

## Qualität und Transparenz

Langsam gewöhnt sich der interessierte Leser daran, dass die Begriffe Qualität, Transparenz und Wettbewerb nicht allein der Industrie und dem Handwerk vorbehalten sind. Auch die Ärzte werden immer mehr in die Pflicht genommen, die geleistete Arbeit der Öffentlichkeit darzulegen.

Einen Beitrag dazu leisten die Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihrem länderbezogenen Qualitätsbericht. Wohlbemerkt sind die Grundlagen, die zur Erstellung eines solchen Berichtes nötig sind, nicht neu! Qualitätssicherung gehörte schon immer zu den ureigenen Aufgaben der KV. Neu ist nur die Form der Darstellung. Wo leisten wir welche Qualität? Was sind unsere Instrumente? Wie wird Qualität kontrolliert und wer tut dies?

**Über ein Drittel aller ambulant erbrachten Leistungen erfolgen qualitätskontrolliert, erfordern Zertifizierungen und besondere Kenntnisse bzw. den Nachweis von Fortbildungen.**

Das Verständnis von Qualitätssicherung befindet sich im Wandel, was die kontinuierliche Integration von zeitgemäßen Prüfelementen in die Qualitätssicherungs-Richtlinien bedingt. Beispielhaft genannt seien hier Frequenzregelungen, Rezertifizierungen und Stichproben. „Richtiges richtig tun“ lautet die Devise. Das zu überprüfen, ist u. a. Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung und ihrer fachspezifischen Qualitätssicherungskommissionen. Jedes Jahr kommen zudem neue Richtlinien hinzu – eine Menge Arbeit! Ein Einblick wird Ihnen auf den folgenden Seiten gewährt.

Neben der externen hat die interne Qualitätssicherung im Sinne der Selbstüberprüfung ebenfalls einen hohen Stellenwert erlangt. Zum Beispiel wird bei der Umsetzung der Disease-Management-Programme mit Rückmelde-Systemen gearbeitet, die dem einzelnen Arzt eine Einschätzung seiner Arbeit ermöglicht.

Ich wünsche Ihnen im Namen des Vorstandes der KV Brandenburg beim interessierten Nachschlagen in unserem zweiten Qualitätsbericht neue Erkenntnisse und Einsichten.



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

# Inhaltsverzeichnis

## Vorwort

### 1. Einführung

- 1.1 Umfang der Leistungen
- 1.2 Zugang zu den Leistungen
- 1.3 Qualität der Leistungen

### 2. Aktuelle Themen

- 2.1 Mammographie
  - 2.1.1 Ergebnisse der Prüfung mittels Fallsammlung im Rahmen der kurativen Mammographie
- 2.2 Koloskopie
- 2.3 Disease-Management-Programme
- 2.4 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

### 3. Qualitätssicherung

- 3.1 Besonderheiten im Geltungsbereich der KV Brandenburg
  - 3.1.1 Vertragsübersicht zu den Disease-Management-Programmen
  - 3.1.2 Gestationsdiabetes
  - 3.1.3 Diabetes Strukturvertrag
  - 3.1.4 Kataraktoperationen
  - 3.1.5 Homecare-Vereinbarung
- 3.2 Qualitätszirkel
- 3.3 Qualitätssicherungskommissionen
- 3.4 Bundesweit geltende Regelungen
  - 3.4.1 Ambulantes Operieren
  - 3.4.2 Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren
  - 3.4.3 Arthroskopische Untersuchungen
  - 3.4.4 Blutreinigungsverfahren
  - 3.4.5 Chirotherapie
  - 3.4.6 Herzschrittmacherkontrolle
  - 3.4.7 Invasive Kardiologie
  - 3.4.8 Kernspintomographie
  - 3.4.9 Koloskopie
  - 3.4.10 Künstliche Befruchtung
  - 3.4.11 Laboratoriumsuntersuchungen / Ringversuche
  - 3.4.12 Langzeit-EKG-Untersuchungen
  - 3.4.13 Onkologie-Vereinbarung
  - 3.4.14 Otoakustische Emissionen

- 3.4.15 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- 3.4.16 Psychotherapie
- 3.4.17 Schlafapnoe
- 3.4.18 Schmerztherapie
- 3.4.19 Sozialpsychiatrie
- 3.4.20 Soziotherapie
- 3.4.21 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- 3.4.22 Strahlendiagnostik/-therapie (a/b)
- 3.4.23 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- 3.4.24 Ultraschalldiagnostik
- 3.4.25 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik von Karzinomen des weiblichen Genitale

#### 4. Ausblicke

- 4.1 Schmerztherapie
- 4.2 Schlafapnoe
- 4.3 Säuglingshüfte

#### 5. Anhang

- 5.1 Arztstruktur
- 5.2 Das System der Qualitätssicherung
  - 5.2.1 Zuständigkeiten und Organisationen
  - 5.2.2 Der Gemeinsame Bundesausschuss
  - 5.2.3 Normen der Qualitätssicherung
- 5.3 Übersicht Genehmigungspflichtige Leistungen

## 1.1 Umfang der Leistungen

Der Leistungskatalog der ambulanten Versorgung braucht den Vergleich mit dem anderer Gesundheitssysteme nicht zu scheuen, im Gegenteil: Er ist gehört zu den umfangreichsten in Europa. Von der Behandlung einer Erkältung bis zur Dialyse oder komplexen Herzuntersuchungen steht gesetzlich Krankenversicherten in medizinisch begründeten Fällen der komplette Leistungskatalog zur Verfügung. Herausnahmen gesamter Leistungsbereiche wie im amerikanischen Gesundheitssystem (sog. Opt-out-Lösungen) sind nicht bekannt und finden keine Anwendung. Das Leistungsangebot umfasst dabei nicht nur die Versorgung von akut oder chronisch Erkrankten, sondern auch präventive Maßnahmen, die zunehmend an Bedeutung gewinnen. Mit der Einführung der Koloskopie zur Früherkennung des Darmkrebses oder dem Aufbau eines organisierten Mammographie-Screenings stehen niedergelassene Ärzte Versicherten zur Seite, wenn es darum geht Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen oder aber so früh zu erkennen, dass eine wirksame Behandlung durchgeführt werden kann. Wichtiger als die kontinuierliche Ergänzung des Leistungsspektrums um einzelne Leistungen ist die Abstimmung dieser Maßnahmen im Behandlungsfall. Durch die Gestaltung von Versorgungsaufträgen zum Beispiel im Bereich der Schmerztherapie oder Dialyse wird sichergestellt, dass gerade chronisch Kranke ein abgestimmtes Plateau von Leistungen erhalten. Ergänzt wird dies durch strukturierte Behandlungsprogramme, die besonderes Augenmerk auf die Kooperation der Ärzte, einheitliche Behandlungsstandards und Schulungsprogramme für Patienten richten.

## 1.2 Zugang zu den Leistungen

Im Unterschied zu vielen anderen Gesundheitssystemen ist ein Problem in der deutschen ambulanten Versorgung bislang noch nicht bekannt: das Problem der Wartelisten. Gleich welcher Versicherung Patienten angehören, besteht ein Zugang zu einer flächendeckenden Versorgung von Sylt bis Garmisch Partenkirchen und dies in der Regel ohne besondere Wartezeiten. Patienten können dabei selbst entscheiden zu welchem Arzt sie gehen. Eine erzwungene Bindung an eine Auswahl von Ärzten oder Psychotherapeuten besteht nicht. Und, im Vergleich zu vielen anderen europäischen Systemen, gibt es keine Begrenzung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung. So können beispielsweise Haut- oder Augenärzte direkt aufgesucht werden, wenn dies erforderlich ist. Sichergestellt wird diese Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Überblick über die einzelnen Bundesländer zeigt, dass circa 140.000 Ärzte und Psychotherapeuten unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigungen diese Versorgung ermöglichen. Dazu gehört die Organisation eines Notdienstes, der eine Versorgung im Notfall rund um die Uhr ermöglicht.

