

Nicht nur Zahlen....

Der Qualitätsbericht der KV Brandenburg erscheint nun zum dritten Mal. Wir wollen darstellen, welchen Beitrag die KV en leisten, um die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung zu sichern und damit den oft unsachlichen Vorwürfen und Diskussionen entgegenzutreten.

Dieser Bericht informiert über die Vielzahl der qualitätssichernden Maßnahmen, die die KV Brandenburg durchführt und soll auch dem Laien einen Einblick ermöglichen. Schließlich sind mehr als ein Drittel aller ärztlichen Leistungen qualitätskontrolliert. Neben den Qualitätsanforderungen durch die bereits etablierten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden zudem durch den neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. April 2005 weitere Qualitätsstandards definiert.

Auch in der Qualitätszirkelarbeit ist ein stetiges Vorankommen zu erkennen. Wir verzeichnen einen jährlichen Anstieg zugelassener fachärztlicher und multidisziplinärer Qualitätszirkel, die durch ihre praxisnahe, problemorientierte Arbeitsweise einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung leisten.

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen Mitgliedern der KV Brandenburg, die das hohe Niveau der Patientenversorgung gewährleisten. Insbesondere den zum Teil schon langjährig tätigen ehrenamtlichen Kolleginnen und Kollegen, die sich in den Kommissionen für eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität der ärztlichen Arbeit einsetzen und mit starkem persönlichen Einsatz maßgeblich an der Umsetzung der gesetzlichen und KV-internen Vorgaben beteiligt sind, gilt unser Dank. Ohne Sie und die KV-Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung wäre eine so effektive und qualitativ hochwertige Arbeit nicht möglich gewesen.

Unser Gesundheitssystem befindet sich im Wandel und stellt alle Beteiligten vor immer wieder neue Herausforderungen, die wir auf der bestehenden Basis selbstbewusst annehmen können. Darum möchte ich alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen einladen, sich aktiv an der Weiterentwicklung der Qualität zu beteiligen.

„Nicht jede Veränderung ist eine Verbesserung, aber jede Verbesserung erfordert eine Veränderung.“(Donald M. Berwick) Diesen Grundgedanken des Qualitätsmanagements werden wir beherzigen.



Ihr Dipl.-Med. Andreas Schwark
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1 Einführung

2 Aktuelle Themen

- 2.1 Mammographie-Screening
- 2.2 Sonographie der Säuglingshüfte

3 Qualitätssicherung

- 3.0 Übersicht Genehmigungspflichtiger Leistungen
- 3.1 Ambulante Operationen
- 3.2 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren
- 3.3 Arthroskopische Untersuchungen
- 3.4 Blutreinigungsverfahren
- 3.5 Disease-Management-Programme
- 3.6 Herzschrittmacherkontrolle
- 3.7 Invasive Kardiologie
- 3.8 Kernspintomographie
- 3.9 Koloskopie
- 3.10 Künstliche Befruchtung
- 3.11 Laboruntersuchungen
- 3.12 Langzeit-EKG-Untersuchung
- 3.13 Medizinische Rehabilitation
- 3.14 Onkologie-Vereinbarung
- 3.15 Otoakustische Emissionen
- 3.16 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- 3.17 Psychotherapie
- 3.18 Schlafbezogene Atemstörungen
- 3.19 Schmerztherapie
- 3.20 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 3.21 Soziotherapie
- 3.22 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- 3.23 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)
 - 3.23.a Schaudiagramme kurative Mammographie
- 3.24 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- 3.25 Ultraschalldiagnostik
- 3.26 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale
- 3.27 Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus
 - 3.27.1 Chirotherapie
 - 3.27.2 Diabetischer Fuß
 - 3.27.3 Funktionsstörungen der Hand
 - 3.27.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchungen
 - 3.27.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau
 - 3.27.6 Empfängnisregelung
 - 3.27.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung
 - 3.27.8 Physikalische Therapie
 - 3.27.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

4 Ausblick

- 4.1 Herzschrittmacher
- 4.2 Zytologie
- 4.3 Flexible Endoskopie

- 4.4 Photodynamische Therapie
- 4.5 Magnetresonanz-Angiographie
- 4.6 Dialyse

5 Qualitätsmanagement

- 5.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen
- 5.2 Qualitätszirkel
- 5.3 Fortbildung

6 Service

- 6.1 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Praxis
 - 6.1.1 Kommissionsarbeit
 - 6.1.2 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV
 - 6.1.3 Informationsservice für Patienten und Versicherte / Kooperationsstelle für Selbsthilfeorganisationen
 - 6.1.4 Notdienst / Bereitschaftsdienst
 - 6.1.5 Zuständigkeiten und Organisationen
 - 6.1.6 Der Gemeinsame Bundesausschuss
 - 6.1.7 Normen der Qualitätssicherung
 - 6.1.8 Stichprobenprüfungen
- 6.2 Handbuch Qualitätszirkel
- 6.3 Arztstruktur (Stand 31.12.2005)
- 6.4 Weiterbildungen (Stand 31.12.2006)

1 Einführung

„Die hohe Qualität unseres Gesundheitswesens ist international anerkannt und muss im Interesse aller, die auf seine Leistungsfähigkeit angewiesen sind, erhalten bleiben.“ Dieses Zitat aus dem Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung macht deutlich, dass die Qualität unseres Gesundheitswesens eine herausragende gesellschaftliche Rolle spielt. Die auch erst jüngst in einer Studie des Commonwealth Fund¹, im Vergleich mit fünf weiteren Industrienationen, herausgearbeitete Qualität des deutschen Gesundheitswesens kommt aber nicht von ungefähr. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stehen für den hohen Qualitätsstandard der Vertragsärzte / Psychotherapeuten als ein Leistungsträger der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ein.

Bereits die Teilnahmevoraussetzungen für die vertragsärztlichen Versorgung garantieren einen hohen Qualitätsstandard. An der vertragsärztlichen Versorgung können nur Ärzte / Psychotherapeuten teilnehmen, die über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung verfügen. So haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte / Psychotherapeuten nach Abitur und Medizinstudium eine mindestens fünfjährige Weiterbildung in einem Fachgebiet absolviert, um die notwendige Einstiegsqualifikation als Vertragsarzt zu erreichen. Jeder einzelne Vertragsarzt garantiert also bereits durch seine abgeschlossene Aus- und Weiterbildung einen hohen Qualitätsstandard. Während der Patient im Krankenhaus häufig nur durch Assistenzärzte unter Facharztsupervision behandelt wird, hat er in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung die Gewähr, stets durch einen weitergebildeten Facharzt behandelt zu werden.

Ein weiterer Eckpfeiler sind die einzelnen, zusätzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen tragen dafür Sorge, dass die in diesem Bericht detailliert aufgelisteten Diagnostik- und Behandlungsverfahren nur durch entsprechend qualifizierte Ärzte / Psychotherapeuten durchgeführt werden. Größtenteils bestehen weit über die Facharztanforderungen hinausgehende Qualitätsanforderungen, die durch Rezertifizierungen, Routinenachweise und Stichprobenüberprüfungen laufend überwacht werden.

Neben den Qualitätssicherungsmaßnahmen für einzelne Diagnostik- und Therapieverfahren wird seit einigen Jahren der Ansatz des Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen Versorgung verfolgt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in Zusammenarbeit mit Kassenärztlichen Vereinigungen und ausgewiesenen Experten ein Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das auf die Bedürfnisse einer vertragsärztlichen Praxis abgestimmt ist. Damit soll der Gedanke der stetigen Qualitätsverbesserung für den gesamten Praxisablauf befördert werden. Hier sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieses Ziel bereits verfolgt wurde, bevor der Gesetzgeber eine Verpflichtung zum Qualitätsmanagement normiert hat.

Für die Patienten ist auch der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung ein elementarer Qualitätsaspekt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen garantieren, dass landesweit ein freier Zugang sowohl zum Hausarzt als auch zum Facharzt und Psychotherapeuten gewährleistet

¹ Schoen C, Osborn R, et al. Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. Health Affairs 24 (2005): w509-w525 (published online 3 November 2005).

ist und die entsprechenden Ärzte / Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Wartezeiten und Zugangsbeschränkungen wie in vielen Gesundheitssystemen europäischer Nachbarländer kennt Deutschland nicht. Die freie Arztwahl und die damit untrennbar verbundene Herstellung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses ist aus unserer Sicht ein entscheidendes Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens.

Dieser Qualitätsbericht macht die vielfältigen Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung transparent, die seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ihrer Mitglieder bereits aktuell verfolgt werden. Er macht aber auch deutlich, dass die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität einem dynamischen Prozess unterliegt. Gerade für die Zukunft gilt es, bestehende Maßnahmen zu optimieren und neue Verfahren zu implementieren.

In der Struktur des Qualitätsberichts spiegeln sich diese Gesichtspunkte wider. Als Einstieg setzt sich das Kapitel Aktuelle Themen mit neuen bzw. überarbeiteten Qualitätssicherungsmaßnahmen auseinander. Anschließend werden die seit Jahren etablierten Qualitätssicherungsbereiche dargestellt. Über den oben bereits angeschnittenen Themenkomplex „Qualitätsmanagement“ geht der Blick zu guter Letzt ins laufende Jahr 2006. Ergänzend werden die Darstellungen durch einen umfangreichen Serviceteil.

2.1 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Etwa zehn Prozent aller Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs, die meisten nach dem 50. Lebensjahr.

Internationale Studien haben gezeigt, dass organisierte Programme zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50 bis 69-jährigen Frauen, das so genannte Mammographie-Screening, die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken kann. Voraussetzung dafür ist eine hohe Teilnahmequote und eine hohe Qualität des Programms selbst. Dies wird gewährleistet durch die persönliche Einladung aller anspruchsberechtigten Frauen, die organisierte Doppelbefundung aller Mammographie-Aufnahmen und eine kontinuierliche und akribische Qualitätssicherung aller Teilschritte des Mammographie-Screenings von der ersten Untersuchung bis hin zur interdisziplinären Besprechung vor Therapiebeginn.



Auf Grund der vorliegenden Studienergebnisse und der Einführung des Screenings in anderen Ländern hatte der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Modellprojekte auf den Weg gebracht, die die Einbettung eines qualitativ hochwertigen Screenings in die deutsche Gesundheitsversorgung erproben sollten. Nach Abschluss und solider Aufarbeitung der Ergebnisse war vorgesehen, mit diesen Erfahrungen ein flächendeckendes Screening auf den Weg zu bringen. Die politische Willensbildung durch den Allparteienbeschluss des Bundestags im Jahre 2002 hat letztlich dafür Sorge getragen, dass dieses Vorgehen abgebrochen und unmittelbar ein flächendeckendes Mammographie-Screening auf Grundlage der „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ eingeführt

wurde. Im Januar 2004 sind die entsprechenden Richtlinien (Ergänzung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und der Bundesmantelverträge Ärzte/Ersatzkassen) dazu in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren zweijährlich Anspruch auf eine Screening-Mammographie-Untersuchung, sobald diese in ihrer Region angeboten wird.

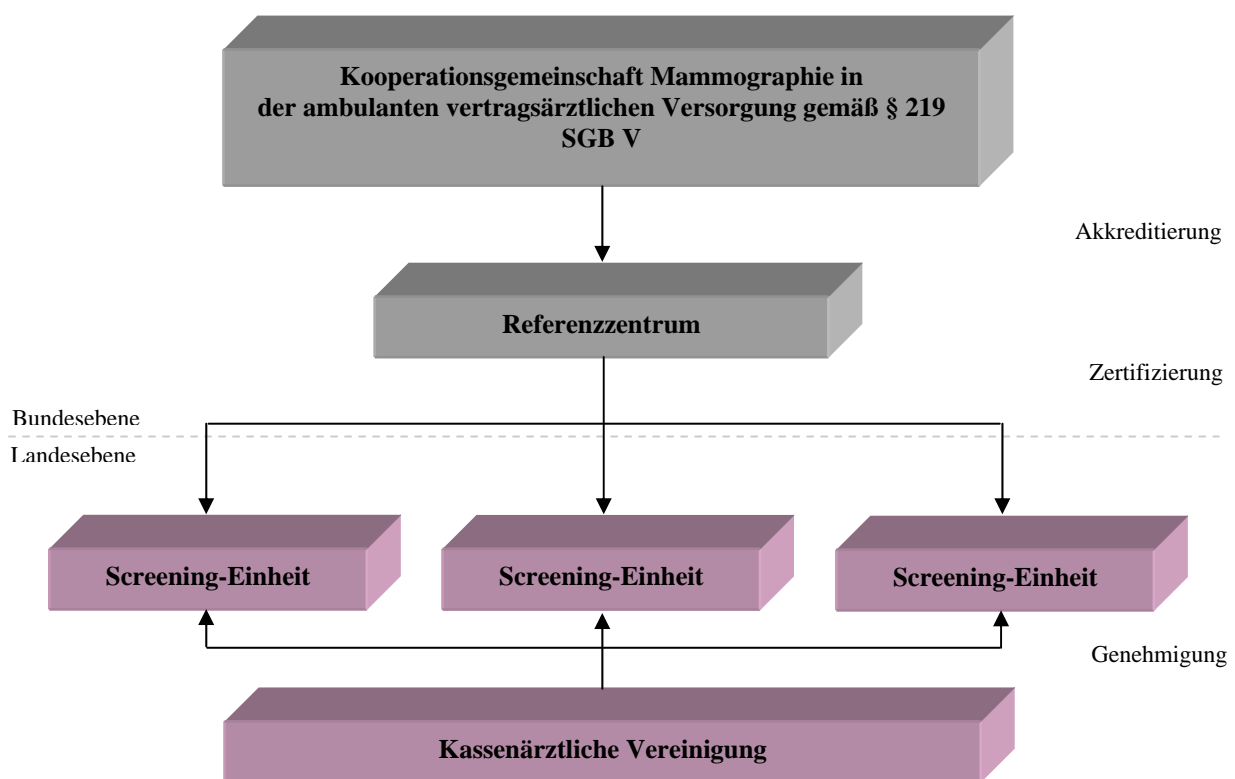
Qualität durch Qualifikation

Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen, damit das Ziel, die Brustkrebssterblichkeit zu senken und betroffenen Frauen schonende Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen, erreicht werden kann. Diese Anforderungen betreffen insbesondere die Qualifikationen.

Ein Grund hierfür ist die geringe Prävalenz. Das heißt: Im Gegensatz zur kurativen Mammographie ist im Screening mit wenigen Verdachtsfällen bei den untersuchten Frauen zu rechnen. Zudem ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Dieses Wissen erfordert ein anderes Vorgehen in der Interpretation von Screening-Aufnahmen. Im Programm befundende Ärzte müssen daher spezielle Fortbildungen absolvieren und Fallsammlungen beurteilen. Diese Maßnahmen sind regelmäßig zu wiederholen. Um darüber hinaus die erforderliche Routine bei der Befundung zu gewährleisten, ist eine Frequenzregelung vorgesehen: Pro Jahr muss der Arzt die Mammographien von mindestens 5.000 Frauen befunden. Kann diese Forderung nicht erfüllt werden, müssen im darauf folgenden Jahr die Aufnahmen von 3.000 Frauen unter Supervision befundet werden. Der Nachweis ist ein Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit im Programm zu erbringen.

Besondere Anforderungen werden an die programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen organisiert und im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessment) die Diagnosesicherung vorgenommen. Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme ihrer Tätigkeit im Programm eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit müssen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen beurteilen.

Organisatorische Struktur, Ausschreibung und Teilnahme



Grundlage für die Auswahl der am Screening-Programm teilnehmenden Ärzte ist ein öffentliches Ausschreibungsverfahren. Jeder interessierte Radiologe oder Gynäkologe, der über die Fachkunde im Strahlenschutz und die fachlichen Voraussetzungen zur kurativen Mammographie verfügt, kann sich als programmverantwortlicher Arzt für eine Screening-Region bewerben. Idealerweise tut er dies zusammen mit einem von ihm ausgewählten Team an kooperierenden Ärzten und radiologischen Fachkräften. Hierzu ist ein detailliertes Konzept einzureichen, in dem die fachlichen Voraussetzungen des Arztes und seines Teams sowie die geplante beziehungsweise bereits vorhandene Praxis- und apparative Ausstattung dargestellt wird.

Die Kassenärztlichen Vereinigung wählen die geeigneten Bewerber nach Eignung und bestmöglicher räumlicher Zuordnung für die Versorgung der Frauen aus und erteilt diesen im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene eine Genehmigung.

