der KV'en und der KBV

- Aufbau eines Informations- und Beratungsservices für Arztpraxen durch zwei speziell geschulte Mitarbeiterinnen aus dem Geschäftsbereich Qualitätssicherung,
- jährliche Durchführung von Informationsveranstaltungen in der KVMV mit einzelnen Fachgruppen und dem LAGuS zur Vorbereitung der vom LAGuS geplanten Kontrollen und Aufsuchungen dieser Praxen.

Kooperation zwischen LAGuS und KVMV bei der Umsetzung der Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxen. ■

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 Kassenärztliche Bundesvereinigung 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.

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 (KV) 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 KV grundsätzlich durch ein Kammerzertifikat zu führen. In der Wahl der Art der Fortbildung sind Ärzte und Psychotherapeuten im Wesentlichen frei. Um die berufliche Kompetenz zu sichern und weiterzuentwickeln, werden bevorzugt Präsenzveranstaltungen wie Vortragsveranstaltungen, Qualitätszirkel und Veranstaltungen mit Workshopcharakter, aber zunehmend auch Online-Fortbildungen genutzt. 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 Fortbildungsversäumnisse innerhalb von zwei Jahren,
- Einleitung eines Verfahrens auf Zulassungsentzug beim Zulassungsausschuss, wenn der Fortbildungs-

nachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

In der Kassenärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) waren im Jahr 2013 109 Ärzte und drei Psychologische Psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. 106 Ärzte und drei Psychologen haben den Nachweis gegenüber der KVMV erbracht. Dies entspricht 97,5 Prozent. Gegen drei Ärzte wurden im Jahr 2013 aufgrund von Nichterfüllung der Fortbildungspflicht Sanktionen eingeleitet. Keinem Arzt bzw. Psychotherapeuten musste der Zulassungsausschuss die Zulassung bzw. die Genehmigung der Ermächtigung/Anstellung entziehen. Für alle diejenigen, die bereits am 30. Juni 2004 an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, endete per 30. Juni 2014 bereits der zweite Fünfjahreszeitraum der Nachweispflicht. ■



Grafik: www.shutterstock.de

Qualitätszirkel – eine häufig genutzte Form der Fortbildung

Ein Qualitätszirkel ist der Begriffsbestimmung nach ein Arbeitskreis, der das Ideen- und Wissenspotenzial aktivieren soll bzw. eine auf unbestimmte Dauer angelegte Kleingruppe, in denen 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 M-V (KVMV) unterstützt ihre Mitglieder hierbei organisatorisch und finanziell. Jährlich organisiert die KVMV eine Moderatorenschulung mit professionellen Trainern

auf der Grundlage entsprechender Vorstandsbeschlüsse, wodurch im Jahre 2013 20 Moderatoren neu ausgebildet wurden.

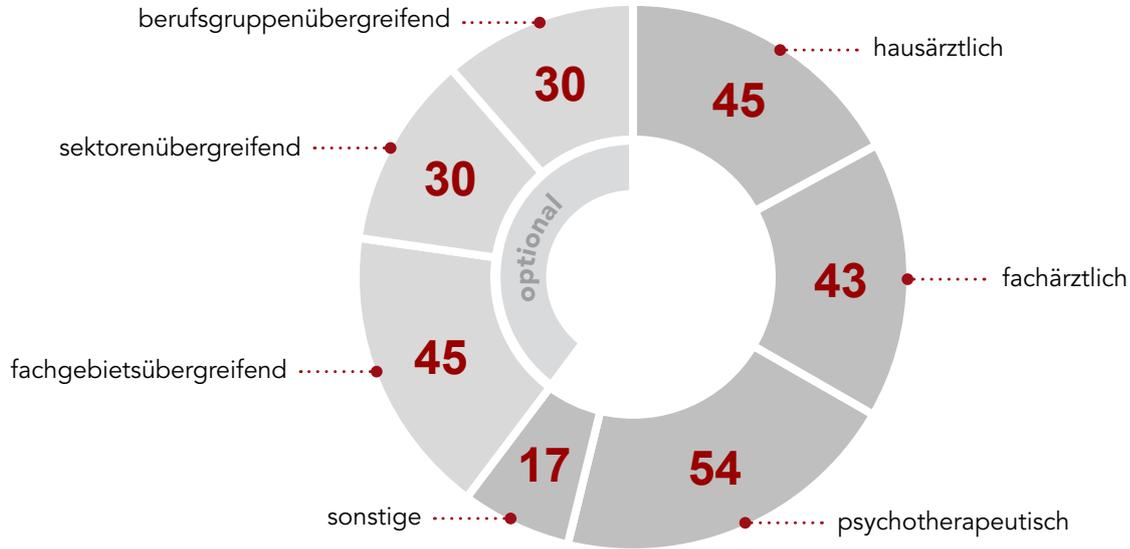
Nach dem Erhalt des Moderatorenzertifikates hat der Moderator die Möglichkeit, formlos an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung einen Antrag auf Gründung eines Qualitätszirkels zu stellen. Nach entsprechender Prüfung durch die KVMV erhält der Antragsteller ein Anerkennungsschreiben des Qualitätszirkels.