## 1.3 Qualität der Leistungen

Für die Qualität der Leistungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bestehen die gleichen Standards, wie sie für alle Ärzte gelten: Nach der Weiterbildung zum Allgemein- oder Facharzt oder zum Psychotherapeuten finden alle diejenigen Vorschriften Anwendung, die für die Ausübung des Berufes erforderlich sind. Das sind z.B. die Anforderungen des Berufsrechts, die Röntgenverordnung, das Medizinproduktegesetzes oder aber das Infektionsschutzgesetzes. Mit einem Unterschied: In vielen Bereichen werden von Vertragsärzten zusätzliche, über die allgemeinen Anforderungen hinausgehende Qualifikationen verlangt, und dies häufig nicht nur einmalig, sondern auch in regelmäßigen Abständen. Dies trifft mittlerweile auf circa ein Drittel aller Leistungen zu. Beispielhaft seien

hier die Genehmigung zur Durchführung der Mammographie oder der Koloskopie genannt. Nur solche Ärzte, die dabei das hohe Niveau ihrer Versorgung nachweisen, dürfen diese Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbringen. Wichtig zu wissen: Diese zusätzlichen Maßnahmen gelten nur für den vertragsärztlichen Bereich, den Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen. So wird sichergestellt, dass nicht nur ein breites Leistungsspektrum flächendeckend vorgehalten wird und zugänglich ist, sondern dass auch die Qualität stimmt. Die Krankenkassen überweisen für das komplette Leistungsangebot pro Versichertem circa 26 Euro im Monat an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die dieses Geld wiederum für die Vergütung der erbrachten Leistungen an die Ärzte und Psychotherapeuten weiterleiten.

### 2.1.1 Ergebnisse der Prüfungen mittels Fallsammlungen im Rahmen der kurative Mammographie

Mit Wirkung vom 1. April 2002 wurden die Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) für die kurative Mammographie neu geregelt.

Diejenigen Ärzte, die eine entsprechende Genehmigung erstmals beantragen, müssen wie bisher eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten mittels Zeugnissen über den Erwerb der fachlichen Befähigung nach der Weiterbildungsordnung oder über eine ständige Tätigkeit in der Mammographie nachweisen.

Zusätzlich muss der Antragsteller die erfolgreiche Beurteilung einer sog. Fallsammlung belegt haben. Bei dieser Eingangsprüfung sind insgesamt 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae jeweils in zwei Ebenen) innerhalb von maximal sechs Stunden zu begutachten.

Die Fallsammlung wird von der zentralen Kooperationsgemeinschaft Mammographie-Screening auf Anfrage an die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen verschickt und enthält eine Reihe von typischen pathologischen Befunden, die vom Arzt bei der Prüfung entdeckt werden sollen. Die Teilnahme an der Beurteilung ist erfolgreich, wenn eine Sensitivität und eine Spezifität von jeweils mindestens 90% erreicht wird, insgesamt dürfen jedoch höchstens sieben Bilder falsch beurteilt werden, wobei davon höchstens zwei falsch-negative Befundungen zulässig sind.

Zwischenzeitlich liegen bundesweite Auswertungen der Überprüfung mittels Fallsammlung vor. Insgesamt haben 3.116 Ärztinnen und Ärzte an dieser Maßnahme teilgenommen. Davon haben 9,2 Prozent die Prüfung nicht bestanden und dürfen die Mammographie nicht mehr als Vertragsärzte erbringen. Häufigster Fehler war hierbei die mangelnde Sensitivität, dass heißt das fehlende Erkennen bösartiger Fälle oder aber eine zu häufige Diagnose eines bösartigen Befundes, der sich in der Folgediagnostik nicht bestätigen ließ (sog. falsch positive Befunde). Die Maßnahme konnte auch zeigen, dass durch Fortbildungsmaßnahmen (insgesamt 72 gezielte, zertifizierte Fortbildungsmaßnahmen mit 3.783 Teilnehmern) die diagnostische Treffsicherheit erhöht werden konnte. Teilnehmer, die beim ersten Durchlauf die festgelegten Bestehenskriterien nicht erreichten, konnten in der Regel eine deutlich verbesserte Treffsicherheit im zweiten Durchgang belegen.

#### Prüfungsergebnisse

	Teilnehmende Ärzte	KVBB	Bestan- den	KVBB	In %	KVBB	Nicht bestan- den	KVBB	In %	KVBB
Teilnehmer insgesamt	3.116	71	2.828	65	90,8	91,6	288	6	9,2	8,4
Vertragsärzte	2.899		2.627		90,6		272		9,4	
Nicht- Vertragsärzte	217		201		92,6		16		7,4	

### Ursachen für Nichtbestehen der Prüfung bei Vertragsärzten

(Bezug: 232 negative Prüfungsergebnisse = 100%, Datenbasis: alle Kassenärztlichen Vereinigungen, außer der KV Bayerns, bei Wiederholern: Zweitprüfung)

Ursachen	Anzahl Ärzte	in %
mangelnde Sensitivität (< 90%), ausreichende Spezifität	113	48,7%
mangelnde Spezifität (< 90%), ausreichende Sensitivität	72	31,0%
Mangel an Sensitivität und Spezifität	15	6,5%
ausreichende Sensitivität und Spezifität (> 90%) aber mehr als 7 Fehler	32	13,8%

[Schach: 6.9.2004]

Die Vereinbarung schreibt als qualitätssichernde Maßnahme weiterhin vor, dass der mammographierende Arzt regelmäßig an einer Selbstüberprüfung seines Wissens teilnimmt: Einmal jährlich (Stand 2004) ist die erfolgreiche Begutachtung einer weiteren Fallsammlung, die erneut zentral von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie-Screening zur Verfügung gestellt wird, nachzuweisen.

Schließlich werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Qualität der ärztlichen Dokumentation regelmäßig zu überprüfen. Bis zum 30. September 2003 mussten von jedem Arzt, der Mammographien durchführt und abrechnet, schriftliche und bildliche Dokumentationen von jeweils zehn Patientinnen überprüft werden (das heisst, es wurden insgesamt pro Arzt 40 Aufnahmen durch die entsprechende Kommission begutachtet, da beide Mammae jeweils in zwei Ebenen dokumentiert sein müssen).

Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation gelten als erfüllt, wenn bei nicht mehr als zwölf Beurteilungen geringe Mängel und bei keiner Beurteilung schwer wiegende Mängel festgestellt wurden. Bei schwer wiegenden Mängeln ist die Dokumentationsprüfung innerhalb von drei Monaten zu wiederholen.

Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation ist spätestens 24 Monaten der erfolgreichen Teilnahme an der letzten Überprüfung zu wiederholen.

Siehe auch Kapitel 3.4.22a

## 2.2 Koloskopie

Zusammen mit der Einführung der hohen Koloskopie als Element der Krebsfrüherkennung auf kolorektale Karzinome zum 01.10.2002 wurde eine umfassende Qualitätssicherung verabschiedet, die sich auf die Ausführung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen der Koloskopie sowohl in der Prävention als auch in der Kuration bezieht.

1. Zur Durchführung der Koloskopie sind Ärzte berechtigt
  - a) mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“,
  - b) mit der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie,
  - c) mit der Gebietsbezeichnung „Kinderchirurgie“ mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido- Koloskopie oder
  - d) mit der Gebietsbezeichnung Chirurgie, sofern der Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist.
2. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung umfassen zahlreiche innovative Ansätze, wie sie insbesondere bei Leistungen, die eine hohe manuelle Fertigkeit voraussetzen, erforderlich sind. Für die Früherkennungskoloskopie gilt: Durch Nachweis entsprechend häufiger Untersuchungsdurchführung unter Anleitung (200 Koloskopien und 50 Polypektomien) in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung muss die aktuelle Befähigung, die hohe Koloskopie durchführen zu können, nachgewiesen sein. Liegt der Abschluss der Weiterbildungsvoraussetzungen zur Koloskopie also mehr als zwei Jahre zurück und wurden durch den Arzt zwischenzeitlich keine Koloskopien durchgeführt, darf die Koloskopie nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Ärzte, die an der Versorgung schon teilnehmen, müssen eine entsprechende Anzahl von selbst durchgeführten Untersuchungen im gleichen Zeitraum nachweisen.
3. Durchführende Ärzte müssen in der Lage sein, Polypektomien in gleicher Sitzung durchführen zu können, sofern die Entfernung hinsichtlich der Größe und Eigenschaft der Polypen unter Praxisbedingungen möglich ist. So wird gewährleistet, dass belastende Zweituntersuchungen im Einzelfall potenziell vermieden werden.
4. Damit nach Zulassung zur Leistungserbringung die manuellen Fertigkeiten auf hohem Niveau erhalten bleiben, müssen teilnehmende Ärzte mindestens 200 hohe Koloskopien und 10 Polypektomien pro Jahr nachweisen (entfällt für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinderchirurgie). Bei wiederholter Unterschreitung erlischt die Abrechnungsgenehmigung, und es wird eine Nachschulung unter Anleitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes erforderlich, um erneut an der Versorgung teilnehmen zu können.
5. Untersuchungen auch in Deutschland haben Mängel an der Hygienequalität von Endoskopen aufgezeigt. Zudem wurden Einzelfälle publiziert, bei denen die Übertragung von Hepatitis C auf dem Wege der Koloskopie als gesichert angesehen werden kann. Besondere Anforderungen werden deshalb an die Hygiene gestellt: Halbjährlich werden Überprüfungen der Hygienequalität der verwendeten Endoskope (maximal zwei Endoskope pro Aufbereitungsverfahren) durchgeführt. Die Überprüfung umfasst die Durchspülung von Endoskopkanälen und Abstriche von Endoskopstellen durch ein durch die KV benanntes Hygieneinstitut. Die Bestimmungen orientieren sich an den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes: Es dürfen keine E. coli, andere Enterobacteriaceae oder Enterokokken, keine Pseudomonas aeruginosa, andere Pseudomonaden oder weitere Nonfermenter sowie keine anderen hygienerlevanten Erreger wie Staphylokokkus aureus nachweisbar sein. Die Durchspüllösung (inklusive der