Die Genehmigung ist mit der Auflage verbunden, dass der Arzt innerhalb von höchstens neun Monaten die für den Screening-Betrieb erforderlichen spezifischen fachlichen Qualifikationen (zum Beispiel Fortbildungsveranstaltung, Tätigkeit in einem Referenzzentrum) erwirbt und die Realisierung der im Bewerbungskonzept beschriebenen baulichen und apparativen Maßnahmen nachweist. Ist dies erfolgt, kann mit der Übernahme des Versorgungsauftrages begonnen werden. Einige Kassenärztlichen Vereinigungen haben bereits die Versorgungsaufträge ausgeschrieben, andere bereiten die Ausschreibungen derzeit vor. In den regionalen amtlichen Mitteilungsorganen werden die Ausschreibungen angekündigt und veröffentlicht.

Eine weitere Voraussetzung für die Übernahme des Versorgungsauftrages ist eine Zertifizierung der Screening-Einheit durch die Kooperationsgemeinschaft auf Grundlage der von ihrem Beirat (paritätisch besetzt durch Vertreter der Krankenkassen und der Ärzteschaft) verabschiedeten Zertifizierungsprotokolle.

Die „Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ selber ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts und wurde zum 1. August 2003 von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter anderem mit dem Ziel, die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screening-Programms in Deutschland zu koordinieren und zu evaluieren, gegründet (<http://www.koop-mammographie.de>).

2.2 Sonographie der Säuglingshüfte

Zum 1. Januar 1996 wurde durch eine Ergänzung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres ("Kinder-Richtlinien") das sonographische Screening der Säuglingshüfte bundesweit eingeführt. Die hüftsonographische Screening-Untersuchung bei Säuglingen erfolgt in der 4. bis 5. Lebenswoche in zeitlichem Zusammenhang mit der 3. Früherkennungs-Untersuchung (sogenannte "U 3"). Dadurch soll sichergestellt werden, dass im Falle einer klinisch noch unauffälligen Dysplasie eine eventuell notwendige Therapie vor der 6. Lebenswoche einsetzt, um so das spätere Auftreten einer Hüftgelenksluxation zu verhindern.

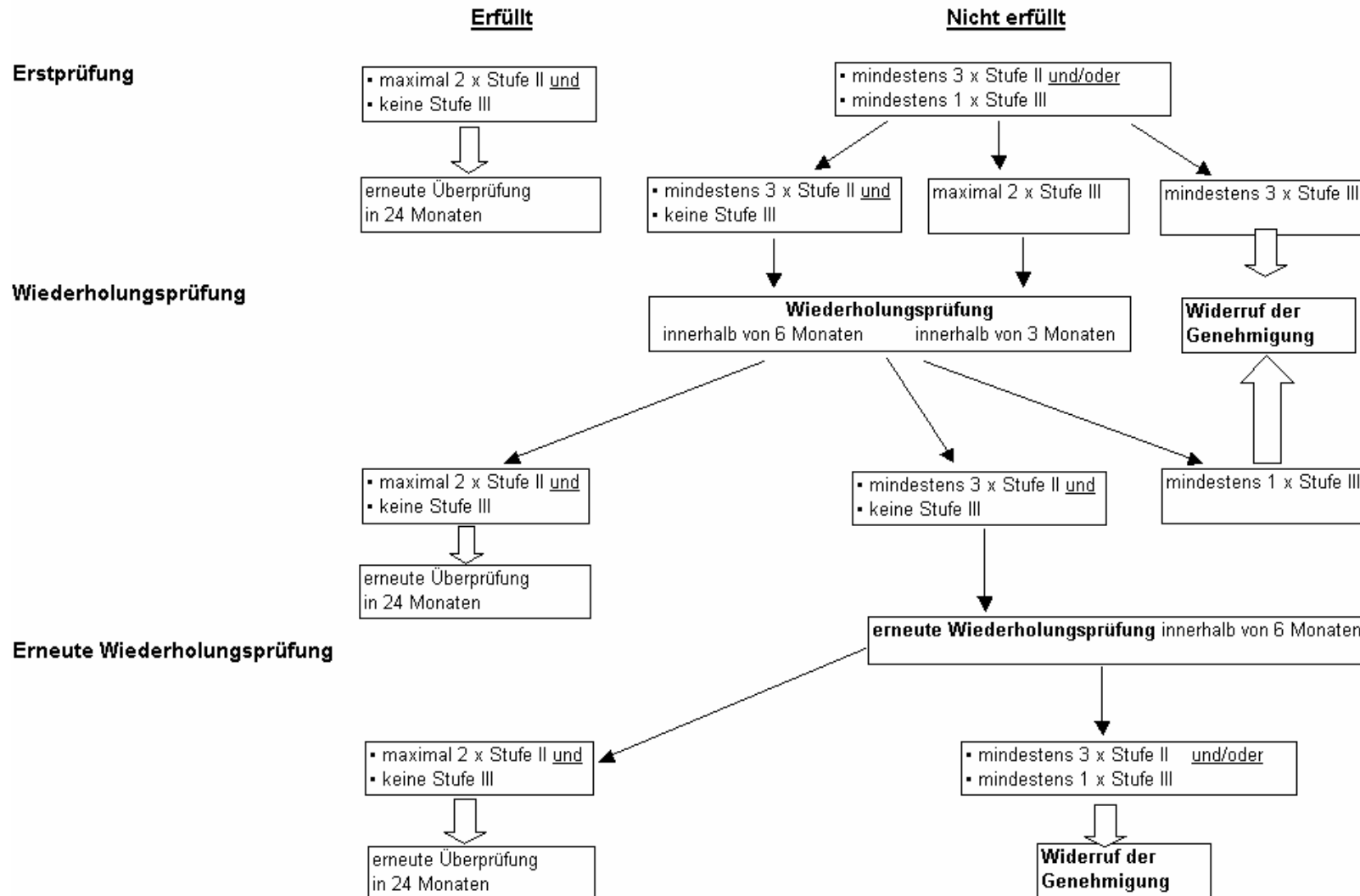
Um eine optimale Durchführung des Hüftsonographie-Screenings zu gewährleisten, wurde die seit 1993 geltende Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V um spezielle fachliche Eingangsvoraussetzungen ergänzt. So wurde festgelegt, dass vor Antragsstellung im Rahmen der Weiterbildung unter Anleitung mind. 200 Säuglinge untersucht worden sein mussten. Dies betrifft Fachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und radiologische Diagnostik. Für alle anderen Arztgruppen ist der zusätzliche Nachweis einer 18-monatigen ständigen klinischen oder vergleichbaren Tätigkeit im Fachgebiet Kinderheilkunde oder Orthopädie oder radiologische Diagnostik, Kinderradiologie erforderlich. Weiterhin wurde festgelegt, dass das Abbildungsverhältnis des Untersuchungsgebietes mindestens 1,7 zu 1 betragen muss: Diese Untersuchungsbedingungen sind Voraussetzung für eine fachgerechte Beurteilung des Hüftzustandes von Säuglingen und essenziell für die sich gegebenenfalls ergebende Therapieentscheidung.

Ab dem 1. April 2005 wird nun neben der Prüfung der fachlichen Qualifikation als ein weiterer Baustein der Qualitätssicherung der hüftsonographischen Untersuchung die Durchführung von Stichprobenprüfungen bei Bild- und Schriftdokumentationen nach einheitlichen Kriterien bundesweit eingeführt. In zweijährigem Abstand werden pro Arzt zufällig ausgewählter Dokumentationen bei mindestens 12 Patienten durch die zuständige Qualitätssicherungs-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung geprüft. Die Überprüfung soll dazu beitragen, gegebenenfalls Qualitätsdefizite zu identifizieren um Ärzten die Gelegenheit zu geben, Mängel zu beseitigen. Die Überprüfung umfasst die Qualität der selbstständig durchgeführten sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte mit ihren diagnostischen Informationen sowie der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Befundung und Indikationsstellung für mögliche Folgemaßnahmen. Auch die sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund ergebenden Konsequenzen für das vom Vertragsarzt veranlasste weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen sind im Umfang der Überprüfung enthalten.

Die Einführung von Stichprobenprüfungen bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte ist in der neuen Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung gemäß §135 Abs. 2 SGB V geregelt. Ab dem 1. April 2005 besteht für alle Ärzte, denen eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte in der vertragsärztlichen Versorgung erteilt worden ist, die Auflage einer erfolgreichen Teilnahme an der regelmäßigen Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Dabei werden die Ergebnisse in Stufen eingeteilt (siehe Graphik) Bei Ärzten, denen vor In-Kraft-Treten der Anlage IV eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte in der vertragsärztlichen Versorgung erteilt worden ist, erfolgt eine erstmalige Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen frühestens nach dem 1. April 2006.

Sonographie Säuglingshüfte – Dokumentationsprüfung

Konsequenzen der Beurteilung



3. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung beruht auf sehr differenzierten Richtlinien und Vereinbarungen. Darüber hinaus sind die Normen ständigem Wandel unterworfen und ständig kommen neue Bereiche hinzu. Für Mitarbeiter außerhalb der Qualitätssicherung ist deshalb Detailwissen nur schwer zu erwerben und aktuell zu halten.

Besondere Berücksichtigung finden hier auch die Überlegungen des KV-Systems zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung. Während sich in der Vergangenheit Qualitätssicherung darauf beschränkte, die Voraussetzungen von Richtlinien abzufragen, ändert sich das Verständnis von Qualitätssicherung zunehmend. In Zukunft wird es darauf ankommen, zeitgemäße Qualitätssicherungselemente kontinuierlich in die Richtlinien zu integrieren. Zu nennen sind hier beispielsweise:

1. Frequenzregelungen (z. B. invasive Kardiologie, Koloskopie)
2. Indikationssicherung (z. B. photodynamische Therapie)
3. Rezertifizierung (z. B. kurative Mammographie, Ultraschall der Säuglingshüfte)
4. Stichprobenprüfungen (z.B. radiologische Diagnostik, Kernspintomographie)

Im folgenden werden die in der KV geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung detailliert wiedergegeben, besonderes berücksichtigt wird in dieser Darstellung die Tätigkeit der Geschäftsstelle Qualitätssicherung und zugleich die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages durch Angabe der gültigen Genehmigungen.

Der Wortlaut der aktuellen Versionen geltenden Richtlinien sind u.a. auf der Homepage der KBV unter <http://www.kbv.de/publikationen/rechtsquellen.htm> einzusehen.

3.1 Ambulante Operationen

In der seit 1. Januar 2004 geltenden Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren haben die Spitzenverbänden der Krankenkassen, die DKG und die KBV Regelungen zur Sicherung der Qualität für ambulante Operationen und Anästhesien vereinbart.

Leistungen des Kataloges ambulantes Operieren sind grundsätzlich nach Facharztstandard zu erbringen. In einigen Fällen (zur Durchführung bestimmter Operationen) bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen ist. Bauliche, apparativ-technische, hygienische und personelle Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen, ggf. wird eine Praxisbegehung vereinbart.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren	gültig seit: 01.10.1994 zuletzt geändert: 01.01.2004
Rechtsgrundlage	§ 14 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 01.04.1993, zuletzt geändert 01.04.2005 mit der Einführung des EBM 2000 plus)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	577
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	45
- davon Anzahl Genehmigungen	45
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	60

3.2 Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Diese Richtlinie regelt sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapheresen) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall. Die einzusetzende Fachkommission wurde mit Änderung der Richtlinie in 2003 um zwei fachkundige Mitglieder des Medizinischen Dienstes erweitert und prüft in jedem Fall, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung gegeben ist.

Für die in § 3 der Richtlinie genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung i. d. R. hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, sodass Apheresen nur in Ausnahmefällen bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen.

LDL-Apheresen können nur durchgeführt werden bei Patienten

- mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung oder
- mit schwerer Hypercholesterinämie, bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann.

Im Vordergrund der Abwägung der Indikationsstellung soll dabei das Gesamt-Risikoprofil des Patienten stehen.

Immunapheresen können nur bei aktiver rheumatoider Arthritis bei Patienten

- die auf eine mindestens sechsmonatige Behandlung mit mindestens drei Basistherapeutika (eines davon Methotrexat) in adäquater Dosierung und darüber hinaus auf die Behandlung mit Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren und/oder Interleukin-1-Inhibitoren) nicht angesprochen haben
- oder bei denen eine Kontraindikation gegen diese Arzneimittel besteht,

angewandt werden. Ein Behandlungszyklus umfasst bis zu zwölf Immunapheresen, jeweils im wöchentlichen Abstand. Eine Wiederholung des Behandlungszyklus soll nur erfolgen, wenn mit dem ersten Zyklus ein relevanter klinischer Erfolg erreicht wurde (dokumentiert anhand validierter Aktivitäts- Scores, z. B. DAS-Score oder ACRScore), und bedarf einer erneuten Genehmigung.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	gültig seit: 01.01.1991 letzte Änderung: 09.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V i.V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	45
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
LDL-Apherese	
Anzahl Patienten im Jahr 2005	76

3. Qualitätssicherung

Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	18
- davon positives Votum der KV	13
- davon negatives Votum der KV	5
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	63
- davon positives Votum der KV	63
- davon negatives Votum der KV	0
Apherese bei rheumatoider Arthritis	5
Anzahl Patienten die im Jahr 2005 mindestens einen Zyklus begonnen haben	2
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon positives Votum der KV	2
- davon negatives Votum der KV	0

3.3 Arthroskopische Untersuchungen

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Grundlage für die Genehmigungserteilung ist die Arthroskopievereinbarung sowie zusätzlich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Ambulanten Operieren. Neben den dort geforderten Nachweisen muss der Arzt über eine besondere fachliche Weiterbildung verfügen.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	43
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	36
Anzahl geprüfter Ärzte	4
- davon ohne Beanstandung	26
- davon mit leichten Beanstandung	10
- davon mit schweren Beanstandungen	0

3.4 Blutreinigungsverfahren

Mit der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren wird die Strukturqualität bei der Erbringung von Dialyse-Leistungen (Extrakorporale Blutreinigungsverfahren und Peritonealdialyse zur Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz) in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“, „Zentralisierte Heimdialyse“ („Limited-Care“) und „Heimdialyse“.

Neben der fachlichen Befähigung des Arztes werden in dieser Vereinbarung die besonderen Voraussetzungen an die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten geregelt. So ist z.B. ein bestimmter Arzt / Patientenschlüssel zu gewährleisten und die Kooperation mit den Transplantationszentren für erwachsene Patienten und Kinder nachzuweisen, außerdem ist eine patientenbezogene Dokumentation zu führen, welche auf Anforderung der KV in anonymisierter Form vorgelegt werden muss.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)	gültig seit: 01.10.1997 letzte Änderung: 09.05.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 i.V. mit Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2005	23
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	45
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Patienten im Jahr 2005	1727*
<u>Bemerkungen</u>	* Durchschnittl. Anzahl der Patienten auf der Berechnungsgrundlage nach § 5 Abs. 7 Buchst. c) der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

3.5 Disease-Management-Programme

Das Disease-Management-Programm (DMP) ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, bei dem die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert werden. Ziel ist dabei, die Behandlung der Erkrankung zu verbessern und die durch die Krankheit bedingten Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen zu reduzieren. An die Inhalte der Disease-Management-Programme sind auf Grundlage des Fünften Sozialgesetzbuches zu folgenden Bereichen zum Teil indikationsspezifische Anforderungen gestellt:

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein Disease-Management-Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse sowie
- Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten der Disease-Management-Programme

Zur dauerhaften Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme sollen von Beginn an regelmäßige Evaluationen der Programme beitragen. Mit den Evaluationen werden die Wirksamkeit und die Kosten der Programme bewertet. Die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt wird aufgrund der gesetzlichen Vorgaben immer nur befristet erteilt, im Regelfall für drei Jahre. Eine Verlängerung der Zulassung ist von einem erneuten Antrag und der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt abhängig.

Die gesetzlichen Neuregelungen zur Einführung der Disease-Management-Programme erfolgten mit dem "Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung", das am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist. Dieses Gesetz eröffnete die Möglichkeit zur Etablierung von Strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programme) und legte die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als Zulassungsbehörde für diese Programme fest.

