



Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern

2010



Impressum**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Neumühler Straße 22
19057 Schwerin

Redaktion:

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

Kirsten Martensen
Telefon: 0385.74 31 243
Telefax: 0385.74 31 346
E-Mail: qual-sicherung@kvmv.de
Internet: www.kvmv.de

Layout und Satz:

Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Katrin Schilder

Fotos:

KVMV
www.pixelio.de
www.siemens.com
www.klosterfrau.de
www.hartmann.info
Deutscher Hausärzteverband

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort – Dr. Wolfgang Eckert | 4 |
| Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern | 5 |
| Qualitätsförderung aktuell | 6 |
| Projekt „Ambulante geriatrische Komplexbehandlung“ (AGKB) | 7 |
| Vereinbarung „Pflegeheim Plus“ | 8 |
| Projekt „Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung“ (SAPV) | 8 |
| Projekt „VERAH“ | 10 |
| „Chronische Wunde“ | 11 |
| Sektorenübergreifende Qualitätssicherung | 12 |
| Kommissionen | 13 |
| Ausgewählte qualitätsgesicherte Versorgungsbereiche | 14 |
| Rechtsgrundlagen | 16 |
| Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen | 18 |
| Akupunktur | 19 |
| Arthroskopie | 20 |
| Blutreinigungsverfahren/Dialyse | 22 |
| Koloskopie | 23 |
| Langzeit-EKG-Untersuchungen | 24 |
| Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie) | 26 |
| Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie) | 26 |
| Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie) | 26 |
| Mammographie (kurativ) | 28 |
| Mammographie-Screening | 29 |
| Onkologie | 30 |
| Psychotherapie | 30 |
| Schmerztherapie | 32 |
| Strahlendiagnostik/-therapie | 33 |
| <i>Konventionelle Röntgendiagnostik</i> | 33 |
| <i>Computertomographie</i> | 34 |
| <i>Osteodensitometrie</i> | 34 |
| <i>Strahlentherapie</i> | 35 |
| <i>Nuklearmedizin</i> | 35 |
| Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger | 36 |
| Ultraschalldiagnostik | 36 |
| Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri | 42 |
| Disease-Management-Programme | 46 |
| Fortbildungsverpflichtung | 49 |
| Qualitätszirkel | 50 |
| Qualitätsmanagement | 52 |
| Service | 54 |

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem Qualitätsbericht für das Jahr 2010 erhalten Sie bereits zum siebten Mal eine komplexe und umfassende Übersicht über ein Jahr innerärztliche Qualitätssicherungsarbeit, die den hohen Stand der Patientenversorgung im ambulanten Bereich unseres Bundeslandes, die tagtäglichen Bemühungen der niedergelassenen Ärzteschaft um Bewahrung, Vertiefung und innovativen Ausbau von Struktur- und Ergebnisqualität ihrer Patientenversorgung, aber auch die organisatorischen, unterstützenden und dokumentierenden Leistungen der Fachkommissionen und der Mitarbeiter des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern zusammenfasst.



Die Qualität ambulanten ärztlichen Tuns ist durch ein komplexes und vielgestaltiges Netz von Maßnahmen innerhalb der körperschaftlichen Selbstverwaltung gesichert. Qualitätssicherung ist dabei aber mehr als die Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht. Wir verstehen diesen jährlichen Qualitätsbericht denn auch als einen Beitrag zur Darstellung der Leistungskraft der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und empfehlen ihn zur Lektüre überall da, wo Entscheidungen zur Gesundheitspolitik getroffen werden.

Wenn ein Patient irgendwo in Mecklenburg-Vorpommern einen niedergelassenen Arzt aufsucht, kann er sich darauf verlassen, dass er gut versorgt wird. Alle Praxen – ganz gleich – ob auf Usedom oder in Schwerin, unterliegen denselben Qualitätskontrollen. Es sind verbindliche Richtlinien für die Ärzte und Psychotherapeuten definiert, und die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unterstützt und überprüft deren Einhaltung.

Auch in diesem Bericht haben wir wieder einige Informationen zu innovativen Versorgungsprojekten in Mecklenburg-Vorpommern aufgenommen, die sich mit der spezifischen Morbiditätsstruktur in unserem Bundesland befassen und letztlich historische, geographische, wirtschaftliche und soziale Strukturen zur Ursache haben. Demographisch hat Mecklenburg-Vorpommern mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen. Als Flächenland mit abnehmender Bevölkerung, die dazu auch noch durch eine „dreifache

Alterung“ geprägt ist (wachsende durchschnittliche Lebenserwartung, weniger Geburten, Wegzug vorrangig junger und Zuzug älterer Menschen), stehen wir vor besonderen Aufgaben, die mit Kreativität und einer hohen regionalen Versorgungskompetenz gelöst werden müssen. Vor dem Hintergrund der steigenden, morbiditätsbedingten Arbeitsbelastung unserer Ärzte müssen künftige Versorgungsnotwendigkeiten bereits heute erprobt und gemeinsam mit den Krankenkassen, aber auch mit der Gesundheitspolitik abgestimmt und umgesetzt werden.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sind uns durchaus bewusst, dass die Aussagekraft von Jahresstatistiken und Tätigkeitsberichten beschränkt ist. Eine umfassende Bewertung ärztlicher Leistung kann nur in strukturübergreifenden und langjährigen Evaluierungen der Ergebnisqualität erfolgen. Hier sind die personellen und finanziellen Möglichkeiten einer Landes-KV überfordert. Gleichwohl haben wir uns dieser Herausforderung immer wieder gestellt und werden dies auch in Zukunft tun.

*Eine umfassende Bewertung
ärztlicher Leistung kann nur in
strukturübergreifenden und
langjährigen Evaluierungen der
Ergebnisqualität erfolgen.*

Verwiesen sei hier auch auf die Initiativen der KV Mecklenburg-Vorpommern bei weiteren Projekten, wie dem landesweiten Tumordatenregister, dem flächendeckenden Aufbau von Rheuma-, Diabetes- und Suchtschwerpunktpraxen, der Strukturierung geriatrischer, gerontopsychiatrischer, palliativer und rehabilitativer ambulanter Versorgung, der Flächenerprobung des Einsatzes arztunterstützender und arztentlastender Gemeindeschwestern (VERAH) und nicht zuletzt der bundesweit erstmaligen telemedizinischen Komplettlösung im Mammascreeing. – Alles Projekte, bei denen die KV als Initiator und Träger um eine parallele Ergebnis-Evaluierung bemüht war und ist, und für die sie mit hohem Einsatz bei der Erarbeitung der Vertragsgrundlagen mitwirkt und die Einbeziehung der handelnden Partner von Anfang an mitorganisiert.

Nicht alle Maßnahmen können in einem Qualitätssicherungsbericht wie diesem erschöpfend dargestellt werden. Vorstand und Verwaltung der Kassenärztlichen

Vereinigung – speziell der Geschäftsbereich Qualitätssicherung – stehen gern zur Verfügung, über weitere Details und aktuelle Projekte zu informieren.

Wir stellen uns mit diesem Bericht selbstbewusst den Herausforderungen eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems und schaffen belastbare Grundlagen für eine stete und hohe Versorgungsqualität.



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

Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern

(Stand 30.08.2010)

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

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

Gesamtzahl 2401

Qualitätsförderung aktuell

Die Kassenärztliche Vereinigung betrachtet 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 gemäß § 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.

Als Flächenland mit abnehmender Bevölkerung, die dazu auch noch durch eine dreifache Veralterung (die Menschen werden allgemein immer älter, in ganz Deutschland werden weniger Kinder geboren, besonders Mecklenburg-Vorpommern verliert durch den Wegzug vorrangig junger Menschen immer mehr Be-

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



Foto: Rolf van Melis/www.pixelio.de

völkerung) geprägt ist, steht die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern vor besonderen Aufgaben, die mit Engagement, Kreativität und hohen Qualitätsanforderungen zu lösen sind. In Anbetracht der damit verbundenen Herausforderungen, vor allem an geriatrische Versorgungsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern, wurden – oft auf Anregung niederge-

Vor diesem Hintergrund hat die Kassenärztliche Vereinigung M-V folgende Projekte und Initiativen gestartet:

Projekt „Ambulante geriatrische Komplexbehandlung“ (AGKB)

Mit zunehmendem Alter kommen die kleinen und auch die größeren körperlichen Beschwerden. Ganz schlimm wird es, wenn die größeren Beschwerden den Menschen nicht mehr am aktiven Leben teilhaben lassen, wenn Pflege notwendig wird und soziale Isolation droht.

In Mecklenburg-Vorpommern setzen dreiseitige Verträge gemäß § 140 b SGB V zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, AOK und speziell für die Geriatrie ausgebildeten Ärzten genau bei diesem Personenkreis an. Die ambulante geriatrische Komplexbehandlung – ein Versorgungskonzept, das die Lebensqualität älterer Menschen verbessert, wurde bereits in vier Regionen unseres Landes umgesetzt.

Nach einem Unfall oder Krankheitsfall, beispielsweise nach einem Schlaganfall oder einer Hüftfraktur, soll die Alltagskompetenz der Betroffenen wieder hergestellt und gestärkt werden, um ihnen die Rückkehr in die eigenen vier Wände zu ermöglichen. Oftmals wird dies auch durch zusätzlich vorliegende psychische Erkrankungen (Depression, Angststörung) erschwert, da diese Störungen Motivation und Selbsthilfefähigkeiten des Betroffenen zusätzlich schwächen. Durch eine wirkungsvolle Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer ist eine erfolgversprechende Behandlung möglich. Deshalb ist die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe auch das Kernstück des Vertrages. Das Konzept sieht vor, dass der Hausarzt erster Ansprechpartner für den Patienten bleibt. Während der Komplexbehandlung koordiniert zusätzlich der vor Ort ansässige, geriatrisch geschulte Arzt den Versorgungsbedarf der Patienten und leitet die geriatrischen Maßnahmen. Je nach persönlicher Belastbarkeit erhalten die Teilnehmer, deren Komplexbehandlung auch an eine stationäre Behandlung anschließen kann, an einem Therapietag zwei bis drei Anwendungen aus den Bereichen Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie sowie physikalischer und psychologischer Therapie. Zuvor ermittelt der Arzt die individuelle Alltagskompetenz sowie das Potenzial der Patienten. Die Behandlungen erfolgen monatsweise in Therapiegruppen mit bis zu 15 Patienten. Pro Maßnahme stehen 20 Therapietage zur Verfügung. Die Behandlungsfortschritte werden wöchentlich auf der Basis des geriatrischen Eingangsassessments ermittelt. So können Auffälligkeiten im Team besprochen werden und bei Bedarf in die Therapie mit eingebaut werden.



Sämtliche Maßnahmen erfolgen ambulant, so dass die Patienten in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können. Im Anschluss an ein Behandlungsprogramm wird im Idealfall aus einer Therapiegruppe eine Selbsthilfegruppe, so dass die einmal geknüpften sozialen Kontakte auch weiterhin erhalten bleiben.

Vereinbarung „Pflegeheim Plus“

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

Ziel ist die verbesserte Strukturierung, Koordination und Qualität bei der Behandlung der Pflegeheimpatienten, die optimale Medikation sowie die Vermeidung von unnötigen Krankenseinweisungen und Doppeluntersuchungen. Dies soll u.a. erreicht werden durch die konzertierte Versorgung mittels fest vereinbarter Regelvisiten im Heim durch feste Hausärzeteams, Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team und

Gewährleistung einer speziellen Rufbereitschaft. Seit dem Jahre 2010 bestehen bereits 47 unterschriebene Verträge mit 76 beteiligten Hausärzten in 49 Pflegeheimen mit ca. 3.000 Heimbewohnern. Eine weitere Erhöhung der Anzahl der Verträge sowie die Erhaltung des Vertrages mit der AOK über das Jahr 2010 hinaus wurde angestrebt und konnte im Jahre 2011 auch umgesetzt werden.

Projekt „Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung“ (SAPV)

Die Behandlung von Krankheiten, die von vornherein nicht heilbar sind, sowie von Krankheiten in einem Stadium, in dem eine Heilung nicht mehr möglich ist, gehören zu den schwierigen Kapiteln der ärztlichen Tätigkeit.

Handelt es sich hierbei um Erkrankungen, die nicht heilbar sind und die Prognose quoad vitam einschränken, sind sie eine Domäne der Palliativmedizin. Die Betreuung von Patienten mit derartigen Krankheitsverläufen tangiert mehr oder weniger alle ärztlichen Fachdisziplinen.

Die allgemeine Palliativversorgung ist bereits jetzt Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Viele dieser Patienten werden derzeit in der Finalphase ihrer Krankheit stationär (sowohl akutstationär als auch auf Palliativstationen) behandelt. Dies bedeutet, dass sie in der Schlussphase ihres Lebens ihre gewohnte Umgebung verlassen müssen. Um diesen Patienten ein längstmögliches Verbleiben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, ist durch den Gesetzgeber als neue Versorgungsform die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) als Möglichkeit geschaffen worden. Die Voraussetzungen für die Verordnung sind in der Richtlinie zur SAPV des Gemeinsamen Bundesausschusses ausgeführt.

Die gewohnte Umgebung, in der die Patienten verbleiben können sollen, umfasst hierbei nicht nur die gewohnte häusliche und familiäre Umgebung, sondern auch die gewohnte Umgebung in stationären Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Jugendhilfe. Die Patienten müssen an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, so dass dadurch ihre Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist.