Lösung der Optikspülsysteme) darf eine maximale Keimbelastung von 10 KBE pro ml enthalten. Fallen dabei Verunreinigungen der Koloskope auf, erfolgt eine Nachüberprüfung innerhalb von drei Monaten. Werden die Bedingungen erneut nicht erfüllt, so muss der Arzt innerhalb von sechs weiteren Wochen der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber nachweisen, dass er die Hygieneanforderungen einhält. Bis zu diesem Nachweis dürfen Koloskopie-Leistungen nicht abgerechnet werden. Gelingt der Nachweis, so erfolgt die nächste Kontrolle innerhalb von drei Monaten, bei unauffälligem Ergebnis dann wieder nach sechs Monaten. Mit diesem Stufenschema soll eine hygienisch einwandfreie Leistungsqualität sichergestellt werden.

Nach diesem Schema wurden in Brandenburg 174 Hygieneprüfungen durchgeführt. Nur in 2 Arztpraxen musste die Prüfung wiederholt werden und konnte dann mit einem „bestanden“ attestiert werden. Die fachkompetente Beratung durch die Prüflabore konnte in beiden Fällen zur Beseitigung der hygienischen Mängel beitragen.

Mit der qualitätsgesicherten Einführung der Koloskopie als Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung können Versicherte von einem Angebot Gebrauch machen, das über die Früherkennung hinaus auch die Entfernung von Vorstadien karzinomatöser Veränderungen vorsieht. Hiermit wird eine echte Vorsorge ermöglicht, die Vorstadien des Kolonkarzinoms wirksam erfasst und entfernt. Mit der begleitenden Evaluation werden sowohl die Qualität der Koloskopie als auch die Effektivität des Programms kontinuierlich überprüft und es können dort, wo erforderlich, Korrekturen vorgenommen werden.

Siehe auch Kapitel 3.4.9

## 2.3 Disease-Management-Programme

Um Erfahrungen mit Disease Management in Deutschland sammeln zu können, wurde die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen zunächst auf folgende begrenzt: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma / COPD (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen), Brustkrebs und Koronare Herzkrankheit (KHK). Bei der Auswahl der Krankheiten folgte das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) einer Empfehlung des Koordinierungsausschusses, dem Ärzte und Krankenkassen angehören.

Krankenkassen, die ihren Versicherten ein Disease – Management - Programm anbieten, erhalten für jeden eingeschriebenen Patienten zusätzliches Geld aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) der gesetzlichen Krankenkassen. Dies sieht das zum 01.01.2002 in Kraft getretene RSA-Reformgesetz vor. Bisher konkurrierten die rund 350 Krankenkassen in Deutschland hauptsächlich um "gute Risiken", sprich um junge, gesunde Versicherte mit geringem Versorgungsbedarf. Diese Schwachstelle hat der Gesetzgeber erkannt und den RSA mit den DMP's gekoppelt. Damit wurde für die Krankenkassen ein finanzieller Anreiz geschaffen, spezielle Behandlungsprogramme anzubieten und sich um Versicherte mit überdurchschnittlich hohen Kosten zu kümmern.

Die Inhalte der Disease – Management - Programme werden in der Risikostrukturausgleichs-Verordnung (RSAV) festgeschrieben, die das Bundesgesundheitsministerium erlässt. Grundlage der Verordnung bilden Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den medizinischen Versorgungsinhalten der Programme. Der Ausschuss setzt sich paritätisch aus Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusammen. Bei der Ausarbeitung seiner Empfehlungen berücksichtigt das Gremium internen und externen Sachverstand, indem beispielsweise Stellungnahmen eingeholt und Verbände angehört werden. Basis der auf Länderebene geschlossenen DMP-Verträge ist somit die RSAV in der Fassung der jeweiligen Verordnung.

Die Akkreditierung oder Zulassung des Behandlungsprogramms müssen die Krankenkassen beziehungsweise deren Verbände beim Bundesversicherungsamt (BVA) beantragen, was zu einer nicht unerheblichen Bürokratisierung führt. Dazu ist es notwendig, sowohl das Programm als auch sämtliche zur Durchführung erforderlichen Verträge einzureichen (zum Beispiel Verträge mit den beteiligten Leistungserbringern, einer Datenstelle sowie über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft). Das Bundesversicherungsamt prüft, ob das Programm alle Anforderungen gemäß der Rechtsverordnung erfüllt. Erst mit der Zulassung des Programms durch das Bundesversicherungsamt haben die Krankenkassen Anspruch auf entsprechende Rückflüsse aus dem Risikostrukturausgleich.

[<http://www.kvberlin.de>; 6.7.2003, aktualisiert KBV 2004]

Vertragsübersicht siehe Kapitel 3.1.1

### Rückmeldesysteme

Zentrale Bestandteile jedes Disease-Management-Programms sind Schulungsmaßnahmen der Patienten und regelmäßige Informationen über den Erfolg des Programms für Arzt und Patient. Als Instrument der Qualitätssicherung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein automatisiertes Verfahren entwickelt, mit dem die in den Disease-Management Verträgen vereinbarten Qualitätsindikatoren an den Arzt zurückgespiegelt werden können. Dieses strukturierte Rückmeldesystem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen von der Kassenärztliche Bundesvereinigung kostenlos zur Verfügung gestellt und kann durch die regionalen gemeinsam mit den Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Einrichtungen genutzt werden. Die Rückmeldesysteme für die jeweiligen Indikationen werden immer zeitgleich mit den aktuellen Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung angepasst.

Als Beispiele sind im Folgenden aus dem Arzt-Feedbackbericht zu Diabetes mellitus Typ 2 die Übersichtsseite zu den Kernindikatoren und die Darstellung der Blutdruckeinstellung angefügt.



## 2.4 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

### Risiken erkennen, Probleme vermeiden

Qualitätsmanagement zielt prinzipiell darauf ab, dass Abläufe so stattfinden, wie sie geplant waren.

Dies setzt voraus, dass

- a) zunächst ein Ziel definiert wird  
(zum Beispiel ein standardisierter Ablauf der Anmeldung)
- b) der Weg, wie dies erreicht werden soll, festgelegt und dokumentiert wird (nämlich durch Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie Erstellung von Ablaufschemata)
- c) und durch regelmäßige Hinterfragung dieses Ablaufes (funktioniert es, was kann verbessert werden?) der Ablauf optimiert und weiterentwickelt wird.

Wesentlich ist hierbei die Erarbeitung und Weiterentwicklung dieser Abläufe im Praxisteam. Ziel ist es, alle maßgeblich am Prozess Beteiligten verantwortlich einzubinden. Was auf der Ebene der einzelnen Ablauforganisation stattfindet, spiegelt sich auf der Ebene der Praxisorganisation insgesamt: Durch die Definition, Umsetzung und das Nachhalten von Praxiszielen wird die Organisation sowie die medizinische Qualität der Arztpraxis systematisch weiterentwickelt. Mit anderen Worten: Es geht um die geplante Anwendung von gesundem Menschenverstand nicht nur cursorisch in einzelnen Bereichen, sondern als systematisch angewandtes Grundprinzip. Unterstützt wird dies durch Instrumente, wie sie in vielen Dienstleistungssektoren lange etabliert sind. Um einige zu nennen: Erarbeitung von Ablaufbeschreibungen, regelmäßige Teambesprechungen oder standardisierte Befragungen bspw. von Patienten; Zuweisen und ggf. Mitarbeitern.