Seit seiner In-Kraft-Tretung hat das Gesetz eine Reihe von Änderungen erfahren, deren wichtigste für die Umsetzung der Programme hier aufgeführt sind:

4. RSAV	27.06.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease-Management-Programmen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und für Patientinnen mit Brustkrebs
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

7. RSAV	28.04.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)
9. RSAV	18.02.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 Neufassung der Anforderungen an die Dokumentation für Diabetes mellitus Typ 2 und KHK
11. RSAV	22.12.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)
12. RSAV	15.08.2005	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2003 (AOK) 08.09.2003 (Knappschaft) 01.04.2004 (BKK-LV Ost) 01.03.2004 (IKK-LV) 01.07.2004 (VdAK/AEV)
akkreditiert:	01.07.2003 (AOK) 03.11.2003 (Knappschaft) 30.04.2004 (IKK)
Gültigkeitsbereich	KVBB
Vertragspartner	KVBB, AOK, Knappschaft, BKK-LV Ost, IKK, VdAK/AEV
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	1.187
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.185
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	44
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	1.074 *)
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	754
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht Insulin spritzen	695
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die Insulin spritzen	416
- darunter MEDIAS 2-Schulungen	22

- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	269
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	76.051 (Stand 30.09.2005/ III. Quartal 2005)
Bemerkungen: *) darunter fachgleiche Gemeinschaftspraxen mit mehr als einem Arzt	

Brustkrebs

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.03.2004 (alt 3-seitig) 01.09.2004 (neu 2-seitig)
akkreditiert:	24.11.2004 (AOK) 24.11.2004 (Knappschaft)
Gültigkeitsbereich	KVBB
Vertragspartner	<u>Altvertrag:</u> KVBB, Landeskrankenhausgesellschaft Bbg., AOK, IKK, BKK-LV Ost, VdAK/AEV, Knappschaft, LKK <u>Neuvertrag:</u> KVBB, AOK, VdAK/AEV, BKK-LV Ost, IKK, Knappschaft, LKK
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	167
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	167
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	76 *)
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	1.052 (Stand 30.09.2005/ III. Quartal 2005)
Bemerkungen: *) darunter fachgleiche Gemeinschaftspraxen mit mehr als einem Arzt	

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.09.2004
akkreditiert:	20.10.2004 (AOK)
Gültigkeitsbereich	KVBB
Vertragspartner	AOK, VdAK/AEV, BKK-LV Ost, IKK, LKK, Knappschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	1.158
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	1.144
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	47
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	3
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	948 *)
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	696
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht Insulin spritzen	627
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die Insulin spritzen	375
- darunter MEDIAS 2-Schulungen	16
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	271
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	25.832 (Stand 30.09.2005/ III. Quartal 2005)
Bemerkungen: *) darunter fachgleiche Gemeinschaftspraxen mit mehr als einem Arzt	

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.04.2005
akkreditiert:	noch nicht akkreditiert
Gültigkeitsbereich	KVBB
Vertragspartner	KVBB, AOK, VdAK/AEV, BKK-LV Ost, IKK,

	Knappschaft, LKK
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	41
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	41
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	41
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	41
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	41
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	27
Programme für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1	
- Diabetes bei Kinder	4
- Jugendliche mit Diabetes	12
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	1.922
Bemerkungen:	

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten	
gültig seit:	noch in Verhandlung
akkreditiert:	
Gültigkeitsbereich	
Vertragspartner	Kassenartenübergreifend

3.6 Herzschrittmacherkontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen besitzen. Diese Qualifikation konnte bis zum 31.03.2005 in zwei Stufen erworben werden. Die Erste betrifft die Überprüfung der Reizbeantwortung und -wahrnehmung sowie die Beurteilung der Batteriekapazität, die Zweite die komplette Funktionsanalyse der programmierbaren Parameter, ggf. einschließlich Umprogrammierung und – falls vorhanden – telemetrischer Abfragen. Mit der Einführung des neuen EBM 2000plus zum 01.04.2005 gibt es nur noch die Genehmigung für die komplette Herzschrittmacherkontrolle. Damit konnten Ärzte, die nur über die Genehmigung der ersten Stufe verfügten, die entsprechenden Leistungen nicht mehr abrechnen.

Die Qualitätssicherungsrichtlinie zur Herzschrittmacherkontrolle wird derzeit überarbeitet, mit einer Aktualisierung wird im Laufe des Jahres 2006 gerechnet.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2005	62
Anzahl beschiedene Anträge (neu)	12
- davon Anzahl Genehmigungen	12
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung einer bestehenden Genehmigung um die Funktionsanalyse	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.7 Invasive Kardiologie

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, anhand derer die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie, d.h. Katheterisierungen (Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen), in der vertragsärztlichen Versorgung.

In dieser seit dem 01.10.1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung erstmals an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 01.10.1999			
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)			
Geltungsbereich	bundeseinheitlich			
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2005	31.12.2005		
	keine			
Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2005	31.12.2005		
	5	5		
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu		Erneut (§7 Abs.2 Nr.3)	
	0		0	
	Gesamt	ges. + therap.	therap.	
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0			

3. Qualitätssicherung

Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100- 129	130- 149	150- 169	170- 199	>199
	2					3
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	1		1			
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5122 / 34292)	<33	33- 42	43- 49	50- 56	57- 66	>66
	2				3	
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)				2		

3.8 Kernspintomographie

Diese Vereinbarung sichert die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie. In ihr sind unter anderem die Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Neben der persönlichen Qualifikation sind apparatetechnische Mindestanforderungen zu erfüllen.

Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanzmammographie (MRM). So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.10.2001
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31.12.2005	32
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.2005	2
Anzahl beschiedene Anträge (allgemeine MRT)	7
- davon Anzahl Genehmigungen	7
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	3
- davon bestanden	3
- davon nicht bestanden	0
Anzahl beschiedene Anträge (MRM)	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl jährl. Nachweise nach § 4a Abs. 2	2
- mind. 50 Untersuchungen	2
- weniger als 50 Untersuchungen	0

3.9 Koloskopie

Der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde zum 1. Oktober 2002 um die Koloskopie erweitert. Diese kann im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von Personen ab dem 55. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig mit der Einführung der Früherkennungskoloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet.

Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie, zentraler Punkt der Koloskopievereinbarung ist eine Frequenzregelung. So kann die Genehmigung nur aufrechterhalten werden, wenn der Arzt innerhalb eines Jahres eine Mindestfrequenz von 200 totalen Koloskopien, davon mindestens 10 mit Polypektomien nachweisen kann. Neu in dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskope durchgeführt werden.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.2002		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	01.01.2005 3	31.12.2005 1	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2005 89	31.12.2005 82	
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)	
	0	0	
	- davon Anzahl Genehmigungen	0	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 (kurative und präventive Koloskopie)	Neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)	
	8	0	
	- davon Anzahl Genehmigungen	8	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	1		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen ...	Nichterreich en Mindestzahl tot. Koloskop.	Nichterreich en Mindestzahl tot. Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygiene-qualität
	0	0	0

Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	17					
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM alt Nr. 156, 764 EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
	13	10	2	4	7	51
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben*)	13	10	2			
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,)	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	4	4	2	1	5	71
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben*)	4	4	2	0	0	0
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter Einrichtungen	84					
Anzahl der Prüfungen	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs.3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs.8a)**	3. Prüf. (6 Wo.) (§7 Abs.8c Nr.1)			
	163	3	0			

3.10 Künstliche Befruchtung

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dürfen zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchführen denen die zuständigen Behörden gemäß § 121 a SGB V (in den meisten Ländern sind dies die Ärztekammern) eine Genehmigung erteilt haben. Dies gilt auch für Inseminationen, wenn sie nach Stimulationsverfahren erfolgen. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten auch ohne Genehmigung durchgeführt werden. Vor Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (Ausnahme: Insemination nach 10.1 der Richtlinien, also Inseminationen ohne hormonelle Stimulation mit Gonadotropinen) muss eine Beratung erfolgen, diese erfordert die Erfüllung der Voraussetzungen zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung.

Voraussetzung für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist neben der Altersbegrenzung (ab 25.- bis 40. Lebensjahr bei der Frau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahr beim Mann) die gesetzlich vorgeschriebene Beratung des Paares (Ausnahme siehe oben) und ein zu erstellender Behandlungsplan, der von der Krankenkasse genehmigt werden muss, da nur noch 50 % der Kosten übernommen werden. Die Beratung darf nicht von dem Arzt durchgeführt werden, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.

Die Richtlinien über künstliche Befruchtung setzen die vom Gesetzgeber in § 27a SGB V festgelegten Vorgaben um. Die letzte Richtlinienänderung erfolgte durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses 15. November 2005, dieser Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und ist am 15. Februar 2006 in Kraft getreten. (Konkretisierung des Anspruchs auf Maßnahmen, Anzahl der Zyklen).

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung	gültig seit: 01.10.1990 zuletzt geändert: 15.02.2006
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit § 135 Abs.1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2005	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2005	1

3.11 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels O III und Leistungen des Kapitels B des alten EBM bzw. ab dem 1. April 2005 des Kapitels 32.3 bzw. Kapitel 1.7 des EBM 2000plus. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Erstantrag, außer für die explizit im Anhang zu Abschnitt E genannten Ärzte, obligatorisch. Dem Antrag sind erforderliche Zeugnisse und Bescheinigungen sowie ggf. ein Fachkundenachweis für Laboruntersuchungen beizulegen.

Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung	gültig seit: 09.05.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der BÄK
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31.12.2005	368
Anzahl beschiedene Anträge	44
- davon Anzahl Genehmigungen	44
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	4
- davon bestanden	4
- davon nicht bestanden	0

Ringversuche

Die Qualität der in ärztlichen Praxen durchgeführten Laboruntersuchungen wird durch Maßnahmen der **internen** und **externen** Qualitätssicherung gewährleistet, welche nicht nur von Laborärzten zu beachten sind, sondern von allen Fachgruppen mit eigenem Praxislabor. Die interne Qualitätssicherung dient der laufenden Überwachung der analytischen Arbeiten im Labor und der Überprüfung des Analysesystems. Die externe Qualitätssicherung wird durch Ringversuche sichergestellt. Die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen wird durch Ausstellung eines Zertifikates bestätigt, das Voraussetzung der Abrechnung der jeweiligen Laborleistung ist.

Im Bereich der **Klinischen Chemie** sind das Medizinproduktegesetz und die „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ Grundlagen der Qualitätssicherung im Labor. Maßnahmen der internen Qualitätssicherung erstrecken sich auf insgesamt 53 Analysen von Albumin bis Valproinsäure und reichen im Bereich der nicht patientennahen Sofortdiagnostik von der Durchführung und Bewertung einer Kontrollprobeneinzelmessung bis zur Erstellung der laborinternen Fehlergrenzen und Anlage einer Kontrollkarte. In jeder Analysenserie ist eine Richtigkeitskontrollprobe zu messen. Qualitätssichernde Maßnahmen bei Laboruntersuchungen in der patientennahen Sofortdiagnostik umfassen eine Kontrollprobenmessung mindestens einmal pro Woche, in der Patientenproben untersucht werden, und eine ausführliche Protokollierung dieses Vorgangs. Die Unterlagen der im Rahmen der internen Qualitätssicherung ermittelten Messergebnisse sind 5 Jahre in der Praxis aufzubewahren. Im Hinblick auf die externe Qualitätssicherung schreiben die vorgenannten Richtlinien der Bundesärztekammer vier Ringversuche jährlich für eine Vielzahl von Laborparametern vor, soweit sie in eigener Praxis bestimmt werden. Die erfolgreiche Teilnahme wird durch die Ausstellung eines Zertifikates bestätigt, welches 6 Monate Gültigkeit hat. Eine Ausfertigung dieses Zertifikates ist fünf Jahre in der Praxis aufzubewahren.

Im Bereich der **Immunhämatologie** sind die Richtlinien der Bundesärztekammer zur „Qualitätssicherung in der Immunhämatologie“ und zur „Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen. Die interne Qualitätskontrolle umfasst einen allgemeinen und speziellen Teil, letzterer verpflichtet u.a. zur mindestens wöchentlichen Überprüfung der Aktivität und Spezifität der Antiseren Anti-A, Anti-B und Anti-AB mit Erythrozyten der Blutgruppen A1, A2, B und 0. Die Teilnahme an Ringversuchen ist in der Immunhämatologie mindestens zweimal jährlich vorgeschrieben und umfasst zumindest diejenigen immunhämatologischen Untersuchungen, welche in den „Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion“ der Bundesärztekammer vorgeschrieben sind. Die erfolgreiche Teilnahme am Ringversuch wird durch die Ausstellung eines Zertifikates bestätigt, welches 12 Monate Gültigkeit hat. Eine Ausfertigung des Zertifikates ist 5 Jahre in der Praxis aufzubewahren.

Im Bereich der **Mikrobiologie** bilden die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Mikrobiologie“ die Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen. Die externe Qualitätskontrolle umfasst auch hier die Verpflichtung zur Teilnahme an mindestens zwei Ringversuchen im Jahr, die je nach unterschiedlicher Qualifikation der Laborleiter in zwei Kategorien gegliedert sind. Das nach erfolgreicher Absolvierung des Ringversuches erteilte Zertifikat hat 12 Monate Gültigkeit und ist 5 Jahre in der Praxis aufzubewahren.

3.12 Langzeit-EKG-Untersuchung

Die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographische-Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31.12.2005	101
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2005	351
Anzahl beschiedene Anträge	29
- davon Anzahl Genehmigungen	29
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	Ausgesetzt

3.13 Medizinische Rehabilitation

Am 1. April 2004 ist die neu gefasste Vereinbarung „Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien)“ in Kraft getreten. Die Richtlinie gibt ein strukturiertes Verfahren zur Einleitung von ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Krankenkassen sind, vor. Medizinische Grundlage der Richtlinie bildet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO.

Nicht Gegenstand der Regelungskompetenz dieser Richtlinien sind beispielsweise die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB, die Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt sowie Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals BfA bzw. LVA) ist.

Hält der behandelnde Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme für angezeigt und erfolgversprechend, teilt er dies der Krankenkasse mittels Muster 60 mit. Die Krankenkasse prüft ihre Zuständigkeit und ob der Versicherte bereits früher eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hat. Bei Kostenträgerschaft der GKV stellt die Krankenkasse dem Vertragsarzt ein vierseitiges Formular (Muster 61) zur Verfügung, in dem u. a. Anamnese, Krankheitsbild und Fähigkeitsstörungen sowie eine Übersicht über bereits erfolgte Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen festgehalten werden. Die Krankenkasse entscheidet dann über Genehmigung bzw. Ablehnung des Antrages.

§ 11 Rehabilitations-Richtlinien regelt, welche Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen dürfen. Die Qualifikation kann u. a. durch eine 16-stündige Fortbildung erworben werden. Zu den Inhalten der o. g. Fortbildungen wurde ein Curriculum „Rehabilitation“ zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart. Um Engpässe in der Versorgung zu vermeiden und Ärzten ausreichend Zeit für ggf. notwendige Fortbildungen zu geben, wurde eine Übergangsregelung geschaffen. Hiernach können wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen bis zum 31. März 2007 (ohne besondere Genehmigung) vorgenommen und abgerechnet werden.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	gültig seit: 01.04.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	171
Anzahl Fortbildungsveranstaltungen 2005 **)	2
Bemerkungen: **) Angeboten durch die LÄK	

3.14 Onkologie-Vereinbarung

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene **Zusatzvereinbarung** mit den Ersatzkassen über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung. Auf regionaler Ebene wurden entsprechende Vereinbarungen mit der AOK Brandenburg, dem BKK-Landesverband Ost und der IKK Brandenburg und Berlin abgeschlossen.

Ziel dieser Vereinbarung ist die wohnortnahe, ambulante Behandlung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt voraus, dass der Vertragsarzt nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordiniert.

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens 2-jährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung an einem Tumorzentrum oder einem onkologischem Schwerpunkt nachweisen. Er muss insbesondere den Nachweis erbringen, in der Anwendung von zytostatischen Substanzen, Zytokinen und Hormonpräparaten besonders erfahren zu sein. Für die Durchführung einer intravasalen zytostatischen Therapie sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen: beispielsweise die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“ bzw. die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen mehrerer hundert durchgeführter Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Die Behandlung krebserkrankter Patienten kann jeder Arzt in Ausübung seines Fachgebietes durchführen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, den Vertrag zu erfüllen.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung – bundesweit gültig für EK	gültig seit: 01.07.1995 zuletzt geändert 01.01.2002
Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung – landesspezifisch mit AOK	gültig seit: 10.12.1992
Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung- landesspezifisch mit IKK	gültig seit: 13.02.1995
Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung – landesspezifisch mit BKK	gültig seit: 03.05.1995

3. Qualitätssicherung

Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V Anlage 7 BMV EKV
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK/AEV und Versicherte der AOK/IKK/BKK auf Landesebene
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	82
Anzahl beschiedene Anträge	6
- davon Anzahl Genehmigungen	6
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Bemerkungen	Bezug in § 9 Abs. 3 auf § 135 Abs. 3 SGB V. § 135 Abs. 3 wurde mit GKV-Gesundheits- reformgesetz 2000-E in § 136 a und b übernommen

3.15 Otoakustische Emissionen

Die Messung otoakustischer Emissionen ist eine moderne Diagnosemethode bei der Abklärung von Hörstörungen. Innerhalb eines bestimmten Rahmens ermöglicht sie objektive Aussagen über die Innenohrfunktion und im Ausschlussverfahren auch über nervale Funktionen der Hörbahn.