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

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

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

teams und KVMV) über die Struktureinheiten vor Ort direkt über die KV und mit den vereinbarten Pseudoziffern für Koordination, Teil- und Vollversorgung. Die SAPV-Teams, bestehend aus qualifizierten Ärzten und Pflegekräften des niedergelassenen und stationä-



Foto: berggeist007/www.pixello.de

Damit ist verbunden, dass die Verordnung von SAPV durch einen Vertragsarzt in M-V nur dort erfolgen kann, wo Verträge zur SAPV gemäß §§ 37 b und 132 d mit den regionalen SAPV-Teams auf der Grundlage einer für alle Verträge einheitlichen Rahmenvereinbarung geschlossen wurden.

In Mecklenburg-Vorpommern wurde im Jahr 2009 gemäß dieser Vereinbarung in drei Regionen mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung begonnen. Weitere dreiseitige Regionalverträge auf der Grundlage dieser Regelung wurden abgeschlossen. Derzeit gibt es 7 SAPV-Teams im ganzen Land verteilt, davon einen Vertrag, welcher zweiseitig zwischen den Krankenkassen und einem Leistungserbringerteam abgeschlossen wurde. Weitere Gespräche mit den Krankenkassen laufen derzeit.

Die Abrechnung der Leistungen zu extrabudgetären landeseinheitlichen Preisen erfolgt bei den dreiseitigen Verträgen (Krankenkassen, Leistungserbringer-

ren Bereichs, weiteren Fachkräften wie Sozialarbeiter oder Psychologen, arbeiten eng mit ambulanten und stationären Hospizen und Palliativstationen der Krankenhäuser der Region zusammen. Sie werden eine 24-Stunden-Rufbereitschaft vorhalten und über eine spezielle Telefonnummer zu erreichen sein. Diese ist besetzt mit einer Koordinations- und Lenkungsassistentin, welche den gesamten Ablauf koordiniert.

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

Projekt „VERAH“

Die in einem abgestimmten Projekt zwischen Universität Greifswald, Kassenärztlicher Vereinigung M-V und Krankenkassen unter Koordinierung des Ministerium für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern erfolgte Definition der Praxisassistentin im Rahmen der hausärztlichen Versorgung im Erprobungsmodell M-V und ihre Praxisimplementierung im Rahmen der Regelversorgung haben einen wesentlichen Beitrag für die gesetzliche Beauftragung des Bewertungsausschusses vom 14.3.2008 zur Erarbeitung einer Vergütungsregelung für ärztlich angeordnete Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten bis zum 1.1.2009 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 sind. Diese Abrechenbarkeit wurde jedoch an Voraussetzungen gebunden:

- ▶ Genehmigung durch die KV,
- ▶ nur für Regionen mit Ärztemangel oder mit drohender ärztlicher Unterversorgung,
- ▶ spezielle Qualifizierung der Fachkräfte,
- ▶ 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, Be-

ratung, Prophylaxe, koordinierenden Tätigkeiten vor und nach Krankenhausaufenthalten sowie begrenzten diagnostischen Leistungen. Eine versorgungsstrukturell wünschenswerte Entlastung des Hausarztes in weiteren Regionen wird damit angestrebt und in einigen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns bereits erreicht. Derzeit sind in Mecklenburg-Vorpommern seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bereits in 31 Praxen Praxisassistentinnen durch Vorstandsbeschluss und entsprechend der Regelungen des Bewertungsausschusses genehmigt worden. An der Ausbildung sind die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V. in Mecklenburg-Vorpommern beteiligt.



Foto: Deutscher Hausärzterverband

„Chronische Wunde“

Mehr als vier Millionen Menschen in Deutschland, darunter prozentual überwiegend geriatrische Patienten, haben eine chronische Wunde, beispielsweise einen diabetischen Fuß oder einen Dekubitus.

Um diese Wunden zum Abheilen zu bringen, muss man sowohl die Grunderkrankung als auch die Wunde selbst gezielt therapieren. Dies erfordert ein funktionierendes Zusammenspiel zwischen behandelndem Arzt, Pflegekraft oder Wundtherapeut, Patient und Produkteinsatz.

Chronische Wunden sind nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein ökonomisches Problem. Ziel der integrierten Versorgung von Versicherten zur Behandlung Chronischer Wunden ist es, qualitätsgesicherte Leistungen unter Ausschöpfung aller wirtschaftlichen



Foto: www.hartmann.info

Ressourcen in Form von fächerübergreifenden Behandlungspfaden zu erbringen. Zur integrierten Versorgung zählen in diesem Sinne die Arztleistungen zur Wundversorgung, das heißt die Erfassung und Behandlung der Grunderkrankung und die Versorgung der Wunde. Weiterhin gehört die pflegerische Leistung zur Versorgung der Wunde dazu und auch die Schulung und Beratung des Patienten mit dem Ziel, wundheilungshemmende Verhaltensweisen zu erkennen und fördernde Maßnahmen einleiten und anwenden zu können.

Nach einer Vielzahl von Verhandlungsgesprächen mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern kam es im Jahre 2010 nun endlich zu einem Abschluss eines dreiseitigen Vertrages auf Basis des §140 a ff. SGB V für regionale Teile unseres Landes. Im Einzelnen geht es im Vertrag

um leitliniengerechte und systematische Koordination der Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden, erstellen von qualitätsgesicherten Leistungen unter Ausschöpfung der wirtschaftlichen Ressourcen, Vernetzung der einzelnen Behandlungssektoren in der Wundversorgung, systematisiertem Wissenstransfer unter den Leistungserbringern und der Erschließung therapeutischer Synergien.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Mit dem Beschluss der Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 in Verbindung mit § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V – der so genannten Qesü-RL – durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Versorgung geschaffen.

Behandlungsergebnisse sollen sektorenübergreifend erfasst und bewertet werden. Mit der Richtlinie wird eine Längsschnittbetrachtung von Daten etabliert, die die Aussagekraft von Qualitätsdarstellungen zum Leistungsgeschehen erhöht. Die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erstreckt sich auch auf Selektivverträge und die privatärztliche Versorgung durch Vertragsärzte. Das eröffnet die Möglichkeit, künftig einheitliche Qualitätsstandards für Leistungen festzusetzen, unabhängig davon, ob diese im Rahmen des Kollektivvertrages, in ergänzenden Verträgen oder für privat Krankenversicherte erbracht werden. Die Richtlinie beschreibt die Strukturen, die zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest. Sie gibt vor, wie die von Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern erhobenen Behandlungsdaten zu verarbeiten und auszuwerten sind. In der Regel soll das Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung länderbezogen durchgeführt werden. In begründeten Fällen, zum Beispiel bei kleinen Fallzahlen, kann es auch ein so genanntes bundesbezogenes Verfahren geben. Festgeschrieben ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und

Krankenkassen gemeinsam über die Einleitung sektorenübergreifender Maßnahmen zur Qualitätssicherung entscheiden. Dazu sollen Landesarbeitsgemeinschaften (Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft, Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen) gegründet werden. Für die Durchführung der eigentlichen Qualitätssicherung im ambulanten Bereich bleiben die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Die Einführung und Umsetzung der ersten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen ist für das Jahr 2012 geplant. Auf der Basis der Arbeitsergebnisse des AQUA-Institutes zu Qualitätsindikatoren und -instrumenten wird der G-BA in 2011 für die Themenbereiche Katarakt-Operationen, PCI & Koronarangiographie, Konisation des Gebärmutterhalses und Kolorektales Karzinom themenspezifische Bestimmungen zur Qesü-RL erarbeiten.

In Mecklenburg-Vorpommern haben die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausgesellschaft und die Krankenkassen im Berichtsjahr damit begonnen, einen Vertrag zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V zu erarbeiten.



Foto: www.pixelio.de

Kommissionen

Apheresekommission

- 2 niedergelassene Nephrologen
- 2 Nephrologen aus der Klinik
- 2 Mitglieder des MDK ohne Zusatzbezeichnung Nephrologie

Arthroskopie

- 3 ärztliche Mitglieder

Diabetologie

- 3 ärztliche Mitglieder

diagnostische Radiologie/Computertomographie

- 8 ärztliche Mitglieder
- 1 Medizinphysiker

Geriatric/Gerontopsychiatrie/ ambulante geriatrische Rehabilitation

- 4 Vertragsärzte

Herzschrittmacher und Langzeit-EKG

- 4 ärztliche Mitglieder

Kompetenzcenter Akupunktur

- 2 ärztliche Mitglieder (je KV)
(gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein)

Kompetenzcenter Dialyse

- 2 ärztliche Mitglieder (je KV)
(gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein)

Kompetenzcenter Koloskopie

- 2 ärztliche Mitglieder (je KV)
(gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein)

Kompetenzcenter Magnetresonanztomographie

- 2 ärztliche Mitglieder (je KV)
(gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein)

Kompetenzcenter Schmerztherapie

- 2 ärztliche Mitglieder (je KV)
(gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein)

Kurative Mammographie

- 3 ärztliche Mitglieder

Labor

- 4 ärztliche Mitglieder
- 1 Fachwissenschaftler der Medizin

Methadon

- 3 Vertragsärzte
- 2 Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen
- 1 Vertreter der Ersatzkassen

Onkologie

- 6 ärztliche Mitglieder

PDT

- 1 ärztliches Mitglied (je KV)
(in M-V zusätzlich 1 stellv. Mitglied)
(gemeinsame Qualitätssicherungskommission mit KV Hamburg, KV Bremen und KV Schleswig-Holstein)

Psychotherapie

- 3 ärztliche Mitglieder
- 1 Psychologische Psychotherapeutin

Sonographie

- 6 ärztliche Mitglieder

Zytologie

- 4 ärztliche Mitglieder

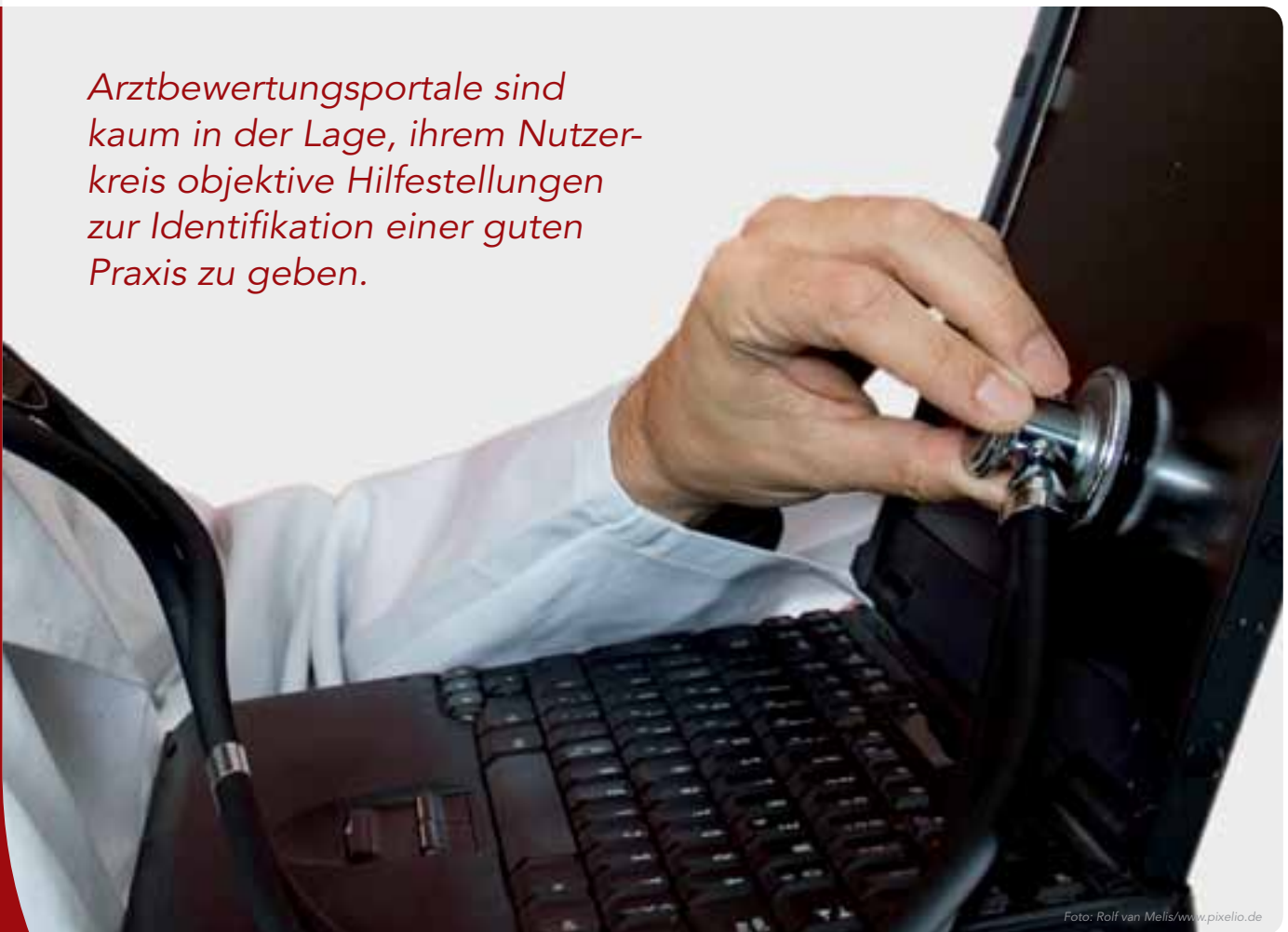
Ausgewählte qualitätsgesicherte Versorgungsbereiche

Immer deutlicher wird das starke Bedürfnis der Patienten und Verbraucher, Verlässliches über die Qualität von Gesundheitsleistungen zu erfahren. Die Bewertung von Ärzten und deren Leistungserbringung wird dabei zunehmend als wichtige Informationsquelle angesehen.