### Qualität darlegen, Transparenz erhöhen

Selbstverständlich sind schon heute die relevanten Abläufe in Arztpraxen strukturiert und verantwortlich geregelt. Dieses bestehende Qualitätsniveau in Praxen ist unzureichend bekannt. Indem qualitätsrelevante Aspekte erfasst, beschrieben und verglichen werden sowie das in der Praxis angesammelte Wissen für alle Mitarbeiter und in aufbereiteter Form auch für Außenstehende verfügbar gemacht wird, wird die Transparenz geschaffen, die heute immer wieder als fehlend beklagt wird. Ergebnisindikatoren kommt hier eine wesentliche Bedeutung zu: Nur durch die Messung der Veränderung lässt sich einschätzen, ob der eingeschlagene Weg der richtige ist und ob ggf. Anpassungen vorgenommen werden müssen.

### Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) – das Qualitätsmanagement--System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung/Kassenärztlichen Vereinigungen

Für den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz Anlass, in den Jahren 2002 und 2003 ein eigenes, für die besonderen Bedürfnisse der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxis zugeschnittenes Qualitätsmanagement -System zu entwickeln. Erster Schritt der Entwicklung dieses Qualitätsmanagement-Verfahrens war deshalb eine systematische Gegenüberstellung der international verbreiteten Verfahren und deren Sichtung im Hinblick auf Anteile, die für die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung relevant und anwendbar sind. Insbesondere wurde darauf geachtet, alle wesentlichen Aspekte verbreiteter Verfahren zu berücksichtigen. Auf diese Weise wurde sichergestellt,

dass diejenigen Praxen, die schon ein Qualitätsmanagement beispielsweise mit der ISO eingeführt haben, ohne größeren Aufwand auf das Qualitätsmanagement-System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung/Kassenärztlichen Vereinigungen überwechseln können.

Kernstück von „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP) ist ein Qualitätszielkatalog, der es Praxen ermöglicht, über eine Selbstbewertung diejenigen Bereiche zu identifizieren, die möglicherweise von Ablaufverbesserungen profitieren können. Für die Umsetzung solcher Verbesserungen und die Einführung von Qualitätsmanagement werden Unterstützungstools bereitgestellt, beispielsweise Checklisten, Musterabläufe sowie Tipps und Hinweise auf erfolgreich praktizierten Vorgehensweisen. Das Qualitätsmanagement-System deckt dabei den Querschnitt einer Praxis ab und reicht von der Patientenversorgung über Information und Patientensicherheit, Mitarbeiter/-innen und Fortbildung, Praxisführung, Praxisorganisation sowie (gesetzliche) Rahmenbedingungen bis hin zum Themengebiet Qualitätsentwicklung. Dabei ist selbstverständlich klar, dass eine solche Einführung nicht innerhalb weniger Monate geschehen kann, sondern einen entsprechenden zeitlichen Rahmen braucht. Unterstützt wird die Einführung außerdem durch das Angebot von Fortbildungen, die kostengünstig über Kassenärztlichen Vereinigungen oder Berufsverbände angeboten werden können.

Weiterführende Informationen zum Qualitätsmanagement in der Arztpraxis sind erhältlich unter [www.kbv.de/qm..](http://www.kbv.de/qm..)



### **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)



3.1.1 Vertragsübersicht zu den Disease-Management-Programmen

Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V siehe auch Kapitel 2.3

**Diabetes mellitus Typ 2**

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	01.07.2003 (AOK) 08.09.2003 (BuKa) 01.04.2004 (LV BKK) 01.03.2004 (IKK) 01.07.2004 (VdAK)
akkreditiert:	12.02.2004 (AOK) 15.11.2004 (BuKa) 25.01.2005 (IKK)
Gültigkeitsbereich	KVBB
Vertragspartner	KVBB, AOK, Bukna, LV BKK, IKK, VdAK,
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2004	966
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	961
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	40
<b>Schulungen</b>	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	625
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht Insulin spritzen	607
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die Insulin spritzen	361
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	146
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2004	26465

**Diabetes mellitus Typ 1**

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	noch in Verhandlung

## Brustkrebs

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	01.03.2004 (alt 3-seitig) 01.09.2004 (neu 2-seitig)
akkreditiert:	noch nicht akkreditiert
Gültigkeitsbereich	KVBB
Vertragspartner	<u>Altvertrag:</u> KVBB, LKB, AOK, IKK, LV BKK, VdAK, LKK, BuKna <u>Neuvertrag:</u> KVBB, AOK, IKK, LV BKK, VdAK, LKK, Bukna
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2004	149
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	149
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2004	643

### Koronare Herzerkrankung

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	01.09.2004
akkreditiert:	noch nicht akkreditiert
Gültigkeitsbereich	KVBB
Vertragspartner	AOK, IKK, LV BKK, VdAK, LKK, Bukna
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2004	851
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	843
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	44
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	Keine Angabe
<b>Schulungen</b>	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen, Stand 31.12.2004	491
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht Insulin spritzen	468
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die Insulin spritzen	282
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	142
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2004	1437

### 3.1.2 Gestationsdiabetes

Die KV Brandenburg hat mit der kassenübergreifend das bundesweit derzeit einzige Screening-Programm für **Schwangerschaftsdiabetes** vereinbart. Werdende Mütter können diese Leistung als Kassenleistung unentgeltlich für sich in Anspruch nehmen.

Alle in einer gynäkologischen Praxis betreuten Schwangeren werden nach Feststellung der Schwangerschaft durch den behandelnden Gynäkologen über die Problematik des Schwangerschaftsdiabetes und das Screening-Verfahren informiert. Die Teilnahme ist freiwillig. Je nachdem ob Risikofaktoren bestehen oder nicht, sind die Tests entsprechend der Vereinbarung durchzuführen und die vollständige Verlaufsdokumentation zur Evaluation einzureichen.

Im Berichtszeitraum nahmen 139 Gynäkologen an der Vereinbarung teil.

### 3.1.3 Diabetes Strukturvertrag

Zur Optimierung der Betreuung von Diabetikern wurde mit Wirkung vom 08. Sept. 2003 mit der Bundesknappschaft und im Laufe des Jahres 2004 kassenübergreifend ein Strukturvertrag über die ambulante Behandlung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus und damit im Zusammenhang stehender Stoffwechselerkrankungen getroffen. Mit diesem Vertrag wurde die alte Diabetesvereinbarung vom 1993 abgelöst.

Die Qualifikationsanforderungen setzen eine Spezialisierung für Diabetologie bzw. die Teilgebietsbezeichnung Endokrinologie oder Zusatzbezeichnung Diabetologie voraus.

Der Strukturvertrag regelt den Versorgungsauftrag der Schwerpunktpraxen zur Mitbehandlung von DMP- Patienten und die Behandlung von Patienten bei speziellen Indikationen außerhalb des DMP. Somit ist eine qualifizierte Betreuung aller Diabetiker in den Schwerpunktpraxen auch künftig gesichert.

Durch diesen Strukturvertrag wird in Brandenburg weiterhin sichergestellt, dass Schulungsprogramme für alle Formen des Diabetes in den Arztpraxen qualifiziert angeboten werden können. Durch strukturierte Schulungen mit unterschiedlichen Lerninhalten für die einzelnen Diabetestypen und Behandlungsgruppen soll so die Therapie- und Lebensqualität der Patienten verbessert und die diabetesbedingten Früh- und Spätkomplikationen verringert werden. Die Inhalte der Schulungen entsprechen den Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Die Honorierung der Schulungsprogramme setzt die Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsseminaren voraus. In Zusammenarbeit mit dem ZI werden diese Seminare für die Ärzte und Arzthelferinnen organisiert.