Anträge zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen können nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung "Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde" oder der "Phoniatrie und Pädaudiologie" gestellt werden, eine Genehmigung kann von der KV erteilt werden, wenn zudem eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorliegt, welche die in der Richtlinie beschriebenen Bedingungen umfasst.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen	gültig seit: 24.11.1995
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	64
Anzahl beschiedene Anträge	7
- davon Anzahl Genehmigungen	7
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.16 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Diese Vereinbarung dient der Qualitätssicherung der photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer chorioidaler Neovaskularisation. Antragsberechtigt sind Ärzte, die über die Gebietsbezeichnung "Augenheilkunde" hinaus eine zusätzliche Qualifikation nachweisen.
 Nach Erteilung der Genehmigung ist die Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie an die jährliche Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 01.08.2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2005 und Stand 31.12.2005	01.01.2005	31.12.2005	
	9	8	
Anzahl beschiedene Anträge in 2005	neu	Erneut gem. § 7 Abs. 6	
	1	0	
- davon Anzahl Anzahl Genehmigungen	1		
- davon Anzahl Ablehnungen	0		
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen / Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1. Überprüfung (\$ 7 Abs.5)	2. Überprüfung (\$7 Abs. 5 S.1)	3. Überprüfung (\$7 Abs. 5 S.2)
	8	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 7 Abs. 5 S. 3	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2 Ende der Ermächtigung		

3.17 Psychotherapie

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die KV voraus. Die Vereinbarung beinhaltet neben den

- drei Richtlinienverfahren (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie)

auch die

- psychosomatische Grundversorgung (verbale Interventionen, übende (Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation) und suggestive Techniken (Hypnose).

Die Feststellung der Leistungspflicht erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag des Versicherten. Eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie ist durch den Therapeuten zu begründen. Ein Therapeut kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Befreiung von dieser Begründungspflicht beantragen. Die Durchführung einer Psychotherapie (als so genannte Langzeittherapie) ist dagegen immer an ein Gutachterverfahren gebunden.

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 07.02.2005
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	90
- davon Anzahl Genehmigungen	90
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0

Genehmigungen zu den Richtlinienverfahren , Stand 31.12.2005			
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31.12.2005	277		
- davon Ärzte	94		
im Einzelnen			
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
- Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	142	41	21
- davon Ärzte	69	22	6
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	111	49	16
- davon Ärzte	23	10	8
- Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	23	6	6
- davon Ärzte	10	4	0
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	61		
- davon Ärzte	28		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	10		
- davon Ärzte	5		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	53		
- davon Ärzte	18		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	Einzeltherapie	Gruppen-therapie	nur für Kinder und Jugendliche
	179	12	8
- davon Ärzte	33	7	1

Genehmigungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung , Stand 31.12.2005	
- Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	2822
- Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	416
- davon Ärzte	287
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobsonischen Relaxation	126
- davon Ärzte	46
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	168
- davon Ärzte	102

* gemeint sind Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie sowie Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse

3.18 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Die am 1. April 2005 neu in Kraft getretene Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage A Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) definiert.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 11.11.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.03.2005	47
Bemerkungen	keine

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	gültig seit: 01.04.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2005	54
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	43
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	11
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie	4
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	11
- davon Anzahl Genehmigungen	11
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien (Polysomnographie)	3

3. Qualitätssicherung

- davon bestanden	3
- davon nicht bestanden	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	
Anzahl geprüfter Ärzte	6
- davon ohne Beanstandung	4
- davon mit leichten Beanstandungen	2
- davon mit schweren Beanstandungen	0

3.19 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (z. B. operativen Eingriffen) oder vorangegangenen Traumen oder ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen.

Die Schmerztherapievereinbarung dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung. Die Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie folgender Patientengruppen:

1. Chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat. Diese Verselbstständigung des Schmerzleidens führt zu psychopathologischen Veränderungen. Der Schmerz wird für diese Patienten zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens.
2. Chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist (z. B. bei einem inkurablen Grundleiden).

Nach dieser Vereinbarung muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung eine Zusatzweiterbildung mit differenzierten Zeugnissen oder Bescheinigungen sowie die Qualifikation zur Psychosomatischen Grundversorgung nachweisen. Ebenfalls sind apparativ-technische und räumliche Voraussetzungen zu erfüllen. Darüber hinaus muss sich der Schmerztherapeut verpflichten, jährlich an mindestens acht interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilzunehmen, eine entsprechende Dokumentation der Qualitätssicherungskommission zur Prüfung vorzulegen sowie an vier Tage pro Woche mindestens vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten. Ferner ist der Nachweis zu erbringen, dass der Arzt in seiner Praxis überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandelt.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)	gültig seit: 01.04.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs, 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	64
Anzahl beschiedene Anträge	64
- davon Anzahl Genehmigungen gem. § 2	0
- davon Anzahl Genehmigungen gem. § 13	64
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.20 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.

Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sog. Praxisteam (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet. Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie von Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mind. 2-jähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt werden.

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Vereinbarung mit den Ersatzkassen. Eine gleichlautende Vereinbarungen wurden in Brandenburg auch für den BKK-Landesverband Ost getroffen.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.07.1994
Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit dem BKK-Landesverband Ost	01.01.2004
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV)
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK / AEV/BKK-Landesverband Ost
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	8
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.21 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.

Allein die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antrag stellende Arzt berechtigt ist, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern und die Therapie ggf. abzubrechen.

Die soziotherapeutischen Leistungserbringer (i. d. R. Sozialpsychiatrische Dienste) haben Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen und rechnen ihre Leistungen direkt mit den Kassen ab.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)	gültig seit: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 37 a SGB V i.V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2005	8
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	1
Bemerkungen	Von der AG der KK sind im Land Brandenburg gegenwärtig 2 soziotherapeutische Leistungserbringer benannt

3.22 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt gegenüber der KV die in der Richtlinie beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen, außerdem muss er die Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzen.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	gültig seit: 24.11.1995 zuletzt geändert 22.03.2000
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	10
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.23 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)

Die auf Bundesebene gemäß §135 Abs. 2 SGB V geschlossenen Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie, und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie umfasst die Bereiche:

- Allgemeine Röntgendiagnostik
- Mammographie
- Computertomographie
- Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden, hierbei werden die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zu den Prüfungen herangezogen. Wurden die fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, müssen diese in einem Kolloquium nachgewiesen werden.

Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung (RöV) und der Strahlenschutzverordnung (StrSchV), die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen von allen Antragstellern die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachgewiesen werden.

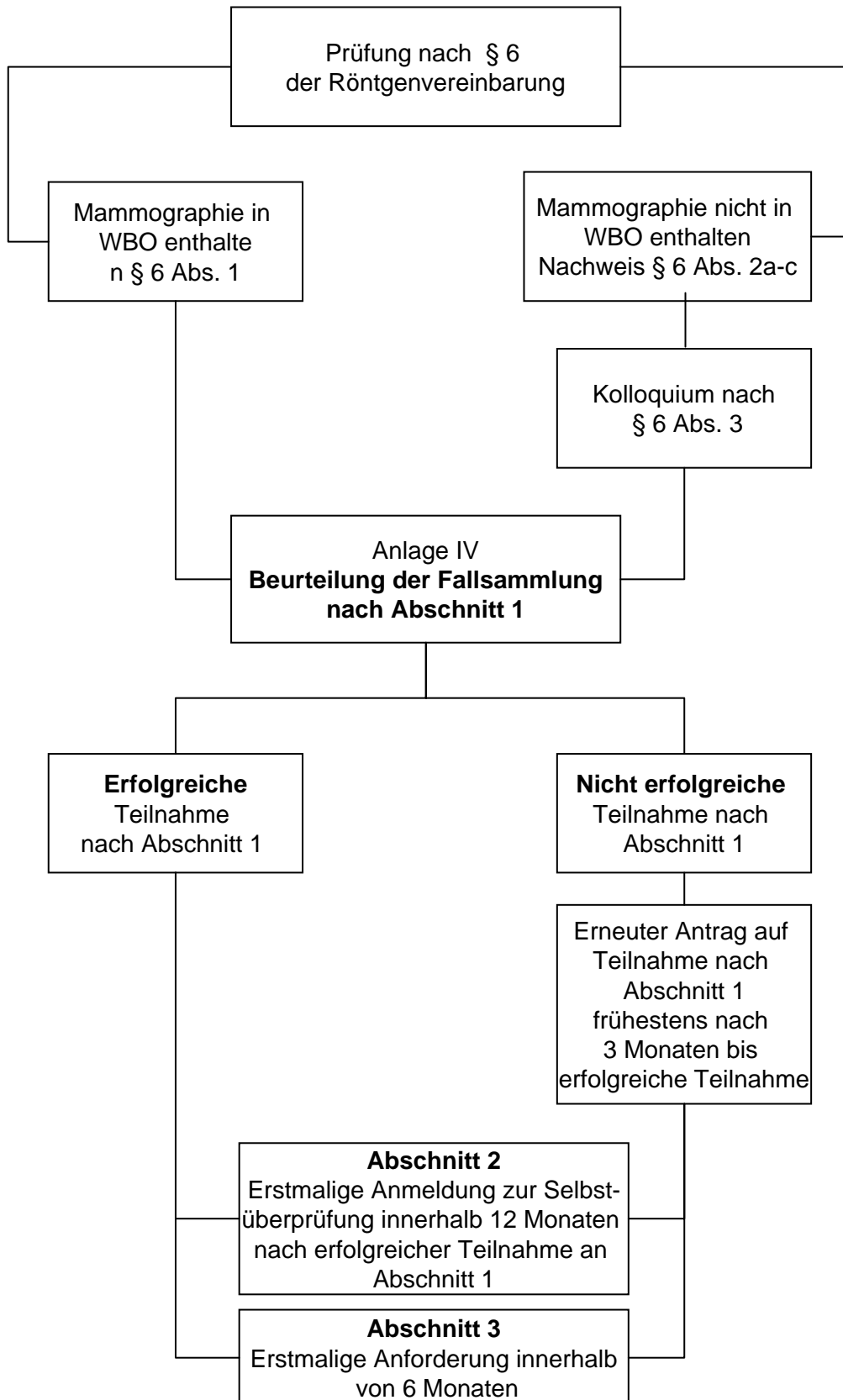
Besondere Regelungen gelten seit dem 01.04.2002 für die Ausführung und Abrechnung der Mammographie. Über die bereits in der bisherigen Vereinbarung bestehenden Regelungen hinaus müssen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung beantragen, erfolgreich an der Beurteilung einer Prüfsammlung teilgenommen haben. Nach erfolgreicher Beurteilung dieser Überprüfung erfolgt eine jährliche Selbstüberprüfung. Des weiteren findet eine regelmäßige Überprüfung der Dokumentationen statt.

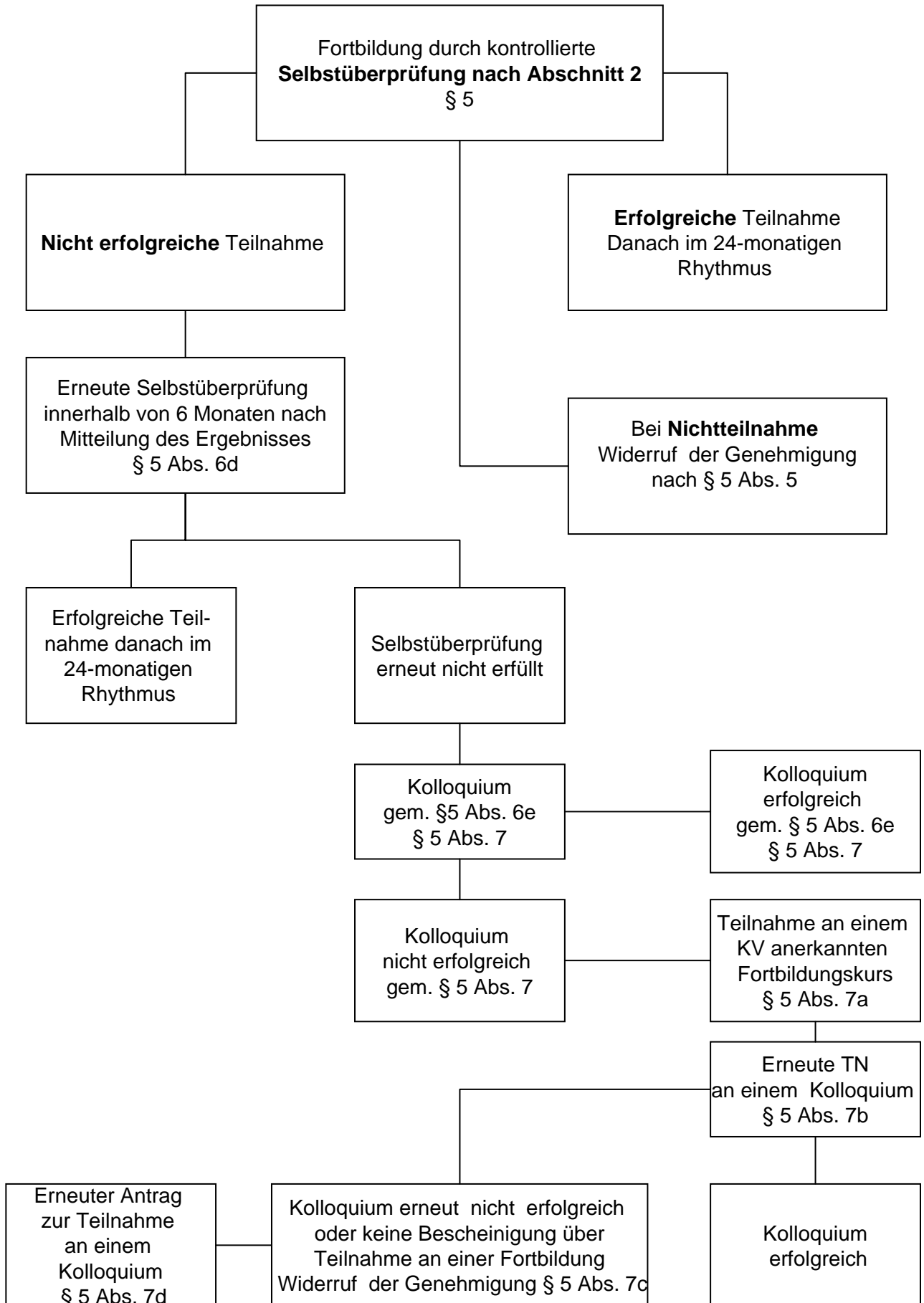
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.08.2005	Diagnostische Radiologie	Mammographie	Computertomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
	Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Anlage IV Anlage I - Klasse VII	Anlage I - Klasse VIII	Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Anlage II	Anlage III nach Klassen I-V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	594		101	57	8	27
Anzahl beschiedene Anträge	27		10	3	0	1
- davon Anzahl Genehmigungen	27		10	3		1
- davon Anzahl Ablehnungen	0		0	0		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0		0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3		4	0	0	0
Anzahl Kolloquien	0		0	1	0	0
- davon bestanden				1		
- davon nicht bestanden				0		
Einzelfallprüfung nach Stichproben						
Anzahl geprüfter Ärzte	16		6	0	0	0
- davon ohne Beanstandung	4		2			
- davon mit leichten Beanstandungen	11		4			
- davon mit schweren Beanstandungen	1		0			
Bemerkungen	16 Praxen mit 24 Ärzten	siehe gesonderte Tabelle	6 Praxen mit 14 Ärzten			

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 01.04.1993	
hier: Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII	zuletzt geändert: 01.08.2005	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	62	
Anzahl beschiedener Anträge	2	
- davon Anzahl Genehmigungen	2	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3)	0	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	0	0
	- davon bestanden	
- davon nicht bestanden		
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§ 7 Abs.2 Buchst.b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	Weitere Selbstüberprüfungen
	xx	Xx
	- davon erfolgreiche Teilnahme	Xx
- davon nicht erfolgreiche Teilnahme	xx	Xx
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 5 Abs. 6e / § 5 Abs. 7b)	Xx	
Widerruf der Genehmigung (§ 5 Abs. 7c)	Xx	
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 5 Abs. 5)	Xx	
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	57	1
	- davon erfüllt	1
- davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	0	0
- davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	2	0
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	0	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der	0	