In den letzten Jahren haben sich zahlreiche Arztbewertungsportale im Internet etabliert, die sich quantitativ und qualitativ stark unterscheiden. Dennoch: Vermutlich werden Bewertungsportale im Gesundheitswesen an Bedeutung zunehmen. Die meisten Patienten entscheiden sich zwar auf der Grundlage persönlicher Empfehlungen oder Tipps für einen Arzt. Jedoch besteht auch das Bedürfnis nach verlässlichen Informationen, die eine Entscheidung wirklich unterstützen. Arztbewertungsportale sind kaum

in der Lage, ihrem Nutzerkreis objektive Hilfestellungen zur Identifikation einer guten Praxis zu geben. Sie liefern lediglich subjektive Einschätzungen der Patienten zu einzelnen Aspekten der Versorgung und Betreuung durch den Arzt bzw. das Praxispersonal, können aber nicht die medizinische Fachkompetenz der bewerteten Ärzte abbilden. Daher besteht eine Nachfrage nach Kriterien, die Rückschlüsse auf die medizinische Kompetenz des Arztes und die Qualität der Behandlung zulassen.

Arztbewertungsportale sind kaum in der Lage, ihrem Nutzerkreis objektive Hilfestellungen zur Identifikation einer guten Praxis zu geben.



Der Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ist ein seriöses und nicht interessengeleitetes Informationsangebot für alle Bürger, denn er stellt jährlich die Ergebnisse der Bewertungen der Qualität ambulanter Versorgung dar. Er liefert transparente Informationen über die Qualität der Gesundheitsversorgung, die Rückschlüsse auf die medizinische Kompetenz der Ärzteschaft und auf die Behandlungsqualität ermöglichen. Mit ihm soll den Patientinnen und Patienten eine Entscheidungshilfe im Vorfeld der ambulanten Behandlung gegeben werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern versteht ihren Qualitätsbericht als einen wichtigen Baustein zur Erhöhung der Transparenz in der ambulanten medizinischen Versorgung sowie als Kommunikationsinstrument mit den gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten und den niedergelassenen Ärzten.

Diese Qualität ärztlicher und psychotherapeutischer Leistung wird anhand von drei verschiedenen Kriterien überprüft: der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität.

Strukturqualität

Die Strukturqualität bezeichnet die Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung im Hinblick auf personelle Voraussetzungen (z. B. Anzahl und Qualifikation der Ärzte und Psychotherapeuten) sowie die räumliche und apparative Ausstattung z. B. der Arztpraxis. Dabei ist zu beachten, dass Gesetze, Vereinbarungen oder Richtlinien den Ärzten und Psychotherapeuten häufig Mindestanforderungen bezüglich der Strukturqualität vorschreiben. Dazu gehören zum Beispiel die Ausbildungsvorgaben für Ärzte, wenn sie bestimmte genehmigungspflichtige Leistungen erbringen wollen. Bezüglich der räumlichen Ausstattung gibt es zum Beispiel Mindestanforderungen an die Hygienestandards in Operationsräumen. Vorgaben zur Sachausstattung regeln, welchen technischen Stand eingesetzte Geräte zum Beispiel in der Radiologie oder in der Ultraschalldiagnostik haben müssen und welches Alter sie maximal haben dürfen. Die Strukturqualität bezieht sich also vor allem auf exakt erfassbare organisationsinterne Sachverhalte.

Prozessqualität

Die Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufs. Die Qualität eines Leistungsprozesses ergibt sich aus dem Vergleich von bestimmten Kriterien mit entsprechenden Standards oder Durchschnittswerten. Mit Hilfe dieser Kriterien kann demnach zwischen guter und schlechter Qualität unterschieden werden.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität orientiert sich an den End- bzw. Zielpunkten medizinischer Versorgung. Sie beschreibt, inwieweit Leistungsziele tatsächlich erreicht wurden. Die Ergebnisqualität ist die entscheidende Dimension der Qualität, denn die besten internen Strukturen und optimalen Arbeitsabläufe verfehlen ihr Ziel, wenn das gewünschte Ergebnis nicht erreicht wird. Sicher ist, dass Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einem engen wechselseitigen Beziehungsgeflecht stehen und voneinander abhängen.

Zur Förderung und Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stehen mehrere wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Instrumente zur Verfügung.

- ▶ Eingangsprüfungen
- ▶ Einzelfallprüfungen durch Stichproben/
Dokumentationsprüfungen
- ▶ Frequenzregelungen
- ▶ Rezertifizierung
- ▶ kontinuierliche Fortbildung
- ▶ Feedback-Systeme
- ▶ Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen
- ▶ Qualitätssicherungskommissionen

Rechts- grundlagen

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



Rechts- grundlagen

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

¹ Prüfung fachlicher, apparativer oder organisatorischer Voraussetzungen;

² Fallsammlungs-, Präparateprüfung;

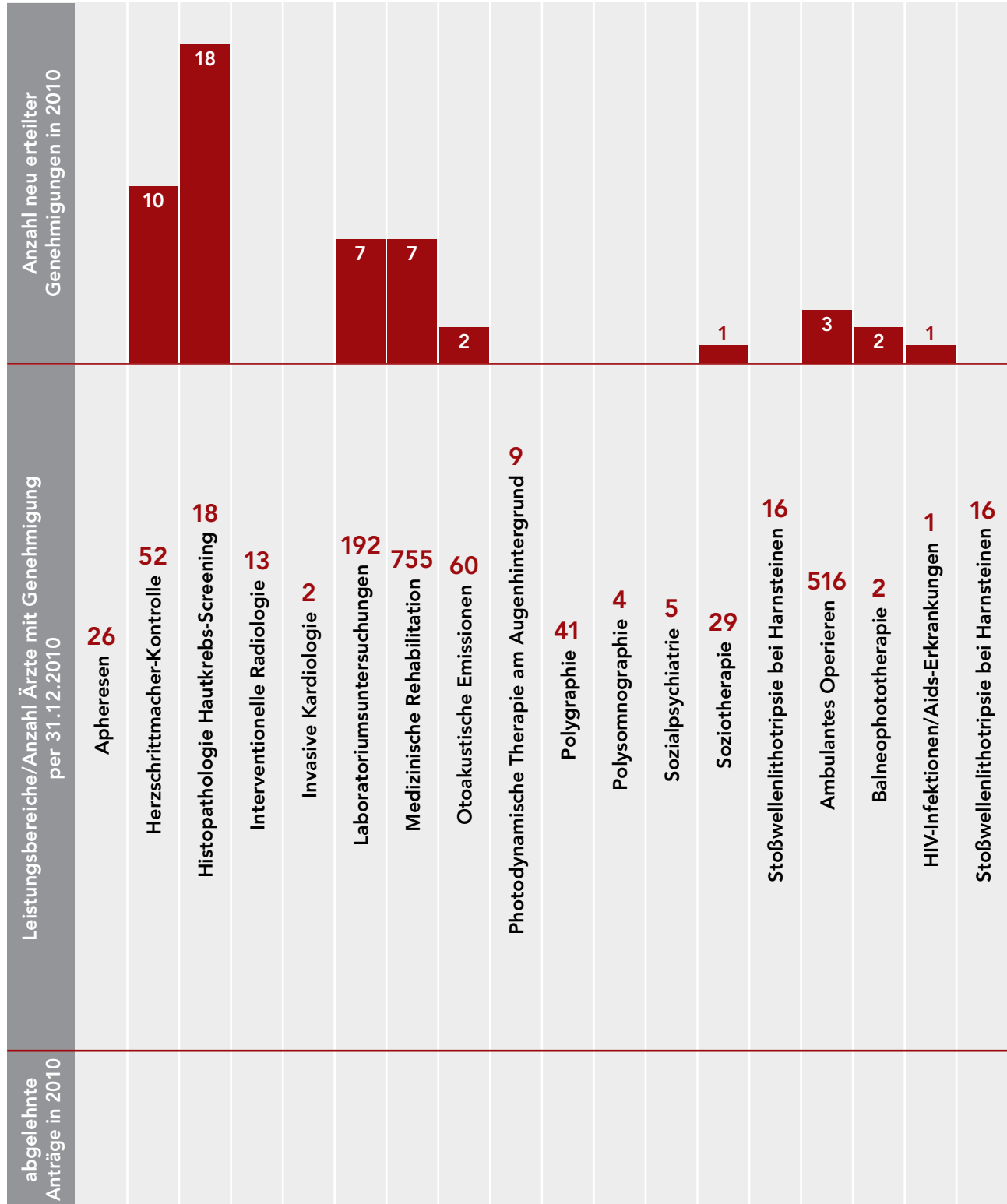
³ bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung;

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

⁵ auch ergänzende ärztliche Beurteilung;

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

Genehmigungen in ausgewählten Leistungsbereichen



(Stand: 31.12.2010)

Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007

Genehmigungen

| | |
|--|-----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 125 |
| Anzahl beschiedene Anträge ▶ davon Anzahl Genehmigungen = 1; ▶ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | 1 |
| Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5 | 0 |
| Anzahl Praxisbegehungen | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung Abrechnungsgenehmigungen | 0 |

Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess

| | | |
|---|---|--|
| Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2 ▶ davon bestanden = 7 (Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden), 4 (Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden) ▶ davon nicht bestanden = 0 | 7 (Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden) | 4 (Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden) |
| Anzahl insgesamt Wiederholungsprüfungen | 0 | 0 |
| Anzahl Kolloquien insgesamt | 0 | 0 |

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse

| | | |
|--|--|-----------------------|
| Anzahl geprüfter Dokumentationen | 84 (normale Fälle) | 66 (Ausnahmefälle) |
| Anzahl unvollständige/nicht nachvollziehbare Dokumentationen ▶ davon unvollständig = 0 (normale Fälle), 0 (Ausnahmefälle); ▶ davon nicht nachvollziehbar begründet = 0 (normale Fälle), 0 (Ausnahmefälle); ▶ davon unvollständig und nicht nachvollziehbar begründet = 0 (normale Fälle), 0 (Ausnahmefälle) | 12 (normale Fälle (Dokumentationen eingeschränkt nachvollziehbar)) | 0 (Ausnahmefälle) |

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2

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

Arthroskopie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994; **Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie),** Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010

Mit jährlich mehr als einer halben Million Eingriffen bundesweit handelt es sich bei der Arthroskopie um die häufigste orthopädisch/unfallchirurgische Operation. Bei etwa der Hälfte der Patienten erfolgt sie ambulant. Die Einführung der neuen, bundesweit geltenden Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk. Damit soll sichergestellt werden, dass überall in Deutschland die gleichen Qualitätsstandards gelten und eingehalten werden. Wir führen solche Prüfungen bereits seit Jahren auf Grundlage regional entwickelter Kriterien durch. Diese Stichprobenprüfungen hatten zum Teil erhebliche Qualitätsmängel deutlich gemacht. In den ersten beiden Jahren nach Einführung der neuen Richtlinie werden zehn Prozent der arthroskopierenden Ärzte, danach jährlich vier Prozent einer Stichprobenprüfung unterzogen. Diese Prüfungen sollen dazu beitragen, die Qualität arthroskopischer Eingriffe weiter zu verbessern. Mögliche Defizite, unter anderem in der Indikationsstellung, in der Leistungsdokumentation und in den Nachbehandlungsmaßnahmen, sollen durch zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen reduziert werden. Die schriftliche und bildliche Dokumentation muss festgelegten Anforderungen entsprechen. Prüfinhalt ist zudem, dass die Dokumentationen in sich schlüssig und nachvollziehbar sein müssen.

Anforderungen an die schriftliche Dokumentation

Aus dem Operationsbericht müssen mindestens folgende Angaben hervorgehen:

- ▶ Patientenidentifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum);
- ▶ Operationsdatum;
- ▶ Name des Operateurs, gegebenenfalls des Assistenten und des Anästhesisten;
- ▶ Operationsgrund;
- ▶ Diagnose mit Seitenangabe;
- ▶ durchgeführte Operation;
- ▶ gegebenenfalls Blutperrezeit/Blutleerzeit;

- ▶ Lagerung des Patienten;
- ▶ Operationsdauer;
- ▶ bei Normalbefund entsprechende Fragestellung;
- ▶ bei pathologischem Befund detaillierte Beschreibung (Lokalisation mit Seitenangabe, Größe, Form, Struktur usw.);
- ▶ Beschreibung des operativen Vorgehens;
- ▶ Beschreibung des Endbefundes nach Abschluss der Operation;
- ▶ begründete Benennung nicht darstellbarer beziehungsweise in der Bilddokumentation nicht zu beurteilender Areale;
- ▶ Angaben zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahmen.