<b>Strukturvertrag über die ambulante Behandlung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus und damit in Zusammenhang stehende Stoffwechselerkrankungen Geltungsbereich : landesweit</b>	Bukna gültig seit: 08.09.2003, AOK, IKK, BKK gültig seit: 01.04.2004 VDAK gültig seit: 01.07.2004	Diabetes-Schwerpunkt- praxis gem. § 5 der Diabetes-Vereinbarung	Strukturierte Schulung nichtinsulinpflichtiger Diabetiker gem. § 3	Strukturierte Schulung insulinpflichtiger Diabetiker gem. § 4	Nekrose-Abtragung beim diabetischen Fuß lt. EBM
Anzahl der Ärzte mit Genehmigung Stand: 31.12.2004		44	1021	515	28
Qualitätssicherungskommission	3 Mitglieder				
Zusatzvereinbarungen		Durchführungsbestimmungen			
<b>Tätigkeitsumfang im Berichtszeitraum 2003</b>					
Anzahl beschiedener Anträge		1	53	43	18
davon Genehmigungen		1	53	43	18
davon Ablehnungen		0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0	0	0	0
Anzahl Kolloquien		0	0	0	0

### **3.1.4 Kataraktoperationen**

In den letzten Jahren hat sich die Ophtalmochirurgie entscheidend gewandelt, sodass aufgrund moderner Methodik vermehrt ambulante Operationen möglich geworden sind. Daher wurde durch die Vertragspartner vereinbart gemäß § 73a SGB V in Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, ambulante Kataraktoperationen gezielt zu fördern und eine bedarfs- und patientengerechte qualitativ hochwertige Versorgung langfristig zu sichern.

Am 01.07.2002 trat der Strukturvertrag zwischen der KV Brandenburg und den Ersatzkassenverbänden des Landes in Kraft, in welchem die Behandlung und Betreuung von Patienten im Zusammenhang mit ambulant durchführbaren Kataraktoperationen geregelt wird.

Die Vereinbarung betrifft alle Leistungen und Sachkosten gemäß den Inhalten zur GNR 1353 EBM, sowie Vorbereitung und Nachbetreuung der Patienten.

Zur Unterstützung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde eine Qualitätskommission „Ambulante Kataraktchirurgie“ gebildet.

### 3.1.5 Homecare-Vereinbarung

Bereits mit Wirkung vom 01.07.1996 wurde mit dem IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin eine Vereinbarung getroffen, in der geregelt wird, dass der besondere Aufwand beim **Hausbesuch** eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer **magligen Tumorerkrankung** bzw. **AIDS-Erkrankung** zusätzlich honoriert wird. Die Abrechnung der Zuschläge bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die KVBB. Voraussetzung zum Erwerb der Genehmigung sind eingehende Erfahrungen und Kenntnisse des Vertragsarztes, bei der Behandlung sterbender Patienten, was in geeigneter Weise zu belegen ist. Der berechnigte Vertragsarzt verpflichtet sich zur engen und dauerhaften Zusammenarbeit mit einem onkologischen Schwerpunkt- bzw. AIDS-Zentrum.

### 3.2 Qualitätszirkel

Ärztliche Qualitätszirkel haben sich in den letzten 10 Jahren als ein Schlüsselement in der Qualitätsentwicklung der vertragsärztlichen Arbeit erwiesen.

Mit der Herausgabe der „Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V“ im Jahre 1994 wurde die Grundlage für eine bundesweit weitgehend einheitliche Vorgehensweise zur Errichtung und Weiterentwicklung von Qualitätszirkeln geschaffen. Qualitätszirkel (QZ) verstehen sich in erster Linie als Gruppen, die sich mit der Qualitätsentwicklung der „Versorgungspraxis“ der Vertragsärzte beschäftigen. Insofern arbeiten sie mit dem Modell der „best practice“. Unter diesem Modell versteht man eine Grundhaltung im Rahmen von Qualitätslenkungsprozessen, bei der sich Ärzte und Psychotherapeuten um die stetige Weiterentwicklung der von ihnen vollzogenen Handlungspraxis bemühen.

Im interkollegialen Erfahrungsaustausch werden Versorgungsroutinen bewusst gemacht und eine Analyse und Bewertung der eigenen Tätigkeit ermöglicht. Damit gehen Qualitätszirkel grundsätzlich über die Anforderung der klinischen Weiterbildung weit hinaus. Qualitätszirkel arbeiten demnach auf

- freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- auf der Grundlage des kollegialen Diskurses („peer review“)
- mit Moderator/in
- 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 Fachrichtung

Die jahrelange Erfahrung mit Qualitätszirkeln, die durch viele Kassenärztliche Vereinigungen gesammelt wurde, hat gezeigt, dass die Unterstützung der Moderatoren und die Entwicklung bzw. Aufbereitung von Qualitätszirkelthemen von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg der Zirkelarbeit sind. Qualitätszirkel-Moderatoren haben eine entscheidende Rolle bei der Kommunikation formaler Qualitätszirkelinstrumente auf die Ebene der arbeitenden Qualitätszirkel. Ein train-the-trainer System bietet dabei die Möglichkeit einer kontinuierlichen Begleitung der Qualitätszirkel-Moderatoren mit dem Ziel, neue Moderationstechniken und Qualitätszirkelinstrumente aufzugreifen und weiterzuvermitteln, um die Qualität und Kontinuität der Arbeit in den Qualitätszirkeln sicherzustellen. Die KBV hat die bewährten Ansätze regionaler Aktivitäten im Rahmen ihrer Qualitätsoffensive aufgegriffen und ein Konzept zur bundesweiten Ausbildung von Qualitätszirkel-Tutoren entwickelt, welches nach einer erfolgreichen Pilotphase mit 30 Teilnehmern derzeit fortgesetzt wird. Zielgruppe der Tutorenausbildung sind haus- und fachärztliche, erfahrene Qualitätszirkelmoderatoren. Im Rahmen von drei Lehrwochenenden à 2,5 Tage und drei Supervisionen à 4 Stunden bilden die Themen „Grundlagen der Gruppenleitung und Patientenfallkonferenz“, „Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien“ sowie „Rückmeldesystem und Verfahrensanweisungen“ den Schwerpunkt.



3. Qualitätssicherung

Die Tutoren haben die Aufgabe, nach ihrer eigenen, strukturierten Ausbildung, QZ-Moderatoren auszubilden und ihnen in kontinuierlichen Fortbildungsveranstaltungen neue QZ-Instrumente und Moderationsstrategien anzubieten. Darüber hinaus stellen sie die begleitende Supervision der Moderationsarbeit sicher und unterstützen in den KVen die Qualitätssicherungsbeauftragten bei der Weiterentwicklung der QZ-Arbeit.

Die KBV hat für Tutoren und Moderatoren das „Handbuch Qualitätszirkel“ herausgegeben, welches Arbeitsmaterialien für Qualitätszirkel in Form einzeln zu nutzender Module beinhaltet und kontinuierlich durch neue Dramaturgien weiterentwickelt wird.

<b>Umfang der QZ Arbeit</b>	
Anerkannte QZ, insgesamt	138
Teilnehmende Ärzte	1676
Aktive QZ (mind. 4 Sitzungen im Jahr 2004), insgesamt	137
- darunter hausärztliche QZ	30
- darunter fachärztliche QZ	55
- darunter QZ der Psychotherapie	12
- darunter interdisziplinäre QZ	5
- darunter QZ zu Diabetes mellitus	11
- darunter QZ Schmerztherapie	13
- darunter Kinderärztliche QZ	7
- darunter allergologischer QZ	3
Anzahl der QZ, die im Jahr 2004 neu gegründet wurden	23

<b>Moderatoren</b>	
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die bisher insgesamt zu Moderatoren ausgebildet wurden (Stand: 31.12.04, ggf. differenziert nach KBV-Modul und andere)	
- Moderatorenausbildung	196
- Tutorenausbildung (KBV)	4
- davon Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 neu ausgebildet wurden	37
Anzahl der im Jahr 2004 durchgeführten Moderatorenfortbildungsveranstaltungen der KV	3
Teilnehmergebühr für Moderatorenfortbildungsveranstaltungen (j/n, Höhe)	keine
Anfertigung von Protokollen (j/n)	ja

<b>Sonstiges</b>	
Honorare / Aufwandsentschädigungen für Moderatoren (j/n, Höhe)	77,00 EUR
Anzahl Weiterbildungspunkte für Moderator/Teilnehmer pro QZ Sitzung	2 Punkte