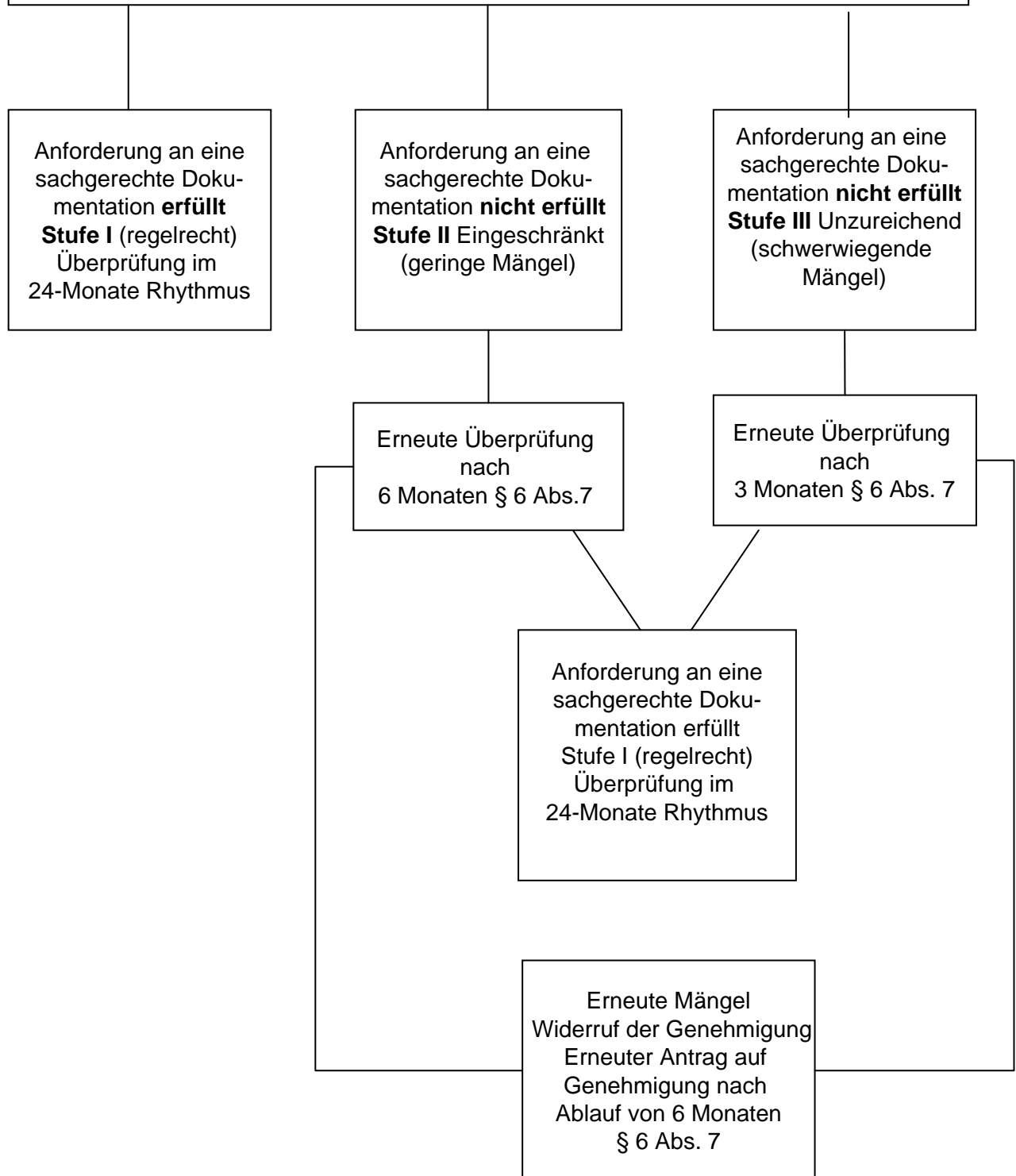
Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	
Bemerkungen: xx für 2005 nicht relevant, Überprüfungen aus 2004 waren ohne Sanktionen	

Schaudiagramme zu den Prüfungen zur kurativen Mammographie





Abschnitt 3
Überprüfung der ärztlichen Dokumentation
§ 6



3.24 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BUB-Richtlinien, Anlage A), sind von 1991 bis 2002 mehrfach geändert worden. Mit der jüngsten umfassenden Überarbeitung (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31. Dezember 2002 und zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten) ergaben sich nachfolgende Änderungen:

- Der qualifizierte Arzt entscheidet über das Vorliegen der Substitutions-Indikation. Das heißt, das bisherige Antrags- und Bewilligungsverfahren durch die Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung entfällt und wird durch das Meldeverfahren ersetzt.
- Zur Substitutionsbehandlung sind grundsätzlich nur qualifizierte Ärzte mit der Zusatzqualifikation Suchtmedizinische Grundversorgung zugelassen. Diese Ärzte entscheiden über den Beginn und die Fortsetzung einer Substitutionsbehandlung.
- Der substituierende Arzt muss für jeden substituierten Patienten zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellen (das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht) und den Verlauf daran kritisch überprüfen.
- Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Behandlungsfällen pro Quartal.
- Abweichend von den Stichproben-Überprüfungen sind der Kommission Substitutionsbehandlungen bei Jugendlichen, bei Abhängigkeitsdauer von weniger als zwei Jahren oder bei einer Codein/Dihydrocodein(DHC)-Substitution unmittelbar bei Therapiebeginn zu melden.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 01.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005*	22
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0
- davon Anzahl Genehmigungen	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	0
Stichprobenprüfung der Dokumentation nach § 9 (3 und 4) (Ärzte/Fälle)	1/1
- davon ohne Beanstandungen	1
- davon mit Beanstandungen	0
Anzahl der "5-Jahres-Überprüfungen-Patienten" nach § 9 der Richtlinie	0
Anzahl Patienten im Jahr 2005	68
Anzahl Patientenan- und -abmeldungen	90
Bemerkungen: *ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen	
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	1

3.25 Ultraschalldiagnostik

Die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Die Genehmigung ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) vom 10.02.1993 in der Fassung vom 10.06.1996 zu erteilen. Die Genehmigungsvoraussetzung ist die Erfüllung der fachlichen Qualifikation nach § 4, § 5 bzw. § 6 der Ultraschall-Vereinbarung und der Nachweis der apparativen Ausstattung durch eine Gerätebestätigung der Hersteller-/Lieferfirma.

Die Genehmigung kann für insgesamt 31 verschiedene Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei 3 Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch die fachliche Qualifikation zwischen Erwachsenen und Kindern. Soll die fachliche Qualifikation für Kinder nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei Kindern durchgeführt wurden.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 31.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2005*	1132 Herz 125 / Gefäße – 220
Anzahl beschiedene Anträge***	171
- davon Anzahl Genehmigungen	171
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen***	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung***	0
Anzahl Kolloquien	36
- davon bestanden	34
- davon nicht bestanden	2
Einzelfallprüfung nach Stichproben	203
Anzahl geprüfter Ärzte	21
- davon ohne Beanstandung	154
- davon mit leichten Beanstandungen	49
- davon mit schweren Beanstandungen	0
Bemerkungen: * Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen *** (Teil-)genehmigungen nicht Anzahl Ärzte	

Genehmigungsbereiche

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	41
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	20
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	20
3 Nasennebenhöhlen	78
4 Gesichtswichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	102
5 Schilddrüse	477
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	108
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	105
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	
6.3 Belastungs-Echokardiographie	22
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	49
8 Brustdrüse	151
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	637
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	541
10.2 Weibl. Genitalorgane	268
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	268
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	33
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	105
13 Säuglingshüften	118
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	121
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	95
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	10
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	37
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	90
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	74

3. Qualitätssicherung

14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	92
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	5
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	7
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	24
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	58
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	1
(ggf. Anzahl Genehmigungen insgesamt wenn andere Angaben nicht möglich sind, Stand 31.12.2005)	
Bemerkung: Bitte geben an wenn Ihnen die Differenzierung in die einzelnen Anwendungsbereich nicht möglich sein sollte und nennen Sie die Gründe.	

3.26 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale

Voraussetzung für die Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale ist die Vorlage von Zeugnissen bzw. Fachkundenachweisen in der zytologischen Diagnostik, die im Rahmen der Weiterbildung erworben wurden und den Nachweis der verlangten diagnostischen Erfahrung in diesem Gebiet belegen. Die Nachweise müssen auch Angaben darüber enthalten, worauf sich Art und Umfang der Prüfung (zytologische Diagnostik) erstreckt haben. Ist dies nicht der Fall, muss eine Präparateprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (Begutachtung von 20 Präparaten) abgelegt werden, dafür stehen dem Arzt 4 Stunden Zeit zur Verfügung.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale	gültig seit: 01.07.1992 zuletzt geändert: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	20
Anzahl beschiedene Anträge	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	1
- davon bestandene Prüfungen	1
- davon nicht bestandene Prüfungen	0
Bemerkungen	
Einzelfallprüfung nach Stichproben	
Anzahl geprüfter Ärzte	1
- davon ohne Beanstandung	1

3.27 Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus

Mit Inkrafttreten des EBM 2000plus zum 1. April 2005 wurden weitere Leistungen unter Qualifikationsvorbehalt gestellt. Die fachlich-inhaltlichen Anforderungen werden entweder im EBM 2000plus selbst oder durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Im Einzelnen:

3.27.1 Chirotherapie

Gezielte chirotherapeutische Eingriffe an der Wirbelsäule und/oder an den Extremitätengelenken können nur zu Lasten der GKV durchgeführt und abgerechnet werden, wenn der durchführende Arzt über eine besondere Qualifikation verfügt und diese gegenüber der KV nachweist..

Chirotherapie	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	322
Anzahl beschiedene Anträge	18
- davon Anzahl Genehmigungen	18
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.2 Diabetischer Fuß

Die Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß kann nur durch Vertragsärzte durchgeführt und abgerechnet werden, die im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung je Quartal mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus behandelt haben und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen können. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung (Nr. 02311) auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

Diabetischer Fuß	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	175
Anzahl beschiedene Anträge	184
- davon Anzahl Genehmigungen	147
- davon Anzahl Ablehnungen	37
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.3 Funktionsstörung der Hand

Die zum 1. April 2005 neu in den Leistungskatalog der GKV eingeführten Leistungen zur Behandlung (Nr. 07330) bzw. zur Diagnostik und/oder orthopädischen Therapie (Nr. 18330) eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand können nur von Fachärzten für Chirurgie oder Plastische Chirurgie sowie Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ abgerechnet werden. Ärzte der vorgenannten Arztgruppen, die nicht über die Zusatzbezeichnung Handchirurgie verfügen, bedürfen einer Abrechnungsgenehmigung unter Nachweis der durch die zuständige KV festgelegten Qualifikationsanforderungen.

Funktionsstörung der Hand	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (07330 oder 18330), Stand 31.12.2005	119
Anzahl beschiedene Anträge	119
- davon Anzahl Genehmigungen	119
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung

Leistungen für die orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes dürfen von Vertragsärzten des Hausärztlichen Versorgungsbereiches nur dann berechnet werden, wenn sie nachweisen, dass sie diese Untersuchungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben. Interessierte Ärzte müssen auch hierfür einen Antrag bei ihrer KV stellen. Die Abrechnung dieser Positionen wird auf Antrag auch dann gewährt, wenn eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung nachgewiesen werden kann. Dies betrifft die EBM 2000plus Positionen Nr. 03350 – 03352.

Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (03350 – 03352), Stand 31.12.2005	73
Anzahl beschiedene Anträge	75
- davon Anzahl Genehmigungen	73
- davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenene Leistung nach der Nr. 01730 EBM „Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau“ nur dann abrechnen wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen des bis zum 31. März 2005 gültigen EBM abgerechnet hat.

Krebsfrüherkennung bei der Frau	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	6
Anzahl beschiedene Anträge	8
- davon Anzahl Genehmigungen	6
- davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.6 Empfängnisregelung

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistungen nach der Nrn. 01821, 01822, 01828 EBM 2000plus „Empfängnisregelung“ nur dann abrechnen wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen des bis zum 31. März 2005 gültigen EBM abgerechnet hat.

Empfängnisregelung	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (01821, 01822, 01828); Stand 31.12.2005	22
Anzahl beschiedene Anträge	22
- davon Anzahl Genehmigungen	22
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.27.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung

Seit In-Kraft-Treten des EBM 2000plus ist die Abrechnung von Leistungen der „neurophysiologischen Übungsbehandlungen“ nur für bestimmte Fachgruppen vorgesehen. Danach können Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie Neurochirurgie, Nervenheilkunde sowie Orthopädie Leistungen des Kapitels 30.3 des EBM 2000plus durchführen und abrechnen.

Vertragsärzten, die über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügen oder eine besondere Zusatzqualifikation entsprechender nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten nachweisen (gleichlautende Qualifikation wie für die Ärzte), kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

Neurophysiologische Übungsbehandlung (Leistungen nach Kapitel 30.3)	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl beschiedener Anträge, die im Zusammenhang mit dem Nachweis der Tätigkeit nichtärztlichen Personals oder einer besonderen Qualifikation des Arztes (die nicht in der Präambel aufgeführt sind) gestellt worden sind	0

3.27.8 Physikalische Therapie

Die Leistungen des Kapitels 30.4 EBM 2000plus können nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie, Neurologie, Nervenheilkunde, Chirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Ärzten mit Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie abgerechnet werden. Vertragsärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. Geprüfter Masseur, Krankengymnast oder Physiotherapeut) angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der KV nachweisen, kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

Physikalische Therapie (Leistungen nach Kapitel 30.4)	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zu Leistungen des Kapitels 30.4, Stand 31.12.2005	1054
Anzahl beschiedene Anträge*	4
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
<u>Bemerkungen:</u>	*) Anträge, die im Zusammenhang mit dem Nachweis der Tätigkeit nichtärztlichen Personals oder einer besonderen Qualifikation des Arztes (die nicht in der Präambel aufgeführt sind) gestellt worden sind

3.27.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin kann auf Antrag die Ausführung und Abrechnung von Leistungen aus anderen arztgruppenspezifischen Kapiteln genehmigt werden, wenn über die Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin hinaus eine besondere Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte nachgewiesen wird:

Endokrinologie und Diabetologie:

Wird der Nachweis über eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder - Endokrinologie und –Diabetologie kann die Abrechnung der Nr. 13350 EBM_2000plus genehmigt werden.

Gastroenterologie:

Sofern eine mindestens 18-monatige zusätzliche Weiterbildung im Bereich der Kinder-Gastroenterologie nachgewiesen wird, kann eine Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen Nrn. 13400, 13401-13402, 13410-13412, 13420-13424, 13430-13431 EBM 2000plus erteilt werden.

Hämatologie und Onkologie:

Eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Hämatologie und – Onkologie (davon mindestens 6 Monate in einem hämatoonkologischen Labor) ist nachzuweisen, um eine Genehmigung zur Abrechnung der Nrn. 13500-13502 EBM 2000plus zu erhalten.

Pneumologie:

Für die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 13650-13651, 13660-13664, 13670 und 30900 ist eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Pneumologie erforderlich.

Rheumatologie:

Wird die Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 13700 und 13701 beantragt, ist eine mindestens 18-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Rheumatologie nachzuweisen.

Neuropädiatrie:

Um neuropädiatrische Leistungen nach den Nrn. 16310, 16311, 16320, 16321, 16322 EBM 2000plus abrechnen zu können, ist der Nachweis über eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Neuropädiatrie zu erbringen.

Nephrologie:

Für die Abrechnung nach den Leistungen nach den Nrn. 13600,-13602, 13610-13612, 13620 und 13621 ist eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Nephrologie nachzuweisen.

Kardiologie

Sofern ein Antragsteller über den Schwerpunkt Kinder-Kardiologie verfügt, können die Leistungen nach den Nrn. 13550-13552, 13560 und 13561 abgerechnet werden.

4 Ausblick

Auch für das Geschäftsjahr 2006 sind eine Reihe von Änderungen zu erwarten. Hierzu gehören zum Beispiel die Überarbeitungen der Richtlinien zur Zytologie oder photodynamischen Therapie.