Anforderungen an die bildliche Dokumentation

- ▶ Die Dokumentation kann auf Videoband, Prints oder allgemein lesbaren digitalen Datenträgern (CD, DVD) erfolgen und muss zugreifbar archiviert sein. Sie muss klar nachvollziehbar gekennzeichnet sein und eindeutig einem Patienten zuzuordnen sein.
- ▶ Zur eindeutigen Identifikation müssen aus der Bilddokumentation ersichtlich sein:
 - Patientenidentifikation
 - Operationsdatum
 - Name des Operateurs und der Praxis beziehungsweise Klinik.
- ▶ Die Bilddokumentation muss eine Beurteilung des präoperativen Befundes und des Operationsergebnisses ermöglichen, gegebenenfalls unter Verwendung eines Tasthakens.
- ▶ Der präoperative Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen werden.
- ▶ Falls im Ausnahmefall wegen eines unvorhergesehenen technischen Defektes eine Bilddokumentation nicht möglich ist, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt werden.
- ▶ Bei allen Arthroskopien des Kniegelenks ist ein digitaler Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung aller Kompartimente einschließlich Diagnose mit Seitenangabe:
 - Innenmeniskus mit Hinterhorn



- Außenmeniskus mit Hinterhorn • Interkondylarregion (vorderes/hinteres Kreuzband) • Femoropatellargelenk • gegebenenfalls Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (zum Beispiel Knorpelschäden, Synovitiden, Brandverletzungen).
- ▶ Bei allen Arthroskopien des Schultergelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obli-

gater Darstellung von: • Rotatorenmanschette – Übergang Humeruskopf • langer Bizepssehne mit Ansatz • Labrum mit Kapselkomplex • gegebenenfalls glenohumoraler Knorpelbelag • gegebenenfalls Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (zum Beispiel Fehlen der glenohumoralen Bänder, Rotatorenmanschettenrupturen).

Genehmigungen

| | |
|---|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 52 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 3 |
| ▶ Anzahl Genehmigungen = 3; Anzahl Ablehnungen = 0 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Praxisbegehungen | 0 |

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V – Prüfumfang

| | |
|---------------------------|----|
| Anzahl abrechnender Ärzte | 34 |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 9 |
| Routineprüfungen | 6 |
| Kriterienbezogene Prüfung | 3 |

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

| | Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2: | Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3: |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| keine Beanstandungen | 3 | 1 |
| geringe Beanstandungen | 1 | 2 |
| erhebliche Beanstandungen | 1 | 0 |
| schwerwiegende Beanstandungen | 1 | 0 |
| Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde | | 5 |
| Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden | | 0 |
| Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte | | 0 |
| Kolloquien | | 0 |
| Anzahl der Genehmigungswiderrufe | | 0 |
| Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen | | 0 |
| Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat | | 0 |

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009. **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten**, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009. **Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse)**, Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert: 1.1.2011

Genehmigungen

| | |
|--|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 53 |
| Anzahl beschiedene Anträge ▸ Anzahl Genehmigungen = 2; ▸ Anzahl Ablehnungen = 0 | 2 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 6 |

Aus den Tätigkeitsberichten der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

| | I/2010 | II/2010 | III/2010 | IV/2010 |
|--|--------|---------|----------|---------|
| Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen | 24 | 24 | 23 | 24 |
| Anzahl Stichprobenprüfungen ▸ ohne Beanstandungen = 0; ▸ mit Beanstandungen = 3 | 3 | | | |

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

| | |
|--|---|
| Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln | 3 |
| Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche | 0 |
| Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden | 0 |
| Anzahl der widerrufenen Genehmigungen | 0 |



Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.10.2006

Genehmigungen

| | | |
|--|------------------|--------------------------------|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich kurative Koloskopie | 3 (1.1.2010) | 3 (31.12.2010) |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen/präventiven Koloskopie | 41 (1.1.2010) | 41 (31.12.2010) |
| Anzahl beschiedene Anträge (<i>ausschließlich zur kurativen Koloskopie</i>) | 0 (neu) | 0 (erneut gemäß § 6 Abs. 5) |
| Anzahl beschiedene Anträge (<i>kurative und präventive Koloskopie</i>) ▶ davon Anzahl Genehmigungen = 2 (neu), 0 (erneut gemäß § 6 Abs. 5) ▶ davon Anzahl Ablehnungen = 0 (neu), 0 (erneut gemäß § 6 Abs. 5) | 2 (neu) | 0 (erneut gemäß § 6 Abs. 5) |
| Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (<i>ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv</i>) | | 0 |
| Anzahl Kolloquien (<i>Antragsverfahren</i>) | | 0 |
| Anzahl Widerrufe | | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigung | | 2 |
| Anzahl veranlasster Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | | 0 |

Totale Koloskopien – Frequenzregelung

| | | |
|---|--------------|---------------|
| Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien ▶ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben = 0 (< 200), entfällt (≥ 200) | 0 (< 200) | 44 (≥ 200) |
|---|--------------|---------------|

Dokumentationsprüfungen

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e ▶ davon bestanden = 27; ▶ davon nicht bestanden = 3 | | 30 |
| Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden | | 9x Prüfung erst in 2011 möglich |
| Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f ▶ davon bestanden = 2; ▶ davon nicht bestanden = 0 | | 2 |
| Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g | | 0 |





Polypektomien – Frequenzregelung

| | | |
|--|--------|--------|
| Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien | 0 | 44 |
| ▸ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben = 0 (< 10), entfällt (≥ 10) | (< 10) | (≥ 10) |

Dokumentationsprüfungen

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c | | 33 |
| ▸ davon bestanden = 33; ▸ davon nicht bestanden = 0 | | |
| Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden | | 9x Prüfung erst in 2011 möglich |
| Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d | | 0 |

Prüfungen zur Hygienequalität

| | | |
|--|--|----|
| Anzahl überprüfter Praxen (nicht Koloskope) | | 41 |
| halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 | | 80 |
| ▸ davon bestanden = 77; ▸ davon nicht bestanden = 3 | | |
| Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten | | 3 |
| ▸ davon bestanden = 3; ▸ davon nicht bestanden = 0 | | |
| erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen | | 0 |

Aufbereitungsarten der Koloskope

| | | |
|--|--|----|
| Anzahl Praxen insgesamt | | 41 |
| ▸ davon mit automatischer Aufbereitung = 11; ▸ davon mit teilautomatischer Aufbereitung = 6; | | |
| ▸ davon mit manueller Aufbereitung = 24 | | |
| Anzahl auffällige Prüfergebnisse insgesamt | | 3 |
| ▸ davon in Praxen mit automatischer Aufbereitung = 1; ▸ davon in Praxen mit teilautomatischer Aufbereitung = 1; ▸ davon in Praxen mit manueller Aufbereitung = 1 | | |

Langzeit-EKG-Untersuchungen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1992

Genehmigungen

| | | |
|--|--|-----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung | | 97 |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung | | 212 |





| | |
|---|-----|
| Anzahl beschiedene Anträge ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 29; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | 29 |
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung | 212 |
| Anzahl beschiedene Anträge ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 29; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | 29 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |



Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V – Prüfumfang

| | |
|--|-----|
| Anzahl abrechnender Ärzte | 212 |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 16 |
| Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2 | 16 |
| Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach (Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2): ▸ keine Beanstandungen = 7; ▸ geringe Beanstandungen = 5; ▸ erhebliche Beanstandungen = 3; ▸ schwerwiegende Beanstandungen = 1 | |
| Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde | 9 |
| Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden | 0 |
| Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte | 0 |
| Kolloquien | 0 |
| Anzahl der Genehmigungswiderrufe | 0 |
| Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen | 0 |
| Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat | 0 |

Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintographie)

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001. **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 1.4.2001

Allgemeine Kernspintomographie – Genehmigungen

| | |
|--|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 53 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 9 |
| ‣ davon Anzahl Genehmigungen = 9; ‣ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 5 |

Kernspintomographie der Mamma – Genehmigungen

| | |
|--|---|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 1 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 1 |
| ‣ davon Anzahl Genehmigungen = 1; ‣ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 1 |

Frequenzregelung Kernspintomographie der Mamma

| | |
|---|---|
| Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2 | 0 |
|---|---|

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V

| | |
|--|----|
| Anzahl abrechnender Ärzte | 53 |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 5 |
| Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2 | 5 |
| Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3 | 0 |
| Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach (Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2): ‣ keine Beanstandungen = 5; ‣ geringe Beanstandungen = 0; ‣ erhebliche Beanstandungen = 0; ‣ schwerwiegende Beanstandungen = 0 | |
| Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde | 0 |
| Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden | 0 |
| Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte | 0 |
| Kolloquien | 0 |



| | |
|---|---|
| Anzahl der Genehmigungswiderrufe | 0 |
| Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen | 0 |
| Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat | 0 |

Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007. **Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie)**, Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

Genehmigungen

| | | |
|---|------------------|---------------------------------|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 40 (1.1.2010) | 42 (31.12.2010) |
| Anzahl beschiedene Anträge | 7 (neu) | 0 (erneut gemäß § 7 Abs. 10) |
| ▶ davon Anzahl Genehmigungen = 7; ▶ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | | 0 |
| Praxisbegehungen | | 0 |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | | 5 |

Dokumentationsprüfungen § 7

| | | |
|---|--|----|
| Anzahl abrechnender Ärzte (III/2010) | | 42 |
| Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte | | 8 |
| ▶ davon ohne Beanstandungen = 6; ▶ davon mit Beanstandungen = 2 | | |
| Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten | | 2 |
| ▶ davon ohne Beanstandungen = 2; ▶ davon mit Beanstandungen = 0 | | |
| Kolloquien | | 0 |

Dokumentationsprüfung § 7 – Mängelanalyse

| | | |
|--|--------------|---------|
| Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen | 96 | 1 |
| ▶ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist = 94 (ohne Venen), 1 (Venen); ▶ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist = 92 (ohne Venen), 1 (Venen); ▶ darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist = 96 (ohne Venen), 1 (Venen); ▶ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer/ eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7 = 86 (ohne Venen); ▶ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7 = 10 (ohne Venen), 1 (Venen) | | |
| | (ohne Venen) | (Venen) |

Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007

Genehmigungen

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 35 (1.1.2010) | 30 (31.12.2010) |
| Anzahl beschiedene Anträge | 1 (neu) | 0 (erneut) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 1 (neu), 0 (erneut); ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0 (neu), 0 (erneut) | | |
| Anzahl Kolloquien | 0 | 0 |

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

| | | |
|---|-------------------|-----------------------------|
| Anzahl Prüfungen | 2 (1. Prüfung) | 0 (Wiederholungsprüfung) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▸ davon bestanden = 2 (1. Prüfung), 0 (Wiederholungsprüfung); ▸ davon nicht bestanden = 0 (1. Prüfung), 0 (Wiederholungsprüfung) | | |

Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben | 2 (reguläre Selbstüberprüfung) | 1 (Wiederholungsprüfung) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▸ davon erfolgreiche Teilnahme = 2 (reguläre Selbstüberprüfung), 1 (Wiederholungsprüfung); ▸ davon nicht erfolgreiche Teilnahme = 0 (reguläre Selbstüberprüfung), 0 (Wiederholungsprüfung); | | |
| Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme | | 0 |
| Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen | | 0 |
| Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen | | 0 |

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

| | | | |
|---|---------------------------|--|---|
| Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde | 6 (reguläre Prüfungen) | 0 (Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb 6 Monaten) | 0 (Wiederholungsprüfung nach § 12 Abs. 7b innerhalb 3 Monaten) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▸ davon erfüllt = 6 0 0; ▸ davon nicht erfüllt = entfällt 0 0; ▸ davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder mindestens 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel = 0 entfällt entfällt; ▸ davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel = 0 entfällt entfällt; | | | |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | | | 0 |

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

| | | |
|--|--|---|
| Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind | | 0 |
|--|--|---|



| | |
|--|---|
| Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind | 0 |
| Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 5 |

Mammographie-Screening

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: seit 1.1.2004. **Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), Abschnitt B Nr. 4 – 7**, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.1.2004. **Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung)**, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007



Genehmigungen

| | |
|--|----|
| programmverantwortliche Ärzte | 4 |
| ‣ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien = 4 | |
| kooperierende Ärzte | 30 |
| ‣ Befunder von Mammographieaufnahmen = 13; | |
| ‣ histopathologische Beurteilung = 5; | |
| ‣ Erbringung von Stanzbiopsien = 1; | |
| ‣ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien = 1; | |
| ‣ ermächtigte Krankenhausärzte = 9 | |

Onkologie

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2011

Genehmigungen

| | | |
|--|------------|--------------|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 49 | 46 |
| ▸ darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen = 1; ▸ darunter Anzahl Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden = 21 | (1.1.2010) | (31.12.2010) |
| Anzahl beschiedene Anträge | | 5 |
| ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 3; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 2 | | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | | 0 |
| Anzahl Praxisbegehungen | | 1 |
| ▸ davon ohne Beanstandungen = 1; ▸ davon mit Beanstandungen = 0 | | |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | | 4 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | | 2 |

Dokumentationsprüfung § 10

| | |
|--------------------------------------|----|
| Anzahl abrechnender Ärzte (III/2010) | 48 |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 4 |

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.

| | |
|--|----|
| Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben | 48 |
|--|----|

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wurde auf der Grundlage der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen 1.7.2009) eine Umsetzungsvereinbarung zur Onkologievereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen zum 1.1.2010 geschlossen. Mit dieser Vereinbarung wurden die geforderten Patientenzahlen gemäß § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung aus Gründen der Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Versorgung modifiziert.