### 3.3 Qualitätssicherungskommissionen

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 2004
Ambulantes Operieren	4 ärztl. Mitglieder	1
Apheresen (nach § 5 der RL)	s. Blutreinigungsverfahren	5
Arthroskopie	3 ärztl. Mitglieder	3
Blutreinigungsverfahren	6 ärztl. Mitglieder 2 MDK-Vertreter	5
Herzschrittmacherkontrolle	s. Langzeit-EKG	
Invasive Kardiologie	3 ärztl. Mitglieder	1
Kernspintomographie	3 ärztl. Mitglieder	3
Koloskopie	3 ärztl. Mitglieder	6
Labor	3 ärztl. Mitglieder 1 Fachwissenschaftler der Medizin	4
Langzeit-EKG	3 ärztl. Mitglieder	3
Mammographie	s. Radiologie	
Onkologie	6 ärztl. Mitglieder	2
Photodynamische Therapie	3 ärztl. Mitglieder	2
Psychotherapie	3 ärztl. Mitglieder 1 Psych. Psychotherapeut	6
Schlafapnoe	3 ärztl. Mitglieder	2
Schmerztherapie	3 ärztl. Mitglieder	5
Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin	6 ärztl. Mitglieder	4
Substitution	3 ärztl. Mitglieder 3 Kassenvertreter	4
Ultraschall	5 ärztl. Mitglieder	5
Zytologie	6 ärztl. Mitglieder	2
Chirotherapie	4 ärztl. Mitglieder	2

### **3.4 Bundesweit geltende Regelungen**

Im folgenden werden die bundesweit 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.

### 3.4.1 Ambulantes Operieren

In dem dreiseitigen Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der DKG und der KBV haben die Partner Regelungen zur Sicherung der Qualität für ambulante Operationen und Anästhesien vereinbart.

Operationen und Anästhesien sind nach Facharztstandard zu erbringen; bedarf es z.B. zur Durchführung bestimmter Operationen des Abschlusses einer zusätzlichen Weiterbildung, so darf solch eine Leistung nur nach Vorlage entsprechender Zeugnisse erbracht werden. Bauliche, apparativ-technische, hygienische und personelle Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen, ggf. wird eine Praxisbegehung vereinbart. Alle ambulant durchgeführten Operationen und Anästhesien sind entsprechend zu dokumentieren, mit dieser Dokumentation soll eine statistische Auswertung ermöglicht werden. Die Datenschutzbestimmungen sind durch Anonymisierung gewährleistet. Zusätzlich ist eine Infektionsstatistik für die Operationseinrichtung zu führen.

<b>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren</b>	gültig seit: 01.10.1994 zuletzt geändert: 01.01.2002
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 01.07.2002)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	592
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	47
- davon Genehmigungen	47
- davon Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	62
Anzahl Praxisbegehungen	0
Überprüfung der Dokumentation	0
Anzahl geprüfter Ärzte/Fälle	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	0

### 3.4.2 Apherese 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 eingesetzte Fachkommission wurde mit Änderung der Richtlinie in 2003 um zwei fachkundige Mitglieder des Medizinischen Dienstes erweitert und hat in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Indikation für den Beginn oder eine Verlängerung der Therapie 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 als „ultima ratio“ 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.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung von Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren</b>	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)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	40
<b>Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)</b>	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
<b>LDL-Apherese</b>	
Anzahl Patienten im Jahr 2004	129
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	20
- davon positives Votum der KV	20
- davon negatives Votum der KV	0
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	67
- davon positives Votum der KV	67
- davon negatives Votum der KV	0
<b>Apherese bei rheumatoider Arthritis</b>	
Anzahl Patienten die im Jahr 2004 mindestens einen Zyklus begonnen haben	3
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon positives Votum der KV	3
- davon negatives Votum der KV	0

### 3.4.3 Arthroskopische Untersuchungen

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Die Genehmigung wird erteilt wenn der Arzt zusätzlich zu den in der Vereinbarung zum ambulanten Operieren geforderten Voraussetzungen die fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung "Spezielle Orthopädische Chirurgie" im Gebiet "Orthopädie" erworben hat oder für die arthroskopische Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung berechtigt ist. Weitere arthroskopische Behandlungen sind nur unter Nachweis bestimmter Untersuchungszahlen möglich. Sollten Zweifel an der Befähigung des Arztes offen bleiben, kann der Sachverhalt in einem Kolloquium geprüft werden.

Zusätzlich zu den im Vertrag zum ambulanten Operieren genannten räumlichen und apparativen Voraussetzungen ist u.a. die räumliche Trennung des OP-Raumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes nachzuweisen.

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	46
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	20
Anzahl geprüfter Ärzte	2
- davon ohne Beanstandung	16
- davon mit leichten Beanstandung	4
- davon mit schweren Beanstandungen	0

### 3.4.4 Blutreinigungsverfahren

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

Zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse sind Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie berechtigt. Abweichend davon wird für den Bereich der Kinderdialyse die Gebietsbezeichnung Kinderheilkunde sowie eine kindernephrologische Qualifikation gefordert; die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium ist hier obligat.

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

Die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten unterliegt zur Sicherung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung besonderen Versorgungsaufträgen, die nach Art und Schwere der Nierenerkrankung gestaffelt, unterschiedliche Anforderungen voraussetzen. Genehmigungspflichtige Versorgungsaufträge bedingen den Nachweis sowohl der fachlichen als auch der apparativen und organisatorischen Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren. Erteilt werden kann der jeweilige Versorgungsauftrag aber erst dann, wenn die kontinuierliche wirtschaftliche Versorgungsstruktur für die projektierte Dialysepraxis gewährleistet ist.

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)</b>	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)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2004	22
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	40
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0



### 3.4.5 Chirotherapie

Gezielte chirotherapeutische Eingriffe können an der Wirbelsäule und/oder an den Extremitätengelenken zu Lasten der GKV vom Arzt durchgeführt und abgerechnet werden. Die Abrechnung setzt allerdings den Nachweis einer besonderen ärztlichen Qualifikation voraus, die der KV gegenüber nachzuweisen ist.

Der Vertragsarzt muss die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ haben oder über eine vergleichbare Qualifikation verfügen, die durch Teilnahme an mehreren Kursen erworben werden kann . Ausbildungsnachweise sind in jedem Fall vorzulegen.

<b>Chirotherapie</b>	
Rechtsgrundlage	§ 87 Abs. 1 Auflage des EBM's
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	350
Anzahl beschiedene Anträge	18
- davon Genehmigungen	18
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

### 3.4.6 Herzschrittmacherkontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen besitzen. Dabei gelten für die ärztliche Qualifikation zwei Stufen. 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. Bestehen Zweifel ob die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllt sind, können diese in einem Kolloquium geklärt werden.

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle</b>	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur</b> zur Überprüfung des <b>Batteriezustandes</b> (Nr. B 1 der RL), Stand 31.12.2004	39
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des <b>Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse</b> (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2004	54
Anzahl beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

### 3.4.7 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 ist erstmalig die Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gekoppelt. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll geprüft werden welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

<b>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)</b>	gültig seit: 01.10.1999						
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)						
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	keine						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur</b> zur <b>Diagnostik</b> (Abrechnung der EBM Pos. 5120), Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003		2004				
	1		1				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>Diagnostik und Therapie</b> (z.B. PTCA) (Abrechnung der EBM Pos. 5120+5122), Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003		2004				
	8		8				
<b>Nachweise der fachlich Befähigung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung gem. § 7 der Vereinbarung</b>							
<b>1. Ärzte mit Genehmigung <u>nur</u> zur Diagnostik</b>	mind 150 diag. Katheterisierungen						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen	kein Nw.	< 100	100 - 129	130 - 149	150 - 169	170 - 199	> 199
				1			
<b>2. Ärzte mit Genehmigung zur Diagnostik und Therapie</b>	mind 150 diag., davon 50 ther. Katheterisierungen						
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen	kein Nw.	< 100	100 - 129	130 - 149	150 - 168	170 - 199	> 199
				8			
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischer Katheterisierungen	kein Nw.	< 33	33- 42	43- 49	50- 56	57- 66	> 66
				8			

### 3.4.8 Kernspintomographie

Diese Vereinbarung soll die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie sichern. In ihr werden u.a. die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt.