„Moderatorenschulung“ unter Leitung der KVMV



Anzahl der Qualitätszirkel



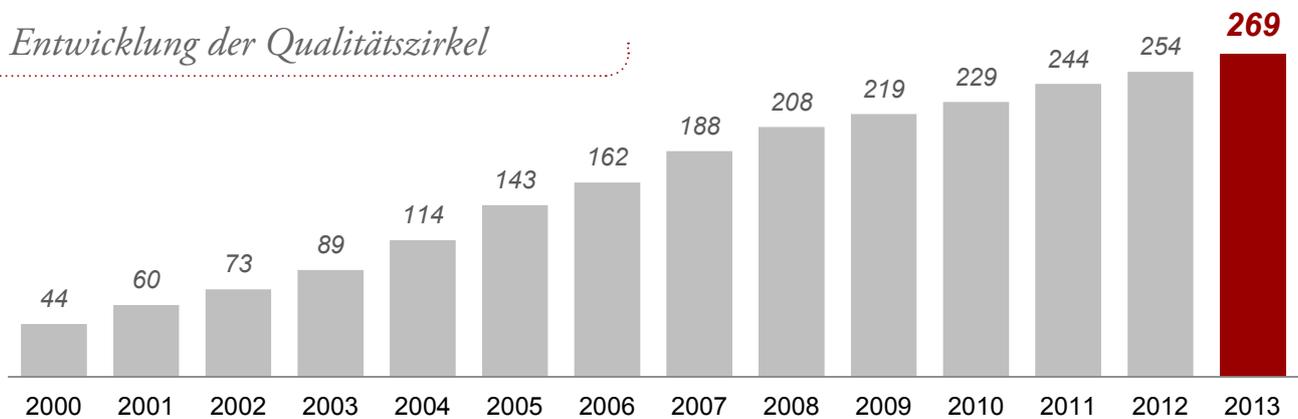
Anzahl der Qualitätszirkel gesamt: 269

Des Weiteren erhält der Antragsteller von der Ärztekammer M-V eine Teilnehmerliste mit seiner persönlichen Qualitätszirkel-Nummer, welche er zur Durchführung des Qualitätszirkels benötigt. Der Qualitätszirkelmoderator erstellt Protokolle und sendet diese im Original bis 14 Tage nach Ablauf der Veranstaltung an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV zur Weiterleitung an die Ärztekammer M-V 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 Land.

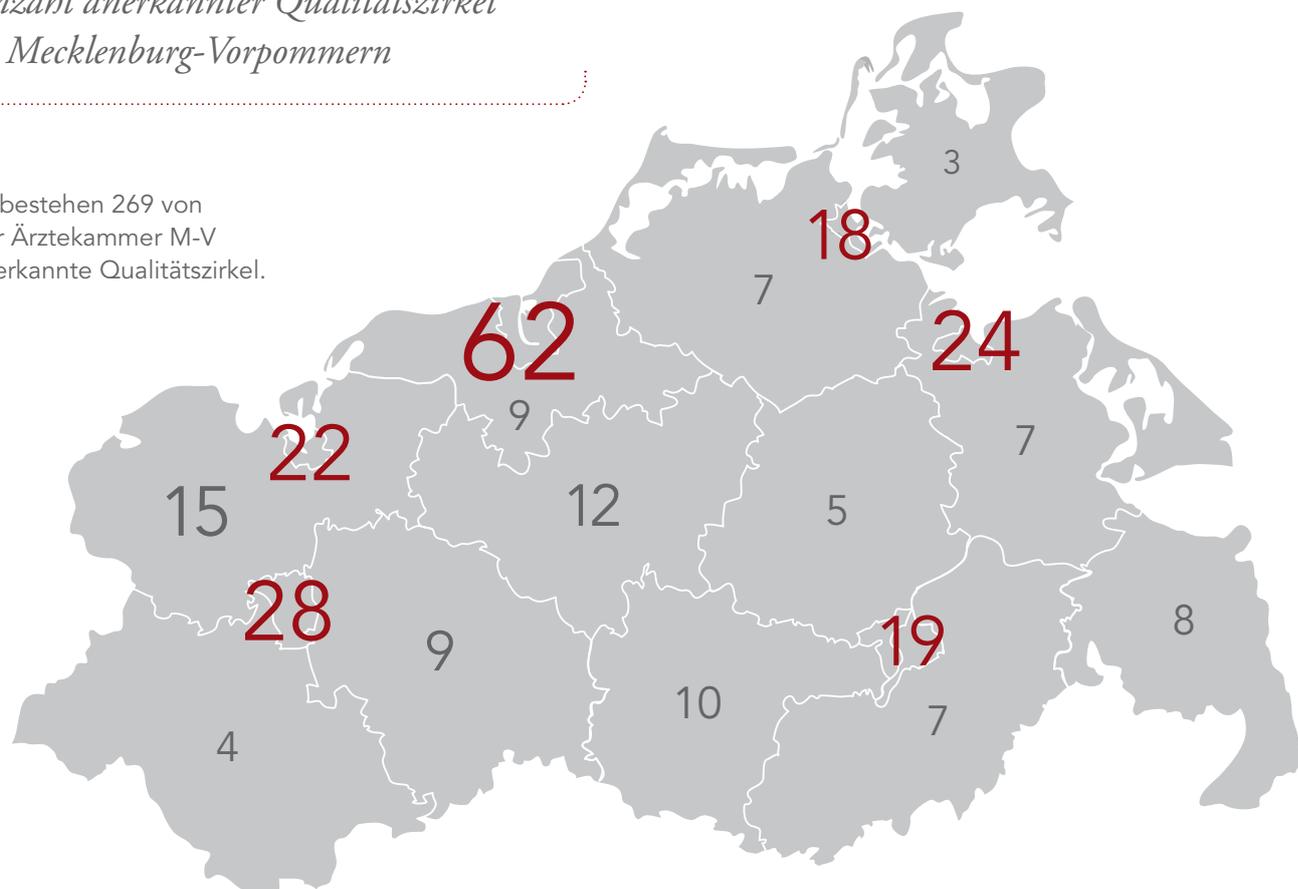
Im Jahr 2013 waren von den rund 2.600 zugelassenen Haus- und Fachärzten ca. 60 Prozent in 269 Qualitätszirkeln organisiert. Die folgende Darstellung zeigt die Verteilung der Qualitätszirkel nach Fachgebieten sowie die Verteilung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. ■