Anzahl onkologisch qualifizierter Ärzte per 31.12.2010:

gesamt = 46 Ärzte

Zulassungsstatus:

17 FÄ für Innere Medizin bzw. Praktischer Arzt, 15 FÄ für Urologie, 11 FÄ für Gynäkologie, 3 FÄ für Chirurgie

Anzahl onkologisch qualifizierter Ärzte per 1.1.2011, welche aufgrund der Einführung der neuen Onkologievereinbarung die Genehmigung aus Sicherstellungsgründen erhalten haben:

gesamt = 11 Ärzte

Zulassungsstatus:

2 FÄ für Innere Medizin, 3 FÄ für Urologie, 6 FÄ für Gynäkologie

Psychotherapie

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008. **Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)**, Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 18.4.2009

Antragsbearbeitung

Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten) 143
 ▶ davon Anzahl Genehmigungen = 143; ▶ davon Anzahl Ablehnungen = 0

Richtlinienverfahren – Genehmigungen

Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren 243
 ▶ davon Ärzte = 110

| im Einzelnen | für Erwachsene | für Kinder und Jugendliche | nur für Kinder und Jugendliche |
|---|----------------|----------------------------|--------------------------------|
| ▶ Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie | 119 | 23 | 11 |
| ▶ davon Ärzte | 83 | 10 | 4 |
| ▶ Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie | 108 | 41 | 23 |
| ▶ davon Ärzte | 29 | 8 | 6 |
| ▶ Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie | 23 | 7 | 4 |
| ▶ davon Ärzte | 11 | 1 | 0 |

Befreiung von der Gutachterpflicht

Anzahl Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht 166
 ▶ davon Ärzte = 54

Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren – Genehmigungen

| | |
|--|------|
| Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung | 1702 |
| Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training ▶ davon Ärzte = 148 | 209 |
| Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation ▶ davon Ärzte = 50 | 99 |
| Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose ▶ davon Ärzte = 59 | 100 |



Foto: Klosterfrau Gesundheitsservice

Schmerztherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

Genehmigungen

| | |
|---|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 26 |
| Anzahl beschiedene Anträge ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 1; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0; | 1 |
| Anzahl Kolloquien | 0 |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe durch den Arzt/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 1 |



Versorgung

| | |
|-------------------|---|
| Anzahl Kolloquien | 0 |
|-------------------|---|

Dokumentationsprüfung

| | |
|---|---|
| Anzahl Prüfungen ▸ davon ohne Beanstandungen = 6; ▸ davon mit Beanstandungen = 2 | 8 |
|---|---|

Nachweispflicht § 5 Abs. 5

| | |
|---|----|
| Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung vorgelegt haben | 26 |
| Anzahl Ärzte, die nachgewiesen haben, dass sie überwiegend chronisch schmerzkranker Patienten behandeln | 25 |

Strahlendiagnostik/-therapie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2009.
Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Neufassung 9.10.2010; Erstfassung 1.10.1992, zuletzt geändert: 13.3.1997

Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen § 4 und § 5

| | |
|---|-----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 397 |
| Anzahl beschiedene Anträge ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 18; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | 18 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 16 |

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V – Prüfumfang

| | |
|---------------------------|-----|
| Anzahl abrechnender Ärzte | 397 |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 14 |
| Routineprüfungen | 14 |
| Kriterienbezogene Prüfung | 0 |

Prüfergebnisse gemäß § 4 Abs. 2:

| | |
|-------------------------------|----|
| keine Beanstandungen | 0 |
| geringe Beanstandungen | 10 |
| erhebliche Beanstandungen | 4 |
| schwerwiegende Beanstandungen | 0 |

| | |
|--|----|
| Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde | 16 |
| Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden | 0 |
| Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte | 0 |
| Kolloquien | 0 |
| Anzahl der Genehmigungswiderrufe | 0 |
| Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen | 0 |
| Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat | 0 |



▼ Computertomographie

Genehmigungen § 4 und § 7

| | |
|--|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 73 |
| Anzahl beschiedene Anträge ▶ davon Anzahl Genehmigungen = 8; ▶ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | 8 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 5 |



Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V – Prüfumfang

| | |
|---|-------------------|
| Anzahl abrechnender Ärzte | 73 |
| Anzahl geprüfter Ärzte | 2 |
| Routineprüfungen | 2 |
| Prüfergebnisse: | gemäß § 4 Abs. 2: |
| keine Beanstandungen | 1 |
| geringe Beanstandungen | 1 |
| erhebliche Beanstandungen | 0 |
| schwerwiegende Beanstandungen | 0 |
| Gesamtzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/ Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde | 1 |



| | |
|---|---|
| Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden | 0 |
| Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte | 0 |
| Kolloquien | 0 |
| Anzahl der Genehmigungswiderrufe | 0 |
| Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen | 0 |
| Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat | 0 |

Osteodensitometrie

Genehmigungen § 4 und § 8

| | |
|--|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 45 |
| Anzahl beschiedene Anträge ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 2; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | 2 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) ▸ davon bestanden = 1; ▸ davon nicht bestanden = 0 | 1 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |

Strahlentherapie

Genehmigungen § 9

| | |
|---|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 14 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 0 |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 1 |

Nuklearmedizin

Genehmigungen § 10

| | |
|---|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 23 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 0 |
| Anzahl Kolloquien | 0 |
| Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 12.6.2010

Genehmigungen

| | |
|--|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 26 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 4 |
| ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 4; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen | 7 |
| Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren | 16 |
| Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen | 0 |

Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3

| | |
|---|----|
| Anzahl geprüfter Ärzte | 9 |
| Anzahl geprüfter Fälle | 47 |
| ▸ keine Beanstandungen = 31; ▸ geringe Beanstandungen = 10; ▸ erhebliche Beanstandungen = 6; ▸ schwerwiegende Beanstandungen = 0 | |

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

| | |
|--|----|
| Anzahl geprüfter Fälle | 26 |
| ▸ davon ohne Beanstandungen = 26; ▸ davon mit Beanstandungen = 0 | |

Ultraschalldiagnostik

Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.4.2009, zuletzt geändert: 15.10.2010; zuvor 1. Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005

Genehmigungserteilung

| | | |
|---|--------------------|----------------------|
| Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung | 1145 (1.1.2010) | 1178 (31.12.2010) |
| Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte) | | 73 |
| ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 73; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0 | | (neu § 14) |

| | |
|---|-----|
| Anzahl beschiedene Anträge (<i>Anwendungsbereiche</i>) | 187 |
| ▸ <i>davon Anzahl Genehmigungen = 156; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 31</i> | |
| Anzahl Kolloquien | 4 |
| ▸ <i>davon bestanden = 4; ▸ davon nicht bestanden = 0</i> (gemäß § 14 Abs. 6) | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (<i>Ärzte</i>) | 1 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (<i>Ärzte</i>) | 39 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |

Genehmigungserteilung

| | | |
|---|--------------------|----------------------|
| Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung | 1145 (1.1.2010) | 1178 (31.12.2010) |
| Anzahl beschiedene Anträge (<i>Ärzte</i>) | | 73 (neu § 14) |
| ▸ <i>davon Anzahl Genehmigungen = 73; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 0</i> | | |
| Anzahl beschiedene Anträge (<i>Anwendungsbereiche</i>) | | 187 |
| ▸ <i>davon Anzahl Genehmigungen = 156; ▸ davon Anzahl Ablehnungen = 31</i> | | |
| Anzahl Kolloquien | | 4 |
| ▸ <i>davon bestanden = 4; ▸ davon nicht bestanden = 0</i> (gemäß § 14 Abs. 6) | | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (<i>Ärzte</i>) | | 1 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (<i>Ärzte</i>) | | 39 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | | 0 |

Genehmigungsstand

| Anwendungsbereiche: | Anzahl Ärzte mit Genehmigung: |
|---|-------------------------------|
| AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle | 28 |
| AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges | 18 |
| AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke | 18 |
| AB 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus | 72 |
| AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (<i>einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus</i>) | 47 |
| AB 3.3 Schilddrüse, B-Modus | 415 |
| AB 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal | 63 |
| AB 4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transösophageal | 2 |
| AB 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal | 5 |
| AB 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transösophageal | 0 |
| AB 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene | 30 |
| AB 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche | 0 |
| AB 5.1 Thoraxorgane (<i>ohne Herz</i>), B-Modus, transkutan | 69 |



| | | |
|----------|--|-----|
| AB 5.2 | Thoraxorgane (<i>ohne Herz</i>), B-Modus, transkavitär | 0 |
| AB 6.1 | Brustdrüse, B-Modus | 76 |
| AB 7.1 | Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan | 499 |
| AB 7.2 | Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (<i>Rektum</i>) | 6 |
| AB 7.3 | Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (<i>Magen-Darm</i>) | 0 |
| AB 7.4 | Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan | 79 |
| AB 8.1 | Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan | 107 |
| AB 8.2 | Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär | 1 |
| AB 8.3 | Weibliche Genitalorgane, B-Modus, | 211 |
| AB 9.1 | geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus, | 204 |
| AB 9.2 | weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus | 30 |
| AB 10.1 | Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus | 87 |
| AB 10.2 | Säuglingshüfte, B-Modus | 90 |
| AB 11.1 | Venen der Extremitäten, B-Modus | 43 |
| AB 12.1 | Haut, B-Modus | 0 |
| AB 12.2 | Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus | 3 |
| AB 20.1 | CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße | 78 |
| AB 20.2 | CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße | 49 |
| AB 20.3 | CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße | 0 |
| AB 20.4 | CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems | 9 |
| AB 20.5 | PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße | 39 |
| AB 20.6 | Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße | 62 |
| AB 20.7 | Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße | 13 |
| AB 20.8 | Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße | 48 |
| AB 20.9 | Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße | 50 |
| AB 20.10 | Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum | 43 |
| AB 20.11 | Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems | 9 |
| AB 21.1 | Doppler-Echokardiographie (<i>einschließlich Duplex</i>), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal | 63 |
| AB 21.2 | Doppler-Echokardiographie, (<i>einschließlich Duplex</i>), Jugendliche, Erwachsene, transösophageal | 0 |
| AB 21.3 | Doppler-Echokardiographie, (<i>einschließlich Duplex</i>), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal | 6 |
| AB 21.4 | Doppler-Echokardiographie, (<i>einschließlich Duplex</i>), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transösophageal | 0 |



| | |
|--|----|
| AB 22.1 Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System | 13 |
| AB 22.2 Duplex-Verfahren – feto-maternales Gefäßsystem | 18 |

Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

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

| | | |
|---|------------------|-------------------------|
| Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2c | 1195 (Anzahl) | 28.2.2011 (Stichtag) |
|---|------------------|-------------------------|

Apparative Ausstattung § 9 (Abnahmeprüfungen)

| | |
|---|-----|
| Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c | 104 |
| Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c | 104 |
| ▸ davon ohne Beanstandungen = 104; ▸ davon mit Beanstandungen = 0 | |

Dokumentationsprüfungen – Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11

Anzahl Prüfungen

| | |
|--|----|
| Anzahl geprüfter Ärzte | 48 |
| ▸ davon ohne Mängel = 5; ▸ davon mit Mängeln = 43 (§ 11 Abs. 2) | |

Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)

| | |
|---|-----|
| Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen | 240 |
| ▸ davon ohne Beanstandungen = 95; ▸ davon mit Beanstandungen = 145 | |

bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation

| | |
|---|----|
| Beanstandungen wegen: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung | 5 |
| Beanstandungen wegen: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit | 12 |
| Beanstandungen wegen: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden | 17 |
| Beanstandungen wegen: (Verdachts-)Diagnose | 0 |
| Beanstandungen wegen: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen | 1 |

bei Beanstandungen der Bilddokumentation

| | |
|---|----|
| Beanstandungen wegen: Inhalte nach Anlage III Nummer 6 | 72 |
| Beanstandungen wegen: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund | 2 |
| Beanstandungen wegen: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund | 47 |

Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6

| | |
|--|--|
| ▸ davon bestanden = 1; ▸ davon nicht bestanden = 0 | |
|--|--|





Widerrufe

| | | |
|--------------------------------------|--------------|---------------------------|
| Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung | 0 (Ärzte) | 0 (Anwendungsbereiche) |
|--------------------------------------|--------------|---------------------------|

Säuglingshüfte – Genehmigungen

| | |
|---|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 90 |
| Anzahl beschiedene Anträge | 2 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ davon Anzahl Genehmigungen = 2 (neu) 0 (erneut gemäß § 11 Abs. 3 S. 5); ▶ davon Anzahl Ablehnungen = 0 (neu) 0 (erneut gemäß § 11 Abs. 3 S. 5) | |
| Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren) | 2 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ davon bestanden = 2; ▶ davon nicht bestanden = 0 | |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt) | 1 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 2 |

Dokumentationsprüfungen

Beurteilungen Dokumentationsprüfung gemäß § 8 i. V. m. § 3

Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis in Stufe II und in Stufe III

| Stufe II | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | >5 | Stufe III | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | >5 |
|----------|---|---|---|---|---|---|----|-----------|---|---|---|---|---|---|----|
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Ergebnis Dokumentationsprüfung gemäß § 9 – Anzahl Ärzte

| | | | |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| 0 sachgerecht gem. § 9 | 2 Wiederholungsprüfung 6 Monate | 0 Wiederholungsprüfung 3 Monate | 0 Widerrufe |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------|

Beurteilungen Wiederholungsprüfung gemäß § 11 Abs. 2

Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis in Stufe II und in Stufe III

| Stufe II | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | >5 | Stufe III | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | >5 |
|----------|----|---|---|---|---|---|----|-----------|---|----|---|---|---|---|----|
| | 18 | 7 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 7 | 34 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |

Ergebnis Wiederholungsprüfung gemäß § 11 Abs. 2 – Anzahl Ärzte

| | | |
|-------------------------|--|-------------|
| 30 sachgerecht gem. § 9 | 8 erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate | 0 Widerrufe |
|-------------------------|--|-------------|