Danach kann ein Arzt allgemeine kernspintomographische Leistungen ausführen und abrechnen, wenn er zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie, Neuroradiologie oder Nuklearmedizin berechtigt ist oder u.a. den Nachweis einer 24monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik mit einer bestimmten Anzahl von Untersuchungen in den einzelnen Gebieten und in jedem Fall die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der KV nachweisen kann. Die mit einer Weiterbildung zum Facharzt erworbenen Kenntnisse werden gesondert berücksichtigt.

Ähnlich wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie ist die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Magnetresonanz-Mammographie (zusätzlich) an die Erbringung einer bestimmten Anzahl dieser Leistung (50) pro Jahr gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist diese mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)</b>	Gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.10.2001
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie ( <b>allgemeine MRT</b> ), Stand 31.12.2004	25
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma ( <b>MRM</b> ), Stand 31.12.2004	2
Anzahl beschiedene Anträge (allgemeine MRT / MRM)	4
- davon Genehmigungen	4
Anzahl Kolloquien	2
- davon bestanden	2
Anzahl jährl. Prüfungen nach §4a Abs. 2 – MRM	1
- davon bestanden	1
Bemerkungen	nach §4a Abs. 3 ist der Arzt verpflichtet, Maßnahmen zur histologisch/zytologischen Abklärung, die auf Grund der MRM veranlasst wurden, zu dokumentieren und seiner vorgenommenen prospektiven Diagnostik zuzuordnen

### 3.4.9 Koloskopie

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Koloskopie (einschl. der ggf. erforderlichen Polypektomien) gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie in der vertragsärztlichen Versorgung.

Ärzte, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung (01.10.2002) Koloskopien in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben, erhalten eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen, wenn sie die Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ mit dem Erwerb der Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie“ oder die Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ besitzen.

Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden regelmäßig geeignete hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskopie durchgeführt.

Siehe auch Kapitel 2.2

<b>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.10.2002						
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)						
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	keine						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>ausschließlich</b> zur <b>kurativen</b> Koloskopie, Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003			2004			
	85			92			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>kurativen und präventiven</b> Koloskopie, Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	2003			2004			
	80			89			
Anzahl beschiedene Anträge	neu			erneut (§6 Abs. 1 Nr.3)			
	11			0			
- davon Genehmigungen	11			0			
	kein Nw.	< 125	125 - 174	175 - 199	200 - 224	225 - 274	> 274
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen zu abgerechneten totalen Koloskopien	1			75			
- davon Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen zu abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien	kein Nw.	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	1			75			
Anzahl der Hygieneüberprüfungen (gemeint sind Prüfungen nicht Ärzte)	6-monatige (§ 7 Abs.3)		3-monatige (§ 7 Abs.8a)		6-wöchige (§7 Abs.8c Nr.1)		
	174		2		0		
- davon nicht bestanden	6-monatige (§ 7 Abs.3)		3-monatige (§ 7 Abs.8a)		6-wöchige (§7 Abs.8c Nr.1)		
	2		0		0		
Anzahl Kolloquien	1						
- davon bestanden	1						
Bemerkungen: Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können							

### 3.4.10 Künstliche Befruchtung

Maßnahmen der künstlichen Befruchtung gehören nach § 27 a SGB V grundsätzlich zum Leistungskatalog der GKV.

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen dürfen nur von solchen zugelassenen Ärzten, ermächtigten Ärzten oder ermächtigten ärztlich geleitete Einrichtungen durchgeführt werden, denen die Behörden gemäß § 121 a SGB V eine Genehmigung erteilt haben. Dies gilt auch für Inseminationen, wenn sie nach Stimulationsverfahren erfolgen. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten ohne weiteren Qualifikationsnachweis durchgeführt werden.

Voraussetzung für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist die gesetzlich vorgeschriebene Beratung des Paares. Dies erfolgt in der Regel durch Frauenärzte, während andere Fachgruppen gegenüber der KV anhand von Bescheinigungen und Zeugnissen nachweisen müssen, dass sie eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin erlangt haben, bevor sie die Pflichtberatung abrechnen dürfen. Ferner müssen sie die Voraussetzungen zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung erfüllen. Die Beratung darf nicht von dem Arzt durchgeführt werden, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung</b>	gültig seit: 01.10.1990 zuletzt geändert: 23.12.2004
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit §135 Abs.1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2004	1
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2004	1
Bemerkungen	Voraussetzung ist die Genehmigung durch die LÄK

### 3.4.11 Laboratoriumsuntersuchungen / Ringversuche

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels OIII EBM und Leistungen des Kapitels B EBM mit hierzu getroffenen vertraglichen Vereinbarungen im BMÄ und in der E-GO. 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. Bei einem Folgeantrag kann im Einzelfall von der Durchführung eines erneuten Kolloquiums abgesehen werden.

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.

<b>Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung</b>	gültig seit: 09.05.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der BÄK
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen (OIII), Stand 31.12.2004	324
Anzahl beschiedene Anträge	8
- davon Genehmigungen	8
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	5
- davon bestanden	5

### 3.4.12 Langzeit-EKG-Untersuchungen

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen dürfen in der kassenärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, welche entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können. Die Durchführung der Langzeit-EKG-Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Diese Befähigung gilt bei Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung "Innere Medizin" als nachgewiesen. Von anderen Ärzten ist der Nachweis über die selbständige Durchführung und Auswertung von min. 100 Langzeit-EKG Untersuchungen zu erbringen. Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen wird die Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers bzgl. der geforderten Parameter verlangt. Unklarheiten können in einem Kolloquium der Kassenärztlichen Vereinigung beseitigt werden.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen</b>	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur</b> zur <b>Aufzeichnung</b> , Stand 31.12.2004	74
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>Aufzeichnung und Auswertung</b> , Stand 31.12.2004	297
Anzahl beschiedene Anträge	26
- davon Genehmigungen	26



### 3.4.13 Onkologie – Vereinbarung

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Zusatzvereinbarung mit den Ersatzkassen über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung. 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 wie beispielsweise die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“ bzw. die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen von mehreren hundert durchgeführten Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen

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

<b>Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung</b>	gültig seit: 01.07.1995 zuletzt geändert 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V Anlage 7 BMV EKV
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK/AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	77
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Bemerkungen	Bezug in § 9 Abs. 3 auf § 135 Abs. 3 SGB V. § 135 Abs. 3 wurde mit GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000-E in § 136 a und b übernommen

### 3.4.14 Otoakustische Emissionen

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.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen</b>	Gültig seit: 24.11.1995
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	57
Anzahl beschiedene Anträge	8
- davon Genehmigungen	8

### 3.4.15 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Die auf Bundesebene geschlossene Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß §135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist am 01.08.2001 in Kraft getreten.

Diese Vereinbarung dient der Qualitätssicherung der photodynamischen Therapie bei alterabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer chorioidaler Neovaskularisation.

Antragsberechtigt sind Ärzte, die über die Gebietsbezeichnung "Augenheilkunde" verfügen. Darüber hinaus müssen sie nachweisen können, dass sie unter Anleitung eines zur Weiterbildung berechtigten Arztes selbständig 200 Fluoreszenzangiographien des Augenhintergrundes zur Differentialdiagnose der fraglichen Indikation ausgewertet haben. Zusätzlich müssen die antragstellenden Ärzte aktuell an einem speziellen Kurs teilgenommen haben. Weiterhin ist die Genehmigung zur Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie bei diesem Krankheitsbild an die Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden, die jährlich überprüft wird.

Die Erfüllung der apparativen Anforderungen an das für diese Therapie benötigte Lasergerät ist durch Nachweis entsprechender Unterlagen des Herstellers ebenfalls nachzuweisen.

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund</b>	Gültig seit: 01.08.2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	11 / 9		
Anzahl beschiedene Anträge (neu/erneut (§ 7 Abs.6))	neu	Erneut gem. § 7 Abs.6	
	1		
- davon Genehmigungen	1		
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen / Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1. Überprüfung	2. Überprüfung	3. Überprüfung (Kolloquium)
	9	1	0
- davon nicht bestanden (Anzahl Ärzte)	1. Überprüfung	2. Überprüfung	3. Überprüfung (Kolloquium)
	1	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2		

### 3.4.16 Psychotherapie

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen sowohl für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die KV voraus. Beinhaltet sind in dieser Vereinbarung 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).