4.1 Herzschrittmacher

Mit Einführung des EBM 2000plus wurde die Differenzierung der ärztlichen Leistungen bezüglich der Herzschrittmacher (Überprüfung des Batteriezustandes, Funktionsanalyse) aufgehoben, die Richtlinien werden diesem Sachverhalt derzeit angepasst.

4.2 Zytologie

Die bestehende Regelung der Bundesmantelverträge zur Strukturqualität gemäß §135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGBV zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale) bezieht sich auf die Qualifikationsvoraussetzungen der zytologisch tätigen Ärzte und beinhaltet eine einmalige Prüfung anhand einer Präparatesammlung. Bundesweit einheitliche Regelungen zu Maßnahmen der Prozess- und Ergebnisqualität zytologischer Untersuchungen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms, auch eine einheitliche Regelung zur Strukturqualität nichtärztlicher Befundung besteht nicht. Daten aus aktuellen in Deutschland durchgeführten klinischen Studien und zurückliegende regionale Auswertungen von Jahresberichten zytologischer Laboratorien in Deutschland weisen auf eine weite Variationsbreite der Befundqualität hin.

Der Gemeinsame Ausschuss Qualitätssicherung berät derzeit dieses Thema. Eckpunkte der Beratung sind die personellen und apparativen Anforderungen - Prozessqualität und die Darstellung der Ergebnisqualität. Eine Beschlussfassung wird im Laufe des Jahres 2006 erwartet.

4.3 Flexible Endoskopien

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie ist seit dem 1. Oktober 2002 in Kraft. Neben Eingangsvoraussetzungen und einer Frequenzregelung beinhaltet sie auch Auflagen zur Überprüfung der Hygienequalität. Auswertungen dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere zur Verbesserung der Hygienequalität haben die Effektivität dieser Regelungen gezeigt. Vor diesem Hintergrund wurde im Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung vereinbart, entsprechende Regelungen auch für andere flexible Endoskopien (Gastroskopie, Zystoskopie, Bronchoskopie) zu schaffen. Die Arbeiten hierzu wurden bereits aufgenommen, Beschlüsse werden im Laufe des Jahres 2006 erwartet. Ein Schwerpunkt dieser Vereinbarungen wird ebenfalls die Überprüfung der Hygienequalität sein. In wieweit auch Frequenzregelungen für die verschiedenen Bereiche getroffen werden ist zur Zeit noch offen.

4.4 Photodynamische Therapie (PDT)

Seit dem 1. August 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer choriodaler Neovaskularisation Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Nach einer

Indikationsausweitung der FDA Zulassung und nachfolgend der EMEA befasst sich der Gemeinsame Bundesausschuss derzeit erneut mit der Photodynamische Therapie.

Beschlüsse hierzu werden Anfang 2006 erwartet, die Qualitätssicherungsrichtlinie wird auf diese Beschlüsse anzupassen sein.

4.5 Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie sind seit dem 1. April 1993 in Kraft. In ihr wurden zunächst Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und ab dem 1. Oktober 2001 auch für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanzmammographie (MRM). So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt und die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist an eine Frequenzregelung gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

Mit der Magnetresonanz-Angiographie (MRA) ist mit Aufnahme in den EBM zum 1. Juli 2005 eine entsprechend dem medizinischen Fortschritt angepasste Leistung in die vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen worden. Es handelt sich dabei um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Die MRA stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Katheter in eine Schlagader eingeführt werden muss noch zur Bilderzeugung Röntgenstrahlen und jodhaltiges Kontrastmittel benötigt wird. Da die MRA jedoch keine therapeutische Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

Der Gemeinsame Ausschuss Qualitätssicherung hat daher die Neufassung einer QS-Vereinbarung "MRT-Angiographie" beschlossen. Die Beratungen laufen und werden 2006 abgeschlossen werden. Im Fokus der Qualitätssicherungsmaßnahmen steht die Überprüfung der Dokumentation, insbesondere hinsichtlich der Indikationsstellung .

4.6 Dialyse

In Deutschland werden jährlich 10.000 Patienten dialysepflichtig. Pro Jahr werden circa 60.000 Patienten mit Hilfe der Dialyse in circa 1.000 Einrichtungen behandelt. Insgesamt werden hierfür rund zwei Milliarden Euro ausgegeben. Durch Anforderungen an die Ausbildung der behandelnden Ärzte und die zur Anwendung kommenden Geräte wird schon heute ein angemessenes Qualitätsniveau erzielt. Künftig soll diese Qualität durch die Erhebung von Qualitätsindikatoren, beispielsweise der Dialysedauer und –frequenz transparent gemacht werden. Alle Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten regelmäßige Rückmeldeberichte, die ihnen den erreichten Qualitätsstandard im Vergleich zu den anderen Einrichtungen mitteilen. Dialysekommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden informiert, ob einzelne Einrichtungen im Gesamtvergleich deutlich auffallen und gegebenenfalls einer tiefer gehenden Überprüfung unterzogen werden müssen. Das System befindet sich derzeit im Aufbau. Es wird derzeit davon ausgegangen, dass im Laufe des Jahres 2006 mit dem Start in der Fläche begonnen werden kann.

5.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Mit dem neuen Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurden die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zum 1. Januar 2004 verpflichtet ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a SGB V). Die genaue Ausgestaltung dieser gesetzlichen Forderung hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung formuliert und in seiner Sitzung vom 18. Oktober 2005 verabschiedet. Die Richtlinie wurde inzwischen auch vom Bundesministerium für Gesundheit ohne Änderungen genehmigt und ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten. Den genauen Wortlaut der Richtlinie können Sie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschuss nachlesen:

[www.g-ba.de / Vertragsärztliche Versorgung / Richtlinien / Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung.](http://www.g-ba.de/Vertragsaerztliche_Versorgung/Richtlinien/Qualitaetsmanagement-Richtlinie_vertragsaerztliche_Versorgung)
(http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=215)

Die Richtlinie definiert Grundelemente und Instrumente sowie die zeitlichen Phasen der Einführung und Umsetzung von QM in den Praxen. Eine Zertifizierung ist ebenso wenig gefordert wie die Einführung eines bestimmten Qualitätsmanagementsystems. Der zeitliche Ablauf gliedert sich in drei Stufen. Danach sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2009 ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement im Sinne der Richtlinie in Ihrer Praxis einzuführen und bis zum 31. Dezember 2010 zumindest eine Selbstbewertung des eingeführten Qualitätsmanagements durchzuführen. Für die Einführungsphase bis zum 31. Dezember 2009 sieht die Richtlinie eine Unterteilung in den Planungs- und Umsetzungszeitraum vor. Danach sind die Planungen zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements bis zum 31. Dezember 2007 abzuschließen, die Umsetzung dann spätestens bis 31. Dezember 2009.

Trotz der nunmehr festgelegten zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen bleibt für die einzelne Praxis ein erheblicher Spielraum bei der Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Insbesondere der gestaffelte Zeitrahmen und der Verzicht auf eine Systemfestlegung ermöglichen den Praxen den für sie individuell richtigen Weg zu beschreiten.

Unabhängig von diesen Anforderungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits in den Jahren 2002 und 2003 zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Entwicklung und Bereitstellung eines spezifischen Qualitätsmanagement-Systems für Ärzte und Psychotherapeuten begonnen. Mit diesem System wird das Ziel verfolgt, den Niedergelassenen einen praxisnahen, umsetzbaren und kostengünstigen Service anzubieten.

Das Qualitätsmanagement-System „Qualität und Entwicklung in Praxen QEP[®]“ ist modular aufgebaut und deckt alle Phasen der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements bis hin zur Zertifizierung ab. Grundlage und Ausgangspunkt der Einführung ist der Qualitätszielkatalog, der mögliche Verbesserungsfelder identifizieren hilft (Befähigungsphase). Sind solche Felder erkannt, stehen Unterstützungsmaterialien, zusammengefasst in einem Manual (mit CD-ROM), bereit, um Verbesserungen in Angriff zu nehmen (Umsetzungsphase). Sind alle Ziele erreicht, kann sich die Praxis dies bei Wunsch durch einen externen Visitor bestätigen lassen (Zertifizierung).

QEP[®] – Qualität und Entwicklung in Praxen



PHASEN	BAUSTEINE DES QEP-KONZEPTE	
Befähigung 	Qualitätsziel-Katalog → Kernziele PRINT 	ONLINE Website PDF-Dokumente zum Herunterladen Einführungsseminar durch lizenzierte Trainer der KVen
	Manual: Umsetzungsvorschläge, Musterdokumente PRINT 	ONLINE Website PDF-Dokumente zum Herunterladen Infoline und Begleitung durch KVen
Qualitätsziele Qualitätsbewertung Selbstbewertung Fremdbewertung → Zertifikat → Excellence-Bewertung	PRINT 	ONLINE Website PDF-Dokumente zum Herunterladen → Akkreditierte Visitoren → Akkreditierte Zertifizierungsstellen

5.2 Qualitätszirkel

Kaum eine Qualitätsförderungsmaßnahme der ärztlichen Selbstverwaltung war so erfolgreich wie die der Qualitätszirkel. Zwischenzeitlich sind es bundesweit über 5.000 Ärztegruppen, die sich regelmäßig auf freiwilliger Basis zum strukturierten Erfahrungs- und Wissensaustausch treffen. Neben dem Primat der Freiwilligkeit ist dieser Ansatz gekennzeichnet durch die Gleichrangigkeit der Teilnehmer: Es geht um kollegiale Wissensvermittlung in einem Freiraum, der weder durch die Politik noch die Industrie unmittelbar beeinflusst wird.

Diesen Freiraum zu schaffen und zu fördern ist eine der Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung. Mit der Herausgabe der „Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach Paragraph 75 Abs. 7 SGB V“ im Jahre 1993 wurde die Grundlage für eine weitgehend bundeseinheitliche Vorgehensweise zur Errichtung und Weiterentwicklung von Qualitätszirkeln geschaffen. Die damals formulierten Anforderungen gelten heute in gleichem Maße wie zum Zeitpunkt ihrer Erstellung.

Qualitätszirkel arbeiten demnach

- auf freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- auf der Grundlage des kollegialen Diskurses (Peer Review)
- mit Moderator(en)
- mit Evaluation ihrer Ergebnisse, soweit möglich auf einer hinreichenden Basis empirischer Daten aus der ambulanten Versorgung
- kontinuierlich
- mit festem Teilnehmerkreis
- mit Ärzten/Psychotherapeuten gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen.

Umfang der QZ Arbeit	
Anerkannte QZ, insgesamt	154
Teilnehmende Ärzte	1802
Aktive QZ (mind. 4 Sitzungen im Jahr 2004), insgesamt	
- darunter hausärztliche QZ	26
- darunter fachärztliche QZ	59
- darunter QZ der Psychotherapie	16
- darunter interdisziplinäre QZ	17
- darunter QZ zu Diabetes mellitus	12
- darunter QZ Schmerztherapie	12
- darunter Kinderärztliche QZ	9
- darunter allergologischer QZ	3
Anzahl der QZ, die im Jahr 2005 neu gegründet wurden	16

Moderatoren	
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die bisher insgesamt zu Moderatoren ausgebildet wurden (Stand: 31.12.05, ggf. differenziert nach KBV-Modul und andere)	
- Moderatorenausbildung	220
- Tutorenausbildung (KBV)	4

- davon Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die im Jahr 2005 neu ausgebildet wurden	24
Anzahl der im Jahr 2005 durchgeführten Moderatorenfortbildungsveranstaltungen der KV	2
Teilnehmergebühr für Moderatorenfortbildungsveranstaltungen	keine
Anfertigung von Protokollen	ja
Sonstiges	
Honorare / Aufwandsentschädigungen für Moderatoren	77,00 EUR
Anzahl Weiterbildungspunkte für Moderator/Teilnehmer pro QZ Sitzung	3 Punkte, zzgl. 1 Pkt. für Moderator

Die jahrelange Erfahrung mit Qualitätszirkeln hat gezeigt, dass die Unterstützung der Moderatoren und die Entwicklung beziehungsweise die Aufbereitung von Qualitätszirkelthemen von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg der Zirkelarbeit sind. Als Ergebnis einer systematischen Sichtung der regionalen Aktivitäten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung diesen bewährten Ansatz aufgegriffen und von kompetenten Fachwissenschaftlern Dramaturgien zu verschiedenen Themen erarbeiten lassen. Das hierzu erstellte Handbuch enthält neben Curricula zur Vermittlung der aufbereiteten Zirkelinhalte auch Lehrmedien und relevante Hinweise und Informationen. (siehe auch Kapitel 6.2)

5.3 Fortbildung

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten unterliegen den Anforderungen ihrer Berufskammern, die unter anderem die regelmäßige Fortbildung als eine Säule zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung vorsehen. Diese Anforderungen sind fester Bestandteil der Berufsordnung für Ärzte und Psychotherapeuten. Mit der jüngsten Gesundheitsreform wurde diese bislang ausschließlich berufsrechtlich definierte Anforderung für diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Gesetzliche Krankenversicherung tätig werden, auch im Sozialrecht in Form der verpflichtenden Dokumentation der Fortbildungsaktivitäten verankert. Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bedeutet dies, dass ein Nachweis dieser Fortbildung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geführt werden muss. Erstmals wird dies nach Ablauf einer Fünf Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall sein. Zur Regelung des Verfahrens hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Zustimmung der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer die in diesem Blatt veröffentlichte Fortbildungsregelung verabschiedet. Sie tritt rückwirkend zum 1. Juli 2004 in Kraft und klärt den Nachweis des Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Grundlage des Nachweises ist das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammern. Für den Erhalt des Fortbildungszertifikats müssen in einem Zeitraum von 5 Jahren 250 Fortbildungseinheiten in verschiedenen Kategorien absolviert werden. Hierzu gehören Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne genauso wie die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln sowie neuerdings die interaktive Fortbildung und Workshops. Näheres hierzu regelt die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die vom 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet wurde.

Um mögliche Engpässe gegen Ende des am 30. Juni 2009 auslaufenden ersten Fünfjahreszeitraums zu vermeiden, bietet es sich an, durch die jeweilige Ärztekammer anerkannte Fortbildungen kontinuierlich von Anfang an wahrzunehmen und die gesammelten Bescheinigungen aufzubewahren. Darüber hinaus besteht seit diesem Jahr die Möglichkeit, bei den Landesärztekammern ein Fortbildungspunktekonto zu führen. So können die Fortbildungspunkte kontinuierlich auf das Konto gutgeschrieben werden. Der Vorteil: der Arzt hat von Beginn des Fünfjahreszeitraums an eine Übersicht über den Punktestand, mögliche Fragen zum Umfang und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme können direkt geklärt werden. Somit besteht auch für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten von Anfang an Sicherheit über den individuellen Fortbildungspunktestand.

6.1.1 Kommissionsarbeit

Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen.

Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung vorzubereiten.

Kommissionen	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2005
Ambulantes Operieren		0
Apheresen (nach § 5 der RL)	4 ärztl. Mitglieder 2 ber. ärztl. Mitglieder 2 MDK-Vertreter	5
Arthroskopie	3 ärztl. Mitglieder	3
Blutreinigungsverfahren	4 ärztl. Mitglieder	5
Herzschrittmacherkontrollen	siehe Langzeit-EKG	
Invasive Kardiologie	3 ärztl. Mitglieder	1
Kernspintomographie	3 ärztl. Mitglieder	3
Koloskopie	3 ärztl. Mitglieder	4
Labor	3 ärztl. Mitglieder 1 Fachwissenschaftler d. Medizin	4
Langzeit-EKG	3 ärztl. Mitglieder	4
Mammographie	s. Radiologie	
Onkologie	4 ärztl. Mitglieder	4
Photodynamische Therapie	3 ärztl. Mitglieder	1
Schmerztherapie	3 ärztl. Mitglieder	4
Sozialpsychiatrie	3 ärztl. Mitglieder	2 (per Umlauf)
Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin	6 ärztl. Mitglieder	5
Substitution	3 ärztl. Mitglieder 3 Kassenvertreter	2
Ultraschall	5 ärztl. Mitglieder	5 Sitzg., zzgl. 49 Kolloquien

Qualitätsbericht der KV Brandenburg 2005

6. Service

6.1 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Zytologie	6 ärztl. Mitglieder	1 Sitzung, zzgl. 1 präp. Prüfung
Schlafapnoe	4 ärztl. Mitglieder	4
Chirotherapie	4 ärztl. Mitglieder	2
Psychotherapie	4 ärztl. Mitglieder	6
Diabetes-Kommission	5 ärztliche Mitglieder	per Umlauf
DMP-KHK-Kommission	3 ärztl. Mitglieder	0
DMP-Mamma-Ca	4 ärztl. Mitglieder	0

6.1.2 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV

Die KVBB bietet ihren Mitgliedern und deren Mitarbeitern eine Vielzahl an Fortbildungen zu unterschiedlichsten Themen an. Die Fortbildungen reichen von Orientierungsseminaren für neue Vertragsärzte über Angebote zur Praxisveräußerung bis hin zu speziellen Kursen z. B. zum Gestationsdiabetes. Die Nachfrage in der Ärzteschaft und bei den Praxismitarbeitern ist anhaltend groß – zum Teil werden auf Nachfrage zusätzliche Angebote gemacht.