Beurteilung erneuter Wiederholungsprüfung gemäß § 11 Abs. 3 S. 4

Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis in Stufe II und in Stufe III

| Stufe II | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | >5 | Stufe III | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | >5 |
|----------|---|---|---|---|---|---|----|-----------|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Ergebnis erneuter Wiederholungsprüfung gemäß § 11 Abs. 3 S. 4 – Anzahl Ärzte

| | |
|------------------------|------------|
| 1 sachgerecht gem. § 9 | 1 Widerruf |
|------------------------|------------|





Foto: von privat

| Aufgetretene Mängel bei der Prüfung der Bilddokumentation | nie/selten | häufig/oft |
|---|------------|------------|
| Patientenidentifikation | x | |
| Insgesamt vier Aufnahmen | x | |
| Messlinien | | x |
| Seitenbezeichnungen | | x |
| Abbildungsverhältnis | | x |
| Standardebenen | | x |
| Charakteristische Bildmerkmale | | x |
| Winkleintragungen | x | |
| Arztidentifikation jedes Bildes | x | |

| Aufgetretene Mängel bei der Prüfung schriftlichen Dokumentationen | nie/selten | häufig/oft |
|---|------------|------------|
| Erstuntersuchung insgesamt: | | |
| Risiken aus Anamnese und allgemeinem Befund | x | |
| Klinische Angaben | x | |
| Hüftsonographische Befunde (Hüfttyp nach Graf, Alpha- ggf. Beta-Winkel) | | x |
| Diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen | x | |
| Kontrolluntersuchung insgesamt: | | |
| Anamnestic Angaben | x | |
| Klinische Angaben | x | |
| Hüftsonographische Befunde (Hüfttyp nach Graf, Alpha- und Beta-Winkel) | | x |
| Diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen | x | |

Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Vereinbarungen von Qualifikationsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007

Genehmigungen

| | |
|---|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung | 11 |
| Anzahl beschiedene Anträge ▸ davon Anzahl Genehmigungen = 1 | 1 |
| Anzahl Präparateprüfung ▸ davon bestanden = 1; ▸ davon nicht bestanden = 0 | 1 |
| Praxisbegehungen | 0 |
| Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen | 0 |
| Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen | 1 |

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

| | |
|--|----|
| Anzahl abrechnender Ärzte (III/2010) | 11 |
| Anzahl geprüfter Ärzte ▸ davon bestanden = 5; ▸ davon nicht bestanden = 0 | 5 |
| Anzahl Wiederholungsprüfungen | 0 |
| Anzahl Kolloquien | 0 |
| Anzahl Widerrufe | 0 |

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

| | |
|---|------------------|
| Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation ▸ davon ohne Beanstandungen = 28; ▸ davon mit Beanstandungen = 32, - darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität = 0, -darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung = 0, - darunter mit unvollständiger Dokumentation = 0 | 60 § 7 Abs. 3 |
|---|------------------|

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

| | |
|---|----|
| Anzahl abrechnender Praxen (III/2010) | 10 |
| Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken 2009 | 10 |
| Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen | 3 |
| Anzahl Kolloquien | 0 |



Fortbildungsverpflichtung § 9

| | | |
|--|---|--|
| Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben | | 10 |
| Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden | 27 <i>Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt</i> | 26 <i>Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2</i> |

Externe Qualitätssicherung Zytologie – Jahres-Sammelstatistik 2009

(Stand 25.05.2011)

| Anzahl Präparate pro Jahr | 5.000 bis 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | Variante A Summe (proz.) |
|---|------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------|-------|--------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| Einrichtung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 100 | |
| Gesamtzahl der Präparate | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| Gesamtzahl der verwertbaren Präparate | 99,96 | 100 | 99,90 | 99,33 | 99,92 | 99,94 | 99,99 | 99,88 | 100 | 99,93 | |
| Gesamt Gruppe I-V | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| Gruppe I/II | 99,23 | 98,54 | 99,59 | 97,54 | 98,43 | 98,79 | 99,10 | 98,59 | 97,38 | 98,77 | |
| 1.1 sonstige | 99,99 | 99,99 | 99,99 | 100 | 100 | 100 | 100 | 99,98 | 100 | 99,99 | |
| 1.2 histologisch abgeklärt | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,02 | 0 | 0,01 | |
| 1.2.1 ohne pathologischen Befund | 0 | 0 | 66,67 | - | - | - | 25 | 83,33 | - | 66,67 | |
| 1.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose | 0 | 100 | 0 | - | - | - | 0 | 5,56 | - | 7,41 | |
| 1.2.3 CIN II | 100 | 0 | 0 | - | - | - | 50 | 5,56 | - | 14,81 | |
| 1.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ | 0 | 0 | 0 | - | - | - | 25 | 0 | - | 3,70 | |
| 1.2.5 primäres invasives Karzinom | 0 | 0 | 33,33 | - | - | - | 0 | 0 | - | 3,70 | |
| 1.2.6 Corpus Ca, andere Malignome | 0 | 0 | 0 | - | - | - | 0 | 5,56 | - | 3,70 | |
| Gruppe III | 0,24 | 0,42 | 0,17 | 1,23 | 0,48 | 0,25 | 0,10 | 0,34 | 1,31 | 0,31 | |
| 2.1 sonstige | 41,94 | 88,37 | 81,58 | 90,91 | 84,78 | 77,78 | 88,17 | 78,82 | 100 | 82,36 | |
| 2.2 histologisch abgeklärt | 58,06 | 11,63 | 18,42 | 9,09 | 15,22 | 22,22 | 11,83 | 21,18 | 0 | 17,64 | |
| 2.2.1 ohne pathologischen Befund | 16,67 | 20 | 0 | 0 | 10,77 | 33,33 | 36,36 | 18,06 | - | 16,22 | |
| 2.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose | 0 | 20 | 0 | 0 | 10,77 | 33,33 | 0 | 11,11 | - | 9,73 | |
| 2.2.3 CIN II | 5,56 | 40 | 0 | 100 | 15,38 | 16,67 | 9,09 | 15,28 | - | 14,59 | |
| 2.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ | 72,22 | 20 | 42,86 | 0 | 47,69 | 16,67 | 9,09 | 38,89 | - | 42,16 | |
| 2.2.5 primäres invasives Karzinom | 0 | 0 | 28,57 | 0 | 4,62 | 0 | 9,09 | 0 | - | 3,24 | |
| 2.2.6 Corpus Ca, andere Malignome | 5,56 | 0 | 28,57 | 0 | 10,77 | 0 | 36,36 | 16,67 | - | 14,05 | |

Ausgewählte qualitätsgesicherte Bereiche

| Anzahl Präparate pro Jahr | 5.000 bis 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | Variante A Summe (proz.) |
|---|------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| 3 Gruppe III D | 0,47 | 0,85 | 0,16 | 1 | 0,92 | 0,47 | 0,60 | 0,89 | 1,11 | 0,74 | |
| 3.1 sonstige | 70,49 | 98,84 | 77,78 | 77,78 | 84,09 | 22 | 90,41 | 92,50 | 84,85 | 87,26 | |
| 3.2 histologisch abgeklärt | 29,51 | 1,16 | 22,22 | 22,22 | 15,91 | 78 | 9,59 | 7,50 | 15,15 | 12,74 | |
| 3.2.1 ohne pathologischen Befund | 5,56 | 0 | 12,50 | 0 | 1,54 | 0 | 0 | 2,99 | 0 | 1,86 | |
| 3.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose | 0 | 0 | 25 | 50 | 22,31 | 51,28 | 11,54 | 35,82 | 20 | 25,78 | |
| 3.2.3 CIN II | 16,67 | 0 | 25 | 50 | 37,69 | 28,21 | 48,08 | 29,85 | 80 | 35,71 | |
| 3.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ | 77,78 | 100 | 37,50 | 0 | 37,69 | 20,51 | 40,38 | 31,34 | 0 | 36,34 | |
| 3.2.5 primäres invasives Karzinom | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,77 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,31 | |
| 3.2.6 Corpus Ca, andere Malignome | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 4 Gruppe IV a | 0,02 | 0,15 | 0,08 | 0,22 | 0,14 | 0,48 | 0,17 | 0,15 | 0,17 | 0,16 | |
| 4.1 sonstige | 0 | 33,33 | 11,11 | 0 | 10,32 | 5,88 | 12,58 | 9,62 | 0 | 10,82 | |
| 4.2 histologisch abgeklärt | 100 | 66,67 | 88,89 | 100 | 89,68 | 94,12 | 87,42 | 90,38 | 100 | 89,18 | |
| 4.2.1 ohne pathologischen Befund | 0 | 10 | 0 | 0 | 1,77 | 0 | 0 | 2,84 | 0 | 1,49 | |
| 4.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2,08 | 0 | 3,55 | 20 | 1,49 | |
| 4.2.3 CIN II | 0 | 30 | 6,25 | 0 | 10,62 | 8,33 | 4,55 | 14,18 | 20 | 10 | |
| 4.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ | 100 | 60 | 93,75 | 100 | 84,96 | 85,42 | 89,39 | 76,60 | 60 | 83,40 | |
| 4.2.5 primäres invasives Karzinom | 0 | 0 | 0 | 0 | 2,65 | 4,17 | 6,06 | 2,13 | 0 | 3,40 | |
| 4.2.6 Corpus Ca, andere Malignom | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,71 | 0 | 0,21 | |
| 5 Gruppe IV b | 0,01 | 0,02 | 0 | 0 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0 | 0,01 | |
| 5.1 sonstige | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 25 | 25 | - | 15,15 | |
| 5.2 histologisch abgeklärt | 100 | 100 | 100 | - | 100 | 100 | 75 | 75 | - | 84,85 | |
| 5.2.1 ohne pathologischen Befund | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | |
| 5.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | |
| 5.2.3 CIN II | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | |
| 5.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ | 100 | 0 | 100 | - | 62,50 | 0 | 77,78 | 83,33 | - | 67,86 | |
| 5.2.5 primäres invasives Karzinom | 0 | 50 | 0 | - | 37,50 | 100 | 22,22 | 0 | - | 25 | |

| Anzahl Präparate pro Jahr | 5.000 bis 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | 5.000 bis > 20.000 | | Variante A Summe (proz.) |
|---|------------------|--------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| Einrichtung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| 5.2.6 Corpus Ca, andere Maglignome | 0 | 50 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 16,67 | - | 7,14 | |
| 6 Gruppe V | 0,031 | 0,020 | 0,004 | 0 | 0,010 | 0 | 0,014 | 0,024 | 0,034 | 0,016 | |
| 6.1 sonstige | 50 | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | 16,67 | 0 | 11,11 | |
| 6.2 histologisch abgeklärt | 50 | 100 | 100 | - | 100 | - | 100 | 83,33 | 100 | 88,89 | |
| 6.2.1 ohne pathologischen Befund | 0 | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose | 0 | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 6.2.3 CIN II | 0 | 0 | 0 | - | 0 | - | 0 | 0 | 100 | 2,08 | |
| 6.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ | 50 | 0 | 100 | - | 11,11 | - | 23,08 | 20 | 0 | 20,83 | |
| 6.2.5 primäres invasives Karzinom | 50 | 100 | 0 | - | 77,78 | - | 61,54 | 45 | 0 | 56,25 | |
| 6.2.6 Corpus Ca, andere Malignome | 0 | 0 | 0 | - | 11,11 | - | 15,38 | 35 | 0 | 20,83 | |
| 7 Summe III/III D, IVa, IVb, V | 0,77 | 1,46 | 0,41 | 2,46 | 1,57 | 1,21 | 0,90 | 1,41 | 2,62 | 1,23 | |
| 7.1 sonstige | 58 | 86,49 | 64,89 | 77,27 | 76,57 | 27,13 | 73,24 | 78,47 | 85,90 | 74,87 | |
| 7.2 histologisch abgeklärt | 42 | 13,51 | 35,11 | 22,73 | 23,43 | 72,87 | 26,76 | 21,53 | 14,10 | 25,13 | |
| 7.2.1 ohne pathologischen Befund | 9,52 | 10 | 3,03 | 0 | 3,38 | 2,13 | 1,84 | 6,21 | 0 | 4,08 | |
| 7.2.2 CIN I einschließlich Koilozytose | 0 | 5 | 6,06 | 20 | 11,08 | 24,47 | 2,76 | 12,09 | 18,18 | 10,26 | |
| 7.2.3 CIN II | 9,52 | 25 | 9,09 | 40 | 21,85 | 17,02 | 14,75 | 16,67 | 54,55 | 18,04 | |
| 7.2.4 CIN III einschließlich Adenocarcinoma in situ | 76,19 | 40 | 69,70 | 40 | 56 | 53,19 | 69,12 | 54,25 | 27,27 | 58,50 | |
| 7.2.5 primäres invasives Karzinom | 2,38 | 15 | 6,06 | 0 | 5,23 | 3,19 | 8,76 | 3,92 | 0 | 5,41 | |
| 7.2.6 Corpus Ca, andere Malignome | 2,38 | 5 | 6,06 | 0 | 2,46 | 0 | 2,76 | 6,86 | 0 | 3,70 | |

Disease-Management-Programme

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

An die Inhalte der Programme sind besondere Anforderungen gestellt:

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

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

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertrag der KV mit AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, LKK

| | |
|--|-----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2010 | 586 |
| ▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt = 564; ▶ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung) = 22 | |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte | 378 |