Neben dem Recht zum Führen von Gebietsbezeichnung bzw. Zusatzbezeichnung im psychotherapeutischen Bereich sind entsprechend der beantragten Leistung weitere Weiterbildungszeugnisse und Kursbescheinigungen gefordert.

Der psychologische Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut muss ggf. ebenfalls zusätzlich zum Fachkundenachweis weitere Zeugnisse aus anerkannten Ausbildungsstätten oder von anerkannten Kursen (je nach Antragsstellung) nachweisen.

Die Genehmigung der Durchführung einer Psychotherapie ist an ein Gutachterverfahren gebunden, bzgl. der Kurzzeittherapie kann unter bestimmten Voraussetzungen der Therapeut von dieser Pflicht befreit werden.

<b>Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 22.04.2004		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Nein		
Anzahl beschiedene Anträge (Therapeuten*)	153		
- davon Genehmigungen	153		
	<b>nur für Erwachsene</b>	<b>auch für Kinder und Jugendliche</b>	<b>nur für Kinder und Jugendliche</b>
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie</b>	135	39	18

- davon Ärzte	68	22	6
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Verhaltenstherapie</b>	99	57	13
- davon Ärzte	20	8	7
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>analytischen Psychotherapie</b>	20	5	5
- davon Ärzte	8	4	0
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie</b>	57		
- davon Ärzte	27		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>analytischen Psychotherapie</b>	9		
- davon Ärzte	4		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>Verhaltenstherapie</b>	49		
- davon Ärzte	16		
Therapeuten* mit <b>mindestens einer</b> der oben genannten Genehmigung	258		
- davon Ärzte	95		
Anzahl Therapeuten* mit <b>Befreiung von der Gutachterpflicht</b>	Einzelbehandlung: 153 Gruppenbehandlung: 11		
- davon Ärzte	Einzelbehandlung: 23 Gruppenbehandlung: 6		

Genehmigungen im Rahmen der <b>psychosomatischen Grundversorgung</b> , Stand 31.12.2004	
- Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	2767
- Therapeuten* mit Genehmigung zum <b>autogenen Training</b>	340
- davon Ärzte	242
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Jacobsonischen Relaxation</b>	93
- davon Ärzte	36
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Hypnose</b>	130
- davon Ärzte	82

\* 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

### 3.4.17 Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie)

Die Durchführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Dazu sind entsprechende Qualifikationen und die Teilnahme an einem von ihr anerkannten Kurs nachzuweisen. Die Stufendiagnostik der Hypersomnie bezieht sich in ihrer vierten Stufe auf die Polysomnographie.

Diese Richtlinie wird zum 01.04.2005 aktualisiert, siehe hierzu Kapitel 4.2.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe</b>	gültig seit: 01.10.1991
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	0
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	59
Anzahl beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben	Rechtsgrundlage § 136 SGB V
Anzahl geprüfter Ärzte	6
- davon ohne Beanstandung	3
- davon mit leichten Beanstandungen	3
- davon mit schweren Beanstandungen	0

### 3.4.18 Schmerztherapie

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Zusatzvereinbarung mit den Ersatzkassen. Ziel dieser Vereinbarung ist die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch besonders dafür qualifizierte Vertragsärzte.

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung differenzierte Zeugnisse oder Bescheinigungen nachweisen. Neben apparativ-technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen ist u.a. auch die jährliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie eine entsprechende Dokumentation nachzuweisen.

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

Schmerztherapie-Vereinbarungen als Zusatzvereinbarungen zum Bundesmantelvertrag wurden zum Teil auch auf Landesebene für die Primärkassen getroffen.

<b>Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten</b>	gültig seit: 01.07.1997 zuletzt geändert: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	Anlage 12 BMV-EKV
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK / AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	BKK-Landesverband-Ost (11.2.2004)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	57
Anzahl beschiedene Anträge	57
- davon Genehmigungen	57
Anzahl Kolloquien	4
- davon bestanden	4
Anzahl jährliche Prüfungen nach § 4 Abs. 2	52
- davon ohne Beanstandungen	52

Siehe auch Kapitel 4.1



### 3.4.19 Sozialpsychiatrie

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 als Zusatzvereinbarungen wurde in Brandenburg mit dem BKK-Landesverband getroffen.

<b>Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.07.1994
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV)
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK / AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja BKK-Landesverband Ost (11.2.2004)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	6
Anzahl beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6

### 3.4.20 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.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)</b>	gültig seit: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 37 a SGB V i.V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2004	8
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL	3
- davon Genehmigungen	3

### 3.4.21 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. Unklarheiten bzgl. der fachlichen Qualifikation können in Kolloquien beseitigt werden.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen</b>	gültig seit: 24.11.1995 zuletzt geändert 22.03.2000
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	9
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1

### **3.4.22 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.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)</b>	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.03.2004	
<b>hier: Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII</b>		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2003 <b>und</b> Stand 31.12.2004	75 / 60	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Abschnitt 1 (Fallsammlung) (§ 7 Abs.2 Buchst.a)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	3	0
- davon bestanden	2	0
- davon nicht bestanden	1	0
Anzahl Ärzte, deren Abrechnungsgenehmigung widerrufen wurde, weil sie sich nicht bis zum 30.09.03 der Prüfung nach Abschnitt 1 unterzogen haben	3	
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Abschnitt 2 (§ 7 Abs.2 Buchst.b) teilgenommen haben	54	
Anzahl Ärzte, die die Fallsammlung nach Abschnitt 1 bestanden haben, sich aber nicht innerhalb von 12 Monaten zur Selbstüberprüfung nach Abschnitt 2 angemeldet haben	4	
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Abschnitt 3 § 6 durchgeführt wurde *	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	6	0
- davon bestanden	6	0
- davon nicht bestanden aufgrund § 6 Abs.7 Buchst. a) (mehr als 24 Beurteilungen in Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel)	0	0
- davon nicht bestanden aufgrund § 6 Abs.7 Buchst. b) (mehr als 1 Beurteilungen in Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel)	0	0
Bemerkungen	* Auf Grund der Überprüfung alle 24 Monate, Prüfrate 2004 nur gering	

**3.4.22b Strahlendiagnostik/-therapie  
(allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)**

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)</b> gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.04.2002	Diagnostische Radiologie	<b>Mammographie</b>	Computer-tomographie	Osteodensi-tometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)		siehe gesonderte Tabelle 3.4.22a	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 31.12.2004	564		95	54	8	26
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV						
Anzahl beschiedene Anträge	22		9	3	7	3
- davon Genehmigungen	22		9	3	7	3
Anzahl Kolloquien	1		0	3	0	0
- davon bestanden	1		0	3	0	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben						
Anzahl geprüfter Ärzte	11		2			
- davon ohne Beanstandung	5		2			
- davon mit leichten Beanstandungen	5		0			
- davon mit schweren Beanstandungen	1		0			

### 3.4.23 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 Substitutionsbehandlungen für Jugendliche, bei Abhängigkeit weniger als zwei Jahre oder bei einer Codein/Dihydrocodein(DHC)-Substitution unmittelbar mit Beginn der Therapie der Kommission vorzulegen.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger</b>	Gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 01.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	35
Anzahl abrechnender Ärzte (z.B. II/2004 )	8
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	1
- davon Genehmigungen	1
Stichprobenprüfung der Dokumentation nach § 9 (3 und 4) (Ärzte/Fälle)	5 / 7
- davon ohne Beanstandungen	3
- davon mit Beanstandungen	4
Anzahl der "5-Jahres-Überprüfungen-Patienten" nach § 9 der Richtlinie	3
- davon ohne Beanstandungen	3
- davon mit Beanstandungen	0
Anzahl Patienten im Jahr 2004	58
Anzahl Patientenan- und -abmeldungen	44 / 47



### 3.4.24 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.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 31.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2004	1176 Herz - 146 / Gefäße - 235
(ggf. Anzahl Genehmigungen, Stand 31.12.2004)	
Anzahl beschiedene Anträge	127
- davon Genehmigungen	127
Anzahl Kolloquien	49
- davon bestanden	49
- davon nicht bestanden	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	162
Anzahl geprüfter Ärzte	17
- davon ohne Beanstandung	9
- davon mit leichten Beanstandungen	8
- davon mit schweren Beanstandungen	0
Bemerkungen	Aufgrund technischer Gegebenheiten sind die Genehmigungen in ihrer Gesamtheit nicht zu erfassen

### 3.4.25 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik von Karzinomen des weiblichen