Entwicklung der Qualitätszirkel



Anzahl anerkannter Qualitätszirkel in Mecklenburg-Vorpommern

Es bestehen 269 von
der Ärztekammer M-V
anerkannte Qualitätszirkel.



Städte

Schwerin (28); Rostock (62); Stralsund (18); Wismar (22); Greifswald (24); Neubrandenburg (19).

Altlandkreise

Nordwestmecklenburg (15); Ludwigslust (4); Parchim (9); Güstrow (12); Bad Doberan (9); Nordvorpommern (7); Rügen (3); Demmin (5); Ostvorpommern (7); Uecker-Randow (8); Mecklenburg-Strelitz (7); Müritz (10).

Stand: 31.12.2013

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	
	C	Chirotherapie	Kirsten Martensen	243
Computertomographie		Martina Lanwehr	375	
D	Diabetischer Fuß	Marie Gillmeier	385	
	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	Marie Gillmeier	385	
	DMP KHK	Monika Schulz	383	
	E	Entwicklungsneurologie	Anke Voglau	377
		F	Früherkennungsuntersuchung	Caroline Janik
	Funktionsstörung der Hand		Brit Tesch	382
G	Gestationsdiabetes	Marie Gillmeier	385	
	H	Hautkrebsscreening	Anika Bencke	249
Herzschrittmacher		Caroline Janik	177	
	HIV/Aids	Liane Ohde	210	
	Homöopathie	Brit Tesch	382	
	Hörgeräteversorgung	Stefanie Moor	384	
	Humangenetik	Silke Seemann	387	
	HZV	Caroline Janik	177	
I	Impfen	Liane Ohde	210	
	Interv. Radiologie	Martina Lanwehr	375	
	Invasive Kardiologie	Caroline Janik	177	
K	Koloskopie	Brit Tesch	382	
	Künstliche Befruchtung	Silke Seemann	387	
L	Labor	Silke Seemann	387	

	Langzeit-EKG	Caroline Janik	177
M	Mammographie (kurativ)	Martina Lanwehr	375
	Mammographie-Screening	Liane Ohde	210
	MRT/MR-Mamma/MRA	Martina Lanwehr	375
N	Neugeborenen screening	Silke Seemann	387
	Nuklearmedizin	Martina Lanwehr	375
O	Onkologie	Kirsten Martensen	243
	Osteodensitometrie	Martina Lanwehr	375
	Otoakustische Emission	Stefanie Moor	384
P	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
Q	Qualitätsmanagement	Martina Lanwehr	375
	Qualitätszirkel	Ilona Holzmann	244
R	Radiologie	Marion Rothe	376
	Rehabilitation	Liane Ohde	210
	Rheumatologie	Marie Gillmeier	385
S	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
T	Tonsillotomie	Stefanie Moor	384
U-Z	Ultraschall	Marion Rothe	376
	Vakuumbiopsie der Brust	Martina Lanwehr	375
	Zytologie	Silke Seemann	387



ΕΙΔ
ΡΚΟΥΣ
ΑΣΚΑΝΗΤΙ
ΤΡΑΝΑΚΕΙΑΝ

καὶ ποιῆσαι κατὰ δύναμιν
αὐτῆς καὶ ἐγγυραγραφὴν τήνδε
καὶ τῶν διδάξαντά με τ
καὶ γενέτησιν ἐμοῖσιν καὶ
ἀλλοτρίων χρηρίζοντα μετὰ δ
καὶ τῆς τοῦ ἐξ αὐτοῦ ἀδελφρο
καὶ καὶ διδάξαι τὴν τέχνη
καὶ μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ κα
καὶ τε καὶ ἀλορησιος κα
καὶ μεταδόντων ποιῆσαι

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