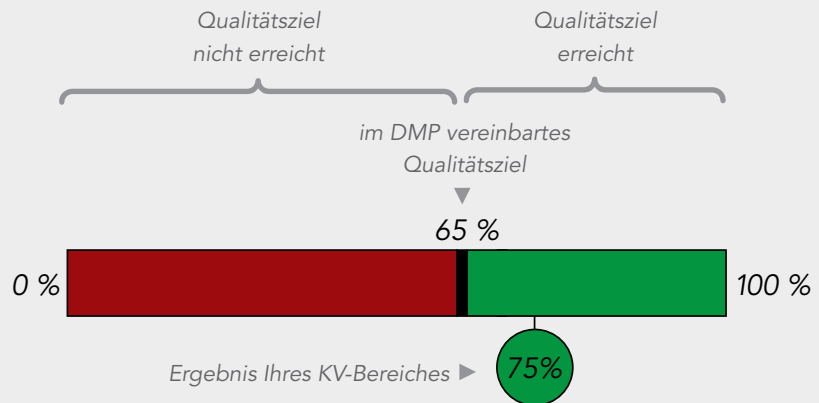
Zur Veranschaulichung – Auf der Basis der im DMP-Vertrag Chronisch obstruktive Lungenerkrankung vereinbarten Qualitätsziele sind die folgenden Ergebnisse per 31.12.2010 erreicht worden:

Erklärung

Anzahl der Patienten mit einer bestimmten Eigenschaft/ Maßnahme

Anzahl der Patienten, für die diese Eigenschaft/ Maßnahme relevant ist (jeweilige Grundgesamtheit)

KV: xx/yy



Kernbericht COPD

Raucher

Qualitätsziel: Niedriger Anteil an rauchenden Patienten

Grundgesamtheit: Alle eingeschriebenen Patienten

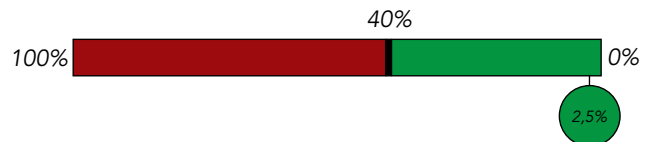


KV: 3086/12463

Notfallmäßige stationäre Behandlung

Qualitätsziel: Höchstens 40 % der Patienten mit einer oder mehr notfallmäßigen stationären Behandlungen wegen COPD bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP

Grundgesamtheit: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP

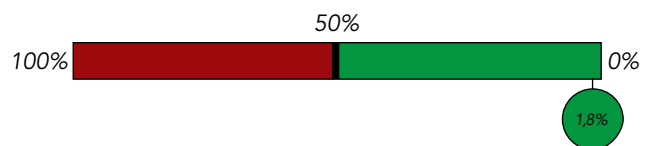


KV: 272/11040

Exazerbationen

Qualitätsziel: Höchstens 50 % der Patienten mit zwei oder mehr Exazerbationen bei Betrachtung der letzten sechs Monate des DMP

Grundgesamtheit: Alle eingeschriebenen Patienten mit mindestens sechs Monaten Teilnahmedauer am DMP



KV: 200/11040

Überprüfung der Inhalationstechnik

Qualitätsziel: Mindestens 90 % der Patienten, bei denen die Inhalationstechnik überprüft wird

Grundgesamtheit: Alle eingeschriebenen Patienten



KV: 9622/12463

Systemische Glukokortikosteroide

Qualitätsziel: Höchstens 10 % der Patienten, denen über zwei oder mehr aufeinanderfolgende Dokumentationen systemische Glukokortikosteroide verordnet wurden

Grundgesamtheit: Alle eingeschriebenen Patienten



KV: 581/12463

Überweisung zum Facharzt

Qualitätsziel: Mindestens 90 % der Patienten, die bei Beginn der Verordnung systemischer Glukokortikosteroide in der vorhergehenden Dokumentation zum Facharzt überwiesen wurden

Grundgesamtheit: Alle Patienten mit Beginn der Verordnung systemischer Glukokortikosteroide in der vorhergehenden Dokumentation



KV: 12/95

Erweiterter Bericht

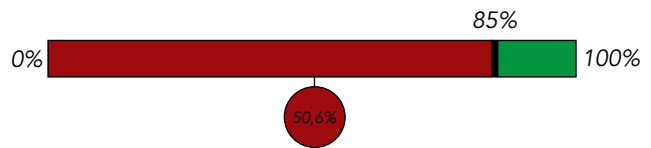
COPD-Schulung

Qualitätsziel: Teilnahme von mindestens 85 % der Patienten an der empfohlenen COPD-Schulung innerhalb von 4 Quartalen nach der Verordnung

Grundgesamtheit

Alle Patienten mit Empfehlungen einer COPD-Schulung

KV: 1589/3142



Diabetes mellitus Typ 1

Vertrag der KV mit AOK, vdek, BKK, IKK , LKK, Knappschaft

| | |
|---|----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2010 | 51 |
| ▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt = 47; | |
| ▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater = 4; | |
| ▸ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt) = 0 | |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte | 44 |

Diabetes mellitus Typ 2

Vertrag der KV mit AOK, vdek, BKK, IKK , LKK, Knappschaft

| | |
|---|------|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2010 | 1025 |
| ▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt = 1025; | |
| ▸ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis = 46 | |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte | 815 |

Brustkrebs

Vertrag der KV mit AOK, vdek, BKK, IKK, LKK, Knappschaft

| | |
|--|-----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2010 | 178 |
| ▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt = 178 | |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte | 117 |

Koronare Herzerkrankung

Vertrag der KV mit AOK, vdek, BKK, IKK , LKK, Knappschaft

| | |
|--|------|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2010 | 1000 |
| ▸ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt = 999; | |
| ▸ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt = 30; | |
| ▸ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch) = 1 | |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte | 791 |

**Asthma bronchiale**

Vertrag der KV mit AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, LKK

| | |
|---|-----|
| Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2010 | 637 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt = 611; ▶ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung) = 26 | |
| Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte | 387 |

Fortbildungsverpflichtung

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) begründet seit 1. Juli 2004 im § 95d SGB V die Fortbildungsverpflichtung der Ärzteschaft und deren Nachweis gegenüber ihrer KV.

Damit wurde die Notwendigkeit zur kontinuierlichen, berufsbegleitenden Fortbildung zur Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz und Aktualisierung des Wissens, welche in den Berufsordnungen schon längst festgeschrieben ist, in ihrer Bedeutung unterstrichen. Im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer (BÄK/BPTK) hat der Vorstand der KBV die „Regelung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten“ beschlossen.

Seit 1. Juli 2004 müssen alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind, jeweils innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes den Nachweis über 250 erworbene Fortbildungspunkte erbringen. Dies gilt auch für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachwissenschaftler der Medizin. Die Fortbildungsverpflichtung ist erfüllt, wenn innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens 250 Fortbildungspunkte in anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erworben wurden. Diese Mindestanforderung gilt auch bei anteilig ärztlicher Tätigkeit. Der Nachweis der 250 Fortbildungspunkte erfolgt über ein Zertifikat der Landesärztekammer beziehungsweise der Landespsychotherapeutenkammer

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

Die Folgen einer unzureichenden Fortbildung hat der Gesetzgeber in § 95d Abs. 3 SGB V streng definiert.

Mit folgenden Konsequenzen muss gerechnet werden:

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

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern sind von dieser Regelung 2.126 Ärzte und 94 psychologische Psychotherapeuten betroffen, von denen haben 2.115 Ärzte bzw. 93 psychologische Psychotherapeuten diesen Nachweis gegenüber der KV erbracht, prozentual betrachtet sind dies 99,5 Prozent bzw. 98,9 Prozent.

Qualitätszirkel

Ein fachlicher Austausch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten kann interdisziplinär oder fachübergreifend – zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln – erfolgen. Mit Unterstützung eines Moderators, in gleichberechtigter Diskussion, können die Teilnehmer ihr eigenes Handeln kritisch hinterfragen und Alternativen beraten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unterstützt ihre Mitglieder hierbei organisatorisch und finanziell. Jährlich organisiert die Kassenärztliche Vereinigung eine Moderatorenschulung mit professionellen Trainern auf der Grundlage entsprechender



Der Moderator des Schweriner Qualitätszirkels „QZ 47 – Schweriner Frauenärzte“ Dr. med. Gunnar Scharlau.

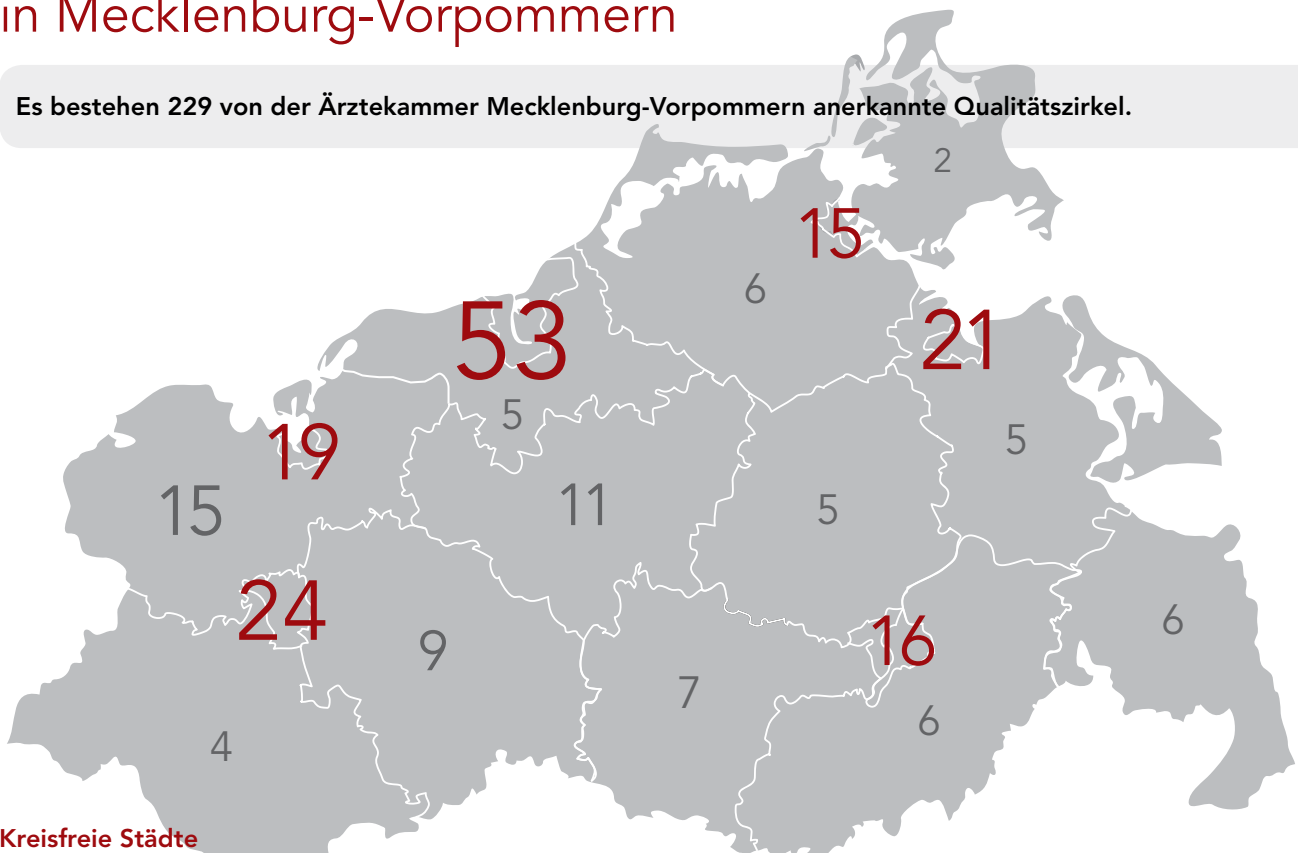
Aufmerksame Zirkelmitglieder bei der Falldiskussion. 2010 tagte dieser Zirkel neun mal.

Vorstandsbeschlüsse, die eine Protokollierung, Honorierung der Moderatorentätigkeit und eine mit der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern abgestimmte Anerkennung im Rahmen des Fortbildungszertifikates beinhalten. Nach dem Erhalt des Moderatorenzertifikates hat der Moderator die Möglichkeit, formlos an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung einen Antrag auf Gründung eines Qualitätszirkels zu stellen. Nach entsprechender Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung erhält der Antragsteller ein Anerkennungsschreiben des Qualitätszirkels mit entsprechender Qualitätszirkel-Nummer. Des Weiteren erhält der Antragsteller von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eine Teilnehmerliste mit seiner persönlichen Qualitätszirkel-Nummer, welche er zur Durchführung des Qualitätszirkels benötigt. Der Qualitätszirkelmoderator schickt das Protokoll nach dem Zirkel mit den vorgegebenen Angaben im Original 14 Tage nach Ablauf der Veranstaltung an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV. Alle 4 Wochen werden die Teilnehmerlisten zur elektronischen Erfassung des Barcodes an die Ärztekammer geschickt. Mit diesem Leistungspaket fördert die KVMV seit dem Jahr 2000 erfolgreich eine aktive Zirkelarbeit in Mecklenburg-Vorpommern.



Anzahl anerkannter Qualitätszirkel in Mecklenburg-Vorpommern

Es bestehen 229 von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern anerkannte Qualitätszirkel.



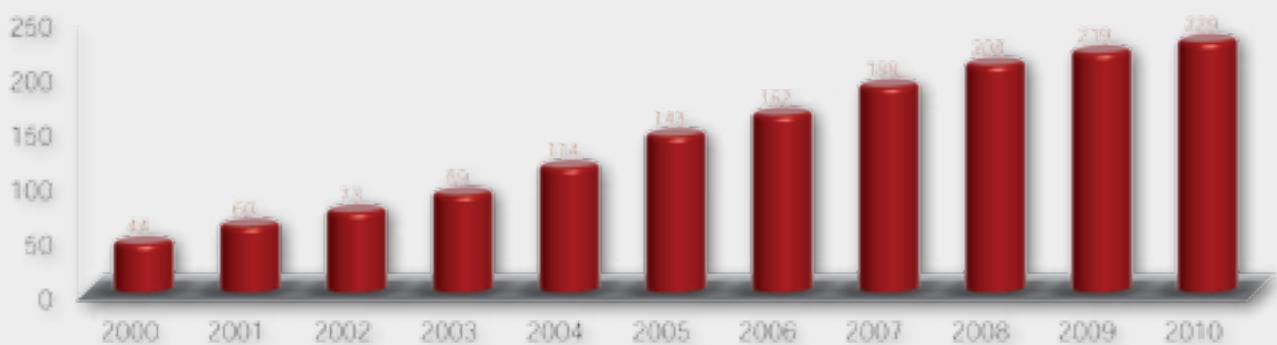
Kreisfreie Städte

Schwerin (24); Rostock (53); Stralsund (15); Wismar (19); Greifswald (21); Neubrandenburg (16).

Landkreise

Nordwestmecklenburg (15); Ludwigslust (4); Parchim (9); Güstrow (11); Bad Doberan (5); Nordvorpommern (6); Rügen (2); Demmin (5); Ostvorpommern (5); Uecker-Randow (6); Mecklenburg-Strelitz (6); Müritz (7).

Entwicklung der Anzahl der Qualitätszirkel von 2000 bis 2010



Qualitätsmanagement

Das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen.

Dabei wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung übertragen. Der G-BA hat hierzu eine „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ erarbeitet, welche am 1.1.2006 in Kraft trat.

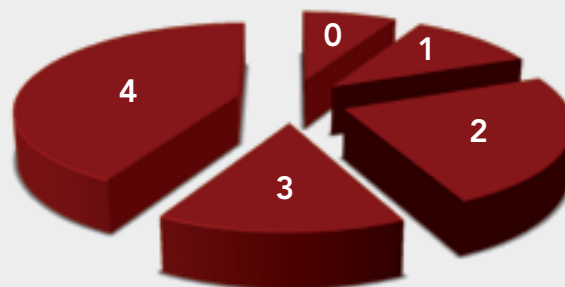
Den Stand der Einführung des Qualitätsmanagement zu erheben, gehört zu den Aufgaben der KVen bzw. der QM-Kommissionen. Zu diesem Zweck wird jährlich eine Stichprobe von 2,5 % der Vertragsärzte/-psychotherapeuten als Grundlage der Erhebung gezogen. Die zufällig ausgewählten Vertragsärzte/-psychotherapeuten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

Die KVMV befragte im Jahr 2010 66 Vertragsärzte/-psychotherapeuten zu ihrem Einführungs- und Entwicklungsstand des praxisinternen QM. Von den 61 zurückgesandten Bögen befanden sich 12 Prozent in der Phase 1, 26 Prozent in der 2. Phase, 16 Prozent in der 3. Phase und 46 Prozent in der 4. Phase. Damit liegen die Praxen in MV zeitlich bestens in der Umsetzung des gesetzlich verankerten Phasenmodells.

| | Anz. Praxen | Anz. Praxen in % |
|---------------------------------|-------------|------------------|
| Ist-Phase 0* | 5 | 8 |
| Ist-Phase 1 (Planung) | 7 | 11 |
| Ist-Phase 2 (Umsetzung) | 16 | 24 |
| Ist-Phase 3 (Überprüfung) | 10 | 15 |
| Ist-Phase 4 (Weiterentwicklung) | 28 | 42 |

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

Ist-Phasen als Übersicht (in %)



Gedanken von Dr. med. Sabine Meinhold, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Ueckermünde, zum QM

Nach Ablauf von fünf Jahren ... entscheidet der gemeinsame Bundesausschuss ... über die Notwendigkeit von Sanktionen für Vertragsärzte, die das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unzureichend einführen und weiterentwickeln (§ 9).

Dieser Text wird von vielen Ärzten längst nicht mehr als Drohung empfunden. Seit 2003 führen wir Seminare zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM) und Führungsseminare – wie Weiterbildungen über neue Versorgungsstrukturen – durch. Als Auditor des TÜV med bieten wir auch Zertifizierungen von Praxen an, wo eine Außendarstellung von Qualität gewünscht oder gefordert wird. Mit der Kurzformel des QM – wer erwartet was von wem – werden Strukturen erarbeitet, die klare Vorgaben, Ziele und Zuständigkeiten in der jeweiligen Praxis definieren, um bei hoher Qualität in der Patientenbetreuung effizient zu arbeiten.

„QM soll die Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und -mitarbeiter erhöhen.“

QM ist das Führungsinstrument unserer Praxen. Die Mitarbeiterorientierung sichert ein stabiles Team, was bei zunehmendem Fachkräftemangel und hohem (und teurem) Einarbeitungsaufwand für die sehr komplexen Praxisabläufe zunehmend an Bedeutung gewinnt. Auffallend ist, dass die Mitarbeiter oft deutlich interessierter an vorgegebenen Strukturen, Arbeitsschutz, Verantwortlichkeiten, Arbeitsanweisungen, Teambesprechungen, Fortbildungsplänen etc. sind, als die Ärzte es wahrnehmen.

Datenschutz, Hygiene und Fluchtpläne sind selbstverständlich und doch kein unerhebliches tägliches Risiko. „Durch die Identifikation relevanter Abläufe ... sollen Risiken erkannt und Probleme vermieden werden“.

Das Notfallmanagement ist ein zentrales Element der Richtlinie. Das regelmäßige Notfalltraining, der korrekte Notfallkoffer und die aus haftungsrechtlicher Sicht vorliegenden, von jedem Mitarbeiter unterschriebenen Arbeitsanweisungen sind dringend erforderlich. Nehmen wir ein Beispiel: Ein Azubi betritt morgens als erster die Praxis. Die Tür ist nicht verschlossen. Ein Patient kommt mit Thoraxschmerzen in die Räumlichkeit und kollabiert am Empfang. Über die erforderliche Re-

aktion seinerseits (Wahl der Notrufnummer) ist er nicht aufgeklärt worden. „QM zielt darauf ab, alle an der Versorgung Beteiligten angemessen einzubeziehen ... Dies setzt eine gezielte Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung voraus.“

Hier sind alle Leistungserbringer gefordert. Die Gestaltung von Kommunikationsprozessen lässt unsere Arbeit einfacher werden und schont unsere stets knappe Zeit. In Ueckermünde haben wir vor zehn Jahren das Ärztenetz HaffNet gegründet mit allein diesem Ziel. Unsere Arbeit wurde stets durch die KVMV begleitet. Nach einer aktuellen Analyse aller Ärztenetze durch eine große Krankenkasse steht unser HaffNet an vorderster Stelle in Deutschland hinsichtlich der Effizienz in der Patientenversorgung. QM bedeutet aber auch Kosteneffizienz (z.B. Lagerbestände betreffend), sortierte Medikamentenmuster können das Arzneimittel-Budget schonen.

Zeitplausibilitäten sind in vielen Praxen mit hohen Scheinzahlen problematisch. Qualifiziertes Personal, eine gut ausgestattete Praxis und ein eingeführtes Praxismanagement (Zertifizierung ist nicht erforderlich) werden in der Prüfung positiv gewertet.

„Anschließend entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage der Bewertung der bis dahin vorhandenen Wirksamkeits- und Nutznachweise über die Akkreditierung von Qualitätsmanagementsystemen.“ Bisher gilt es nur, die Inhalte der Richtlinie zu erfüllen (z.B. auch Beschwerdemanagement, Patientenbefragungen, Teambesprechungen betreffend). Die Wahl des QM-Systems (KPQM, QEP, ISO ...) ist jeder Praxis entsprechend dem gewünschten Aufwand frei gestellt. Unabhängig von dieser Entscheidung ist die Einbindung der bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen in das QM-System der Praxis sinnvoll. QM ist kein Schatten unserer Arbeit, sondern ein Wegweiser für bewusstes, zielgerichtetes Handeln im gesamten Team. Es dient der Wertschöpfung, ist einfach nur gesunder Menschenverstand und schränkt keinesfalls die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten in der eigenen Praxis ein.

Service

| | QS-Gebiet von A bis Z | Ansprechpartner | Tel. 0385-7431- |
|----------|----------------------------|------------------------------|-----------------|
| A | Akupunktur | Frau Ludwig/Frau Dr. Greiner | 384 |
| | Ambulantes Operieren | Frau Tesch | 382 |
| | Apheresen | Frau Holländer/Frau Schulz | 383 |
| | Arthroskopie | Frau Tesch | 382 |
| B | Balneophototherapie | Frau Ludwig/Frau Dr. Greiner | 384 |
| C | Chirotherapie | Frau Martensen | 243 |
| | Computertomographie | Frau Lanwehr | 375 |
| D | Diabetischer Fuß | Frau Hahn | 385 |
| | Dialyse | Frau Holländer/Frau Schulz | 383 |
| | DMP Asthma | Frau Martensen | 243 |
| | DMP Brustkrebs | Frau Ludwig/Frau Dr. Greiner | 384 |
| | DMP COPD | Frau Martensen | 243 |
| | DMP Diabetes Typ 1 und 2 | Frau Hahn | 385 |
| | DMP KHK | Frau Holländer/Frau Schulz | 383 |
| E | Entwicklungsneurologie | Frau Voglau | 377 |
| F | Früherkennungsuntersuchung | Frau Janik | 177 |
| | Funktionsstörung der Hand | Frau Tesch | 382 |
| G | Gestationsdiabetes | Frau Hahn | 385 |
| H | Hautkrebsscreening | Frau Ludwig/Frau Dr. Greiner | 384 |
| | Herzschrittmacher | Frau Janik | 177 |
| | HIV/Aids | Frau Ohde | 210 |
| | Homöopathie | Frau Tesch | 382 |
| | Humangenetik | Frau Martensen | 243 |
| | HZV | Frau Janik | 177 |
| I | Impfen | Frau Ohde | 210 |
| | Interv. Radiologie | Frau Lanwehr | 375 |
| | Invasive Kardiologie | Frau Janik | 177 |
| K | Koloskopie | Frau Tesch | 382 |
| | künstliche Befruchtung | Frau Martensen | 243 |
| L | Labor | Frau Seemann | 387 |
| | Langzeit-EKG | Frau Janik | 177 |

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|-----|-------|
| Mammographie (kurativ) | Frau Lanwehr | 375 | M |
| Mammographiescreening | Frau Ohde | 210 | |
| MRT /MR-Mamma/ MRA | Frau Lanwehr | 375 | |
| Neugeborenencreening | Frau Seemann | 387 | N |
| Nuklearmedizin | Frau Lanwehr | 375 | |
| Onkologie | Frau Martensen | 243 | O |
| Osteodensitometrie | Frau Lanwehr | 375 | |
| Otoakustische Emission | Frau Ohde | 210 | |
| Palliativversorgung | Frau Voglau | 377 | P |
| PDT/ PTK | Frau Tesch | 382 | |
| Pflegeheim Plus | Frau Janik | 177 | |
| phys.-med. Leistungen | Frau Martensen | 243 | |
| Praxisassistentin | Frau Holländer/Frau Schulz | 383 | |
| Psychosomatische Grundvers. | Frau Voglau | 377 | |
| Psychotherapie | Frau Voglau | 377 | |
| Psychotherapie Informationsstelle | Frau Bencke | 249 | |
| Qualitätsmanagement | Frau Lanwehr | 375 | Q |
| Qualitätszirkel | Frau Holzmann | 244 | |
| Radiologie | Frau Rothe | 376 | R |
| Rehabilitation | Frau Ohde | 210 | |
| Rheumatologie | Frau Hahn | 385 | |
| Schlafapnoe | Frau Martensen | 243 | S |
| Schmerztherapie | Frau Ludwig/Frau Dr. Greiner | 384 | |
| Sozialpsychiatrie | Frau Voglau | 377 | |
| Soziotherapie | Frau Voglau | 377 | |
| Stoßwellenlithotripsie | Frau Holländer/Frau Schulz | 383 | |
| Strahlentherapie | Frau Lanwehr | 375 | |
| Substitutionsbehandlung | Frau Ohde | 210 | |
| Suchtvereinbarung | Frau Ohde | 210 | |
| Tonsillotomie | Frau Tesch | 382 | T |
| Ultraschall | Frau Rothe | 376 | U – Z |
| Vakuumbiopsie d. Brust | Frau Lanwehr | 375 | |
| Zytologie | Frau Seemann | 387 | |



ΕΙΔ
ΠΡΟΣ
ΟΜΟΛΟΓΗΤΕΣ
ΑΣΚΛΗΤΙΚΟ
ΠΑΝΑΚΕΙΟΝ

...καὶ πάσας ἰσο
...κατὰ δύναμιν
...ἐξυπαρφήν τήνδ
...μετὰ τὸν διδάξαντά με τ
...ἐμοῖσιν καὶ
...χρηρίζοντα μετάδο
...ἀδελφείο
...ἀνευ μισθοῦ κ
...ἀνευ μισθοῦ κα
...μετάδοσιν ποιήσαι
...ἐμὸν ἔργον

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