Ein besonderer Fortbildungsaufwand war 2005 mit der Einführung des praxisinternen Qualitätsmanagements verbunden, insbesondere mit dem System-Angebot der KBV (QEP). In 5 Großveranstaltungen mit einem Expertenteam der KVBB und der KBV konnten sich die Praxen über die Richtlinien, Anforderungen und Besonderheiten des Qualitätsmanagements informieren.

Im Jahr 2005 hat die KVBB insgesamt 86 Fortbildungsveranstaltungen mit 1749 Teilnehmenden durchgeführt. Die Resonanz auf die Fortbildungsangebote war durchgehend positiv.

Seminare für Ärztinnen und Ärzte

- 3 Veranstaltungen zum Thema „...bis der Rettungsdienst kommt“ und „Der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst“
- 5 Informationsveranstaltungen zum Thema „Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung“
- 7 Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus – Leitlinienorientierte Differentialtherapie einer besonderen Hochrisikokonstellation“ im Rahmen des DMP Diabetes

Seminare für Arzthelferinnen

- Veranstaltungen zum Thema „Instrumente des QM – ergänzendes Seminar für Praxismitarbeiter zur Einführung von QM“
- 11 Abrechnungsseminare
- 11 Seminare zu Notfällen im Praxisalltag
- 4 Informationsnachmittage „Neue Arzneimittelrichtlinien“

Veranstaltungen für Ärzte und Praxismitarbeiter

- 14 x Hypertoneschulungen (ZI u. HBSP)
- 7 Einführungsseminare QEP (Anwenderseminare)

Neben den oben genannten Seminaren wurden 13 spezielle Diabetes-Schulungen für Praxisleitungen und ihre Mitarbeiterinnen organisiert und angeboten. Diese wurden von ausgebildeten Referententeams des ZI (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung) durchgeführt. Damit sollte Ärzten und deren Praxispersonal die Möglichkeit geboten werden, sich weiter zu qualifizieren und an der Diabetes-Vereinbarung teilzunehmen.

6.1.3 Informationsservice für Patienten und Versicherte / Kooperationsstelle für Selbsthilfeorganisationen

Der Service-Informationssdienst der KVBB unterteilt sich in folgende drei Aufgabenbereiche:

Informationssdienst für Vertragsärzte (Tel.: 01801 5822 431)

Umfangreiche Recherchen und Auskünfte auf Anfrage von Vertragsärzten u.a. zu folgenden Bereichen:

- genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und ermächtigten Ärzten
- speziellen Leistungen von Vertragsärzten (z.B. Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, alternative Behandlungsmethoden)
- Fachabteilungen in Krankenhäusern
- Reha-Kliniken im Land Brandenburg und bundesweit
- Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg (ambulant und stationär)
- Arztsuche im Land Brandenburg für Vertragsärzte, Krankenkassen und Patienten
- bundesweite Arztsuche
- Fortbildungsangeboten z. B. Ultraschall-Grundkurs, bundesweit
- Angaben über gesundheitsrelevante Einrichtungen (z. B. Anschrift STIKO)
- Ansprechpartnern von Selbsthilfegruppen in Zusammenarbeit mit der KOSA

Patiententelefon (Tel. 0331/2309 225, werktags von 09:00 bis 12:00Uhr)

Auskunft zu folgenden Bereichen:

- Arztsuche im Land Brandenburg
- genehmigungspflichtigen Leistungen von Vertragsärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und ermächtigten Ärzten
- speziellen Leistungen von Vertragsärzten (z.B. Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, alternative Behandlungsmethoden)
- Umgang mit Patientenunterlagen
- Fachabteilungen in Krankenhäusern
- Reha-Kliniken im Land Brandenburg
- Pflegeeinrichtungen im Land Brandenburg (ambulant und stationär)
- Ansprechpartnern von Selbsthilfegruppen in Zusammenarbeit mit der KOSA

KOSA / Kooperationsberatungsstelle für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (Tel. 0331/2309 220)

Wir bieten Unterstützung zur Kooperation durch:

- telefonische oder persönliche Beratungsgespräche mit Ärzten/Psychotherapeuten über Angebote der Selbsthilfe
- telefonische oder persönliche Beratungsgespräche mit Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen über die Kooperationswünsche der Ärzte und Psychotherapeuten
- Werbung für die Selbsthilfe als sinnvolle Ergänzung zu therapeutischen Maßnahmen

- Organisation von Informationsveranstaltungen für Ärzte / Psychotherapeuten als Anregung zum Erfahrungsaustausch sowie als Möglichkeiten der Begegnung von Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen
- Teilnahme an regionalen und kommunalen Arbeitsgruppen im Bereich der Gesundheitsförderung, um über die Möglichkeiten des ärztlichen Handelns zu informieren
- Kooperation mit den Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KIS), die den Aufbau von Selbsthilfegruppen aktiv unterstützen
- Vermittlung von ärztlichen Referenten für Veranstaltungen der Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Kontakten zwischen Selbsthilfegruppen und ärztlichen Qualitätszirkeln
- Recherche und Dokumentation über Selbsthilfeaktivitäten im Land Brandenburg
- Recherche und Dokumentation über kooperationsbereite Ärzte / Psychotherapeuten im Land Brandenburg

Ergänzend dazu ist das **Ärzteverzeichnis** Land Brandenburg im Internet unter der Adresse www.kvbb.de eingestellt.

Ein weiteres Serviceangebot besteht im **Beschwerdemanagement**. Der Bereich Beschwerdemanagement erhält täglich eine Vielzahl von Patientenbeschwerden, Beschwerden von Krankenkassen und Ärzten, die es gilt in einem verantwortungsbewussten Miteinander zu klären. Vielfach gelingt es befriedend zu wirken bzw. den Ärger und Missmut mit Patienten und Krankenkassen von den Vertragsärzten fernzuhalten. Hierbei sind die vorgegebenen gesetzlichen Regelungen des Vertragsarztrechtes für die Bewertung der verschiedenen Sachverhalte jedoch zu beachten. Grundregel bei der Bearbeitung der Sachverhalte ist klar zu definieren, ob eine vertragsärztliche Pflichtverletzung vorliegt oder nicht. In den meisten Fällen liegt kein Fehlverhalten seitens der Vertragsärzte vor. In wenigen Fällen sind Hinweise an den Vertragsarzt zu den verschiedenen vertragsärztlichen Regelungen angezeigt, auch um weitergehende Auseinandersetzungen, für die betroffenen Ärzte, mit den Patienten und Krankenkassen oder in der Öffentlichkeit zu vermeiden. Nachweislich ist das Beschwerdemanagement der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg für uns Vertragsärzte sehr erfolgreich tätig. Vielfach ist es gelungen, Schaden von der Vertragsärzteschaft abzuwenden.

6.1.4 Notdienst / Bereitschaftsdienst

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.

Die Umsetzung dieser Verpflichtung in der KVBB wird durch die gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der KVBB mit der Landesärztekammer Brandenburg und durch die ABSF(*) geregelt.

Durch die Nutzung landesweit einheitlicher Rufnummern für den ärztlichen Bereitschaftsdienst ist eine effiziente und patientenfreundliche Dienstorganisation und Durchführung gewährleistet. Im Jahr 2005 wurde der allgemeinärztliche Bereitschaftsdienst 163.507 kontaktiert.

Zusätzlich zum allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst wurden 30 fachspezifischen Bereitschaftsdienste in den Fachrichtungen Augenheilkunde, Chirurgie, Anästhesie, HNO, Kinderheilkunde und Gynäkologie sichergestellt. Die fachspezifischen Dienste wurden 14.834 mal in Anspruch genommen.

(*) Ausführungsbestimmungen zur Verwendung der Mittel aus dem Sicherstellungsfond (gemäß § 2 Abs. 5 des Honorarverteilungsmaßstabes)

6.1.5 Zuständigkeiten und Organisation

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure. Einen Überblick über diese Komplexität gibt folgende Übersicht:

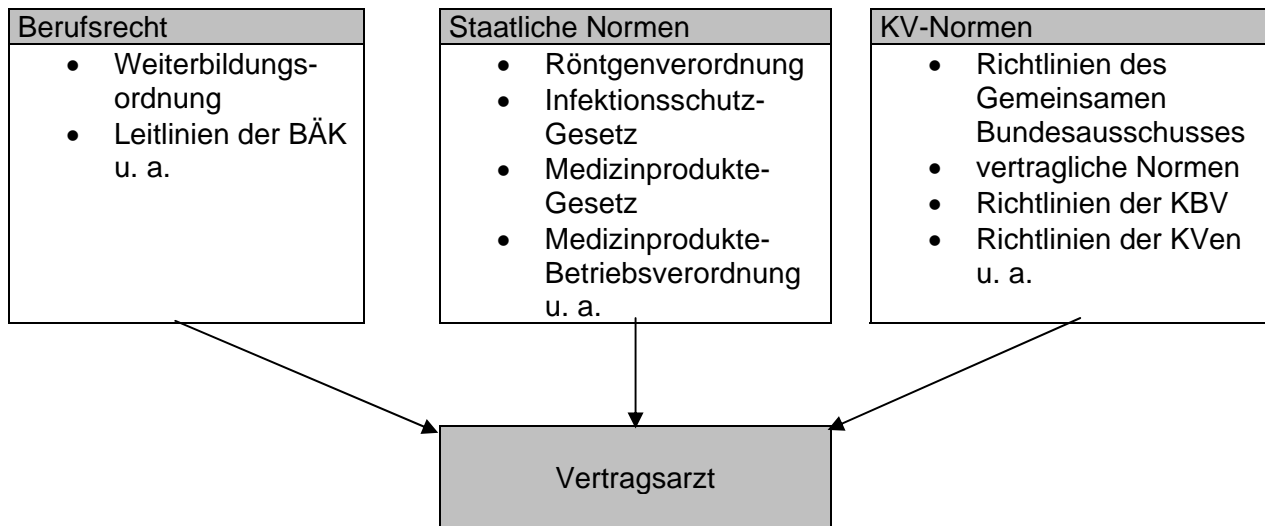


Abbildung : Schema der Normsetzungsbereiche

Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (z. B. Eichordnung, Röntgenverordnung),
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärzttekammer und KV).

Der Vertragsarzt muss in seiner Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dabei hat er es nicht nur mit dem Ansprechpartner KV, sondern auch der Ärztekammer und staatlichen Einrichtungen zu tun.

Dies bedeutet umgekehrt, dass die KV nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffenden Qualitätsnormen vorgibt bzw. deren Einhaltung überwacht, sondern nur die speziell vertraglichen Normen, die die gemeinsame Selbstverwaltung oder die ärztliche Selbstverwaltung vorgeben. Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend. Zwischen den Normen besteht ein Über- bzw. Unterordnungsverhältnis:

- das Vertragsarztrecht (SGB V sowie abgeleitete Normen, z. B. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)
- staatliche Normen (z. B. Röntgenverordnung, Gerätesicherheitsverordnung, Infektionsschutzgesetz)
- das Berufsrecht (z. B. Berufsordnung, Weiterbildungsordnung)

6.1.6 Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen des §§ 91 ff. SGB V ab dem 01. Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das entscheidende, wichtigste Gremium für die Ausgestaltung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er besteht aus 9 Vertretern der Leistungserbringer, 9 Vertretern der Kassenseite sowie 3 unparteiischen Mitgliedern. Zur Stärkung der Kompetenz der Patientinnen und Patienten stellt der Gemeinsame Bundesausschuss Informationen zu Krankheiten, die hohe soziale und volkswirtschaftliche Folgen verursachen und somit eine hohe Versorgungsrelevanz haben, zur Verfügung. Diese Informationen sind in einer allgemein verständlichen und für medizinische Laien nachvollziehbaren Form aufzuarbeiten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten geschaffen. Diese Regelungen finden sich in § 140f SGB V. Abs. 2 regelt, dass den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitspracherecht eingeräumt wird. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sachkundigen Personen sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Diese für die Bundesebene geltende Regelung findet sich für die auf der Landesebene tätigen Gremien in Abs. 3. Betroffen sind hier insbesondere die Landesausschüsse sowie die Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse. Insgesamt sollen diese Regelungen die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig stärker in die Entscheidungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Versorgung betreffen, eingebunden sein. Sie müssen von den Betroffenen zu Beteiligten werden.

6.1.7 Normen der Qualitätssicherung

Gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der GKV bildet das Sozialgesetzbuch (SGB V). Daneben hat der Vertragsarzt noch weitere Gesetze bzw. Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln.

Wichtige Qualitätssicherungsparagrafen im SGB V:

§ 70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Dieser Paragraph gibt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung neben Wirtschaftlichkeit und Humanität auch die Verpflichtung für eine qualitativ gesicherte Versorgung vor.

§ 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Nach dieser Vorschrift sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit für ambulante Operationen festzulegen. In einem dreiseitigen Vertrag sind die Bedingungen für gemeinsame Qualitätsüberprüfungen beim ambulanten Operieren sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung definiert. Insbesondere sieht § 115b vor, dass die Beteiligten vereinbaren:

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

§ 135: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Dieser Paragraph ist für die Qualitätssicherung die zentrale Bestimmung im SGB V. Nach Abs. 1 dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat. Diese Richtlinien müssen Empfehlungen enthalten:

- zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
- zur notwendigen Qualifikation der Ärzte,
- zu den apparativen Anforderungen und
- zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Sollte die Überprüfung der o. g. Kriterien ergeben, dass sie nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Nach Abs. 2 sind die Vertragspartner der Bundesmantelverträge verpflichtet, für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes,
- besondere Praxisausstattung und
- weitere Anforderungen an die Strukturqualität

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

§ 135a: Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Diese Regelungen sind eingeführt worden, da von den positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements alle Leistungsbereiche profitieren sollen. Deshalb werden die Leistungserbringer erstmals auch verpflichtet, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern.

§ 136: Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Schon die Überschrift trägt dem Anspruch Rechnung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu fördern haben und durch die Qualitätsprüfung das Ergebnis ihrer Bemühungen bewerten können. Kassenärztliche Vereinigungen haben Ziele der Qualitätssicherung festzulegen, um die Effektivität und Stringenz ihrer Maßnahmen zu gewährleisten. Die Resultate sind schriftlich festzuhalten und in allgemein verständlicher Form zugänglich zu machen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen, deren Ziele und Ergebnisse sind zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute Standard. Die KBV bemüht sich um eine Vereinheitlichung dieser Berichte, um daraus Qualitätsziele ableiten zu können. Diese Qualitätsberichte dienen der Förderung der Übersichtlichkeit der einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Insbesondere für Versicherte soll dadurch die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Bereich deutlich gemacht werden.

Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Dazu entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung.

§ 136a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach § 92 SGB V

- Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2,
- die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

§ 137b: Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen,
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen,
- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten,
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierten Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten und
- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

§ 137f: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien (vgl. B 3.1),
4. sektorübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

§ 139a: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Der Gemeinsame Bundesausschuss gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Es wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen
- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln
- Bürgerinformation zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung

Ziel dieser Regelung ist es, den Prozess der Fortentwicklung der medizinischen und pflegerischen Leistungen zu sichern und die kontinuierliche Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine qualitativ gesicherte Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Aufgabe der unabhängigen wissenschaftlichen Bewertung des

medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistung obliegt häufig dem Institut.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick der wichtigsten Normen der Qualitätssicherung und die Zuständigkeit zur Regelung wieder:

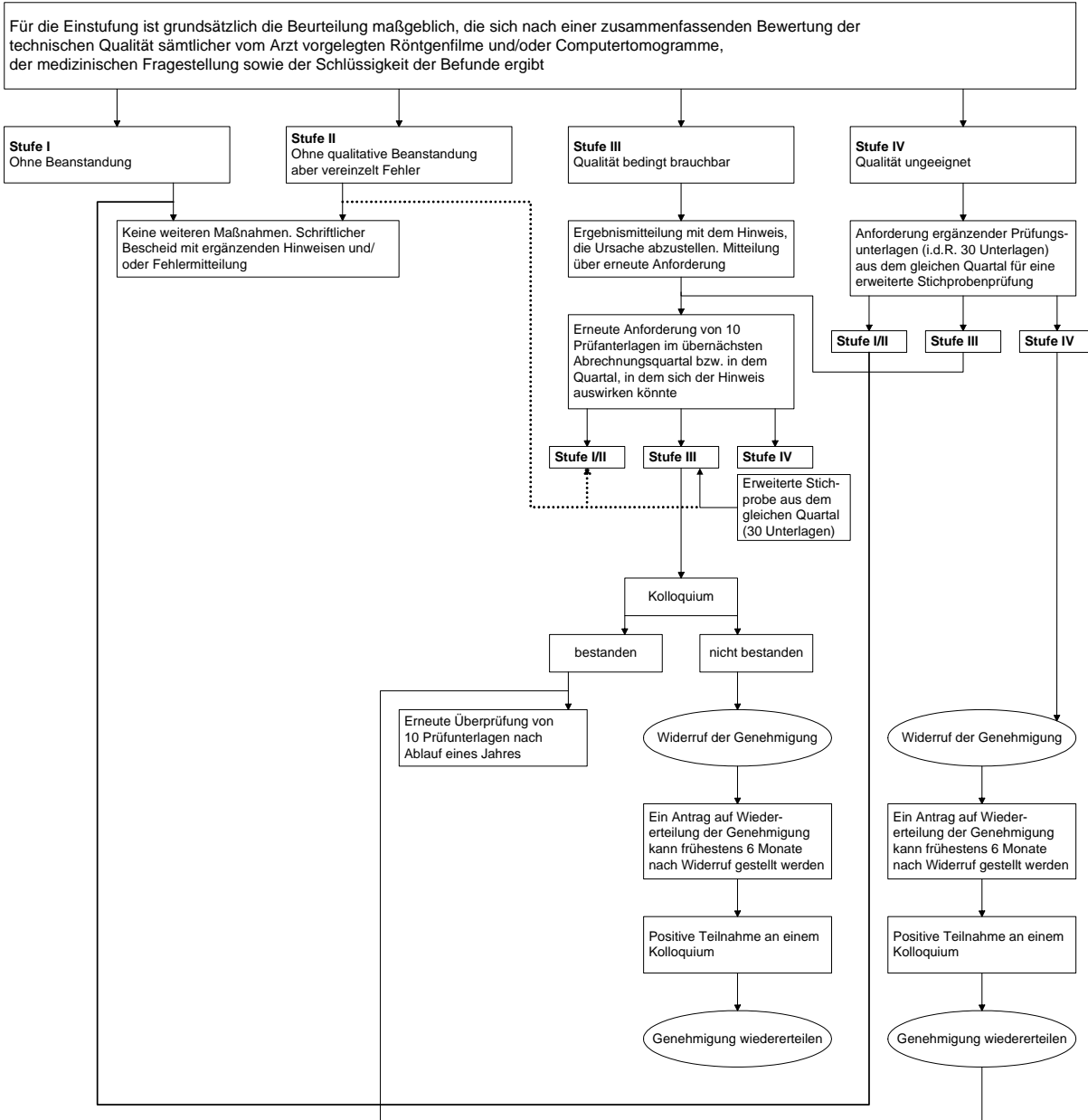
Regelung	Erstellt von:
§ 25 Gesundheitsuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> • Früherkennungsleistungen, Festlegung unter Qualitätsgesichtspunkten von Mindestfrequenzen, bedarfsgerechter Festlegung von Planungsräumen (Qualifikation und räumliche Zuordnung) 	Partner der Bundesmantelverträge
§ 115b Ambulantes Operieren <ul style="list-style-type: none"> • Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität 	Dreiseitige Verträge KBV/DKG/Spitzenverbände KK
§ 135 Abs. 2 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden <ul style="list-style-type: none"> • Definition von Strukturanforderungen • Definition von sog. Kernleistungen 	Partner der Bundesmantelverträge
§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung <ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung • Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung 	G-BA
§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobenprüfung • Qualitätsberichte 	G-BA, KVen
§ 136a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit von aufwändigen Leistungen • Definition von grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement 	G-BA

Regelung	Erstellt von:
§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin <ul style="list-style-type: none"> • Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung • Regelmäßige Berichte 	G-BA
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> • DMP • Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung 	G-BA
§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit <ul style="list-style-type: none"> • HTA • Bewertung evidenzbasierter Leitlinien • Empfehlung zu DMP • Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln • Bürgerinformationen 	Eigene Einrichtung

6.1.8 Stichprobenprüfungen

Zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen unter anderem die Möglichkeit, Einzelfallprüfungen nach Stichproben sowohl auf Grundlage von Paragraph 136 als auch Paragraph 75 Abs. 7 oder Paragraph 135 Abs. 2 zu vereinbaren und durchzuführen. Beispiele für solche Regelungen sind für Paragraph 136 die Vereinbarung zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie und die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (die regional modifiziert sind). Für Paragraph 135 Abs. 2 ist die Anlage IV zur Ultraschallvereinbarung (Säuglingshüfte) zu nennen. Im Gegensatz zu den eben genannten Regelungen werden Vereinbarungen nach Paragraph 75 Abs. 7 in der Regel direkt regional getroffen. In der KV Brandenburg ist dies zum Beispiele für die Ultraschall-Diagnostik der Fall. Darüber hinaus sind in den neueren Richtlinien zu Paragraph 135 Abs. 1 auch Stichprobenprüfungen vorgesehen (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Photodynamische Therapie).

Zur Erläuterung dieses komplexen Prüfverfahrens ist hier ein Ablaufdiagramm zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe beigefügt.



6.2 Handbuch Qualitätszirkel



Das „Handbuch Qualitätszirkel“ stellt die Dokumentation des Projektes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Unterstützung der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der Qualitätszirkelarbeit dar. Es ist so konzipiert, dass alle Arbeitsmaterialien, die im Rahmen dieses Projektes benötigt werden, in diesem Handbuch vorliegen.

Grundsätzlich beinhaltet das Handbuch einzeln zu nutzende Module, die für Tutoren und Moderatoren erstellt sind. Doch auch Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen finden in einigen Kapiteln Hinweise zur organisatorischen Unterstützung. Es ist wie folgt aufgebaut:

Im Kapitel Konzeptvorstellung werden die Ziele, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Qualitätsoffensive im Bereich Qualitätszirkel verfolgt, dargestellt. Dieses Kapitel ist besonders dazu geeignet, den Hintergrund des Projektes sowie die bereitgestellten

Unterstützungsangebote anderen Zirkelteilnehmern und interessierten Ärzten darzustellen. In den Kurzdarstellungen zu den Verfahrensvorschlägen wird ein Überblick über den Inhalt der einzelnen Dramaturgien verschafft. Mit einer Dramaturgie ist hier eine Art Regieanweisung, eine bestimmte Qualitätszirkelsitzung zu einem bestimmten Oberthema durchzuführen, gemeint.

Das Kapitel „Module für Tutoren“ (Tutoren sind entsprechend fortgebildete Moderatoren) beinhaltet die Grundlagen der Gründung und Leitung lokaler Moderatorengruppen sowie die Durchführung der Moderatorenausbildung. Hierfür ist ein Ablaufplan zur Organisation der Ausbildungswochenenden in den Kassenärztlichen Vereinigungen beigefügt.

Im Kapitel „Modul für QZ-Tutoren und -Moderatoren“ liegt der Schwerpunkt auf Verfahrensvorschlägen für die Gestaltung von Qualitätszirkelsitzungen zu den Themen

- Grundlagen der Gruppenleitung in ärztlichen Qualitätszirkeln
- Arbeit mit dem Rückmeldesystem
- Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin
- Patientenfallkonferenz
- Erstellung evidenzbasierter Verfahrensanweisungen.

Ein Verfahrensvorschlag enthält dabei immer die genaue Beschreibung einer Dramaturgie sowie alle zur Durchführung der Dramaturgie im Qualitätszirkel notwendigen Medien. Die Verfahrensvorschläge sind so strukturiert, dass sie auf Ebene der Qualitätssicherungsstellen, der Tutoren, der Qualitätszirkelmoderatoren und der Qualitätszirkel-Teilnehmer genutzt werden können.

Das Handbuch wird kontinuierlich fortgeschrieben werden. In Auftrag gegeben ist derzeit die Entwicklung einer Dramaturgie für (Beinahe-) Fehlermeldesysteme. Von Tutoren selbst werden momentan mehrere Dramaturgien zur begleitenden Einführung von Qualitätsmanagement auf der Basis von QEP entwickelt und erprobt. Weiterhin geplant ist das Thema Pharmakotherapie.

Das Handbuch kann als Loseblatt-sammlung im Buchhandel bestellt werden.
(Siebolds M., Kirchner H., Diel F., Handbuch Qualitätszirkel. Herausgegeben von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Deutscher Ärzte-Verlag 2004. ISBN 3-7691-3226-2. Preis: 39,95 €)

6.3 Arztstruktur (Stand 31.12.2005)

	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	1242	8	1250
Anästhesisten	37	17	54
Augenärzte	146	7	153
Chirurgen	119	43	162
davon Gefäßchirurgen	4	11	15
davon Kinderchirurgen	5	0	5
davon Plastische Chirurgen	1	0	1
davon Thoraxchirurgen	0	4	4
davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	0	1	1
davon Unfallchirurgen	8	8	16
davon Visceralchirurgen	0	6	6
Dermatologen	88	2	90
Gynäkologen	259	28	287
HNO-Ärzte	113	9	122
davon Phoniater und Pädaudiologen	2	1	3
Internisten / hausärztlich tätig	280	2	282
Internisten	182	121	303
davon Angiologen	11	5	16
davon Endokrinologen	5	1	6
davon Gastroenterologen	19	14	33
davon Hämatologen	1	1	2
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	3	7	10
davon Kardiologen	32	18	50
davon Nephrologen	33	3	36
davon Pneumologen	27	8	35
davon Rheumatologen	5	12	17
Kinderärzte	184	31	215
davon Kinderkardiologen	3	2	5
davon Neonatologen	0	1	1
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	14	2	16
Kinder- und Jugendpsychiater	12	0	12
Laborärzte	12	1	13
Fachwissenschaftler	11	6	17
Lungenärzte	7	0	7
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	8	5	13
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	102	27	129
Neurochirurgen	6	6	12
Nuklearmediziner	12	4	16
Orthopäden	116	17	133
davon Rheumatologen	7	7	14
Pathologen	17	2	19
Psychotherapeuten - ärztlich	20	6	26
Psychotherapeuten - psychologisch	150	11	161
Radiologen / Diagnostische Radiologie	67	27	94
Urologen	67	8	75
Übrige Arztgruppen	19	7	26
Summe	3290	397	3687

6.4 Weiterbildungen (Stand 31.12.2005)

Die Sicherstellung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung umfasst alle Facharztgebiete und Weiterbildungsbereiche (einschließlich psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

(Die Auflistung der Weiterbildungen und Zusatzeiterbildungen orientiert sich nach der neuen Musterweiterbildungsordnung Stand Januar 2006, daher ist eine umfängliche Darstellung nicht möglich)

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertra- gs- ärzte	Ermäc- htigun- gen	Summ- e
Anästhesiologie	Gebiet	37	17	54
Anatomie*)	Gebiet			
Arbeitsmedizin	Gebiet			
Augenheilkunde	Gebiet	146	7	153
Biochemie*)	Gebiet			
Chirurgie	Gebiet	119	43	162
Allgemeine Chirurgie	Facharztkompetenz			
Gefäßchirurgie	Facharztkompetenz			
Herzchirurgie*)	Facharztkompetenz			
Kinderchirurgie	Facharztkompetenz			
Orthopädie und Unfallchirurgie	Facharztkompetenz			
Plastische und ästhetische Chirurgie	Facharztkompetenz			
Thoraxchirurgie	Facharztkompetenz			
Visceralchirurgie	Facharztkompetenz			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gebiet	259	28	287
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Schwerpunktkompetenz			
Gynäkologische Onkologie	Schwerpunkt- kompetenz			
Spezielle operative Gynäkologie	Schwerpunkt- kompetenz			
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Gebiet	113	9	122
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Facharztkompetenz			
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Facharztkompetenz			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Gebiet	88	2	90
Humangenetik	Gebiet	2	1	3
Hygiene und Umweltmedizin	Gebiet			
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	Gebiet	1522	10	1532
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Facharztkompetenz			
Innere Medizin und Angiologie	Facharztkompetenz Schwerpunkt- kompetenz			
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Facharztkompetenz Schwerpunkt- kompetenz			
Innere Medizin und	Facharztkompetenz			

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertrags-ärzte	Ermächtigungen	Summe
Gastroenterologie	Schwerpunkt-kompetenz			
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Facharzt-kompetenz Schwerpunkt-kompetenz			
Innere Medizin und Kardiologie	Facharzt-kompetenz Schwerpunkt-kompetenz			
Innere Medizin und Nephrologie	Facharzt-kompetenz Schwerpunkt-kompetenz			
Innere Medizin und Pneumologie	Facharzt-kompetenz Schwerpunkt-kompetenz			
Innere Medizin und Rheumatologie	Facharzt-kompetenz Schwerpunkt-kompetenz			
Kinder- und Jugendmedizin	Gebiet	184	31	215
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Schwerpunkt-kompetenz			
Kinder-Kardiologie	Schwerpunkt-kompetenz			
Neonatologie	Schwerpunkt-kompetenz			
Neuropädiatrie	Schwerpunkt-kompetenz			
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Gebiet	12	0	12
Laboratoriumsmedizin	Gebiet	7	0	7
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	Gebiet	5	1	6
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Gebiet	8	5	13
Neurochirurgie	Gebiet	6	6	12
Neurologie	Gebiet	5	11	16
Öffentliches Gesundheitswesen*)	Gebiet			
Pathologie	Gebiet	17	2	19
Neuropathologie	Facharzt-kompetenz			
Pathologie	Facharzt-kompetenz			
Pharmakologie	Gebiet			
Klinische Pharmakologie	Schwerpunkt-kompetenz			
Pharmakologie und Toxikologie	Schwerpunkt-kompetenz	1	0	1
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Gebiet	9	0	9
Physiologie	Gebiet			
Psychiatrie und Psychotherapie	Gebiet	12	6	18
Forensische Psychiatrie	Schwerpunkt-kompetenz			

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertragsärzte	Ermächtigungen	Summe
Radiologie	Gebiet	67	27	94
Kinderradiologie	Schwerpunkt-kompetenz			
Neuroradiologie	Schwerpunkt-kompetenz			
Rechtsmedizin*)	Gebiet			
Strahlentherapie	Gebiet	0	2	2
Transfusionsmedizin	Gebiet	1	4	5
Urologie	Gebiet	67	8	75

*) nicht für die Vertragsärztliche Versorgung zutreffend

Zusatzweiterbildungen				
Ärztliches Qualitätsmanagement		3	0	3
Akupunktur				
Allergologie		91	8	99
Andrologie				
Betriebsmedizin		26	1	27
Dermatohistologie				
Diabetologie				
Flugmedizin				
Geriatric		4	0	4
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie				
Hämostaseologie				
Handchirurgie		5	4	9
Homöopathie		34	0	34
Infektiologie				
Intensivmedizin				
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie				
Kinder-Gastroenterologie				
Kinder-Nephrologie				
Kinder-Orthopädie				
Kinder-Pneumologie				
Kinder-Rheumatologie				
Labordiagnostik-fachgebunden				
Magnetresonanztomographie-fachgebunden				
Manuelle Medizin/Chirotherapie		222	13	235
Medikamentöse Tumorthherapie				
Medizinische Informatik		0	1	1
Naturheilverfahren		131	0	131
Notfallmedizin				
Orthopädische Rheumatologie				
Palliativmedizin				
Phlebologie		14	6	20
Physikalische Therapie und Balneologie				
Plastische Operationen		4	7	11
Proktologie				
Psychoanalyse		5	5	10
Psychotherapie		63	7	70

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertrags-ärzte	Ermächtigungen	Summe
Schlafmedizin				
Sozialmedizin		5	3	8
Spezielle Orthopädische Chirurgie				
Spezielle Schmerztherapie				
Spezielle Unfallmedizin				
Sportmedizin		48	2	50
Suchtmedizinische Grundversorgung				
Tropenmedizin		2	2	4
Umweltmedizin		26	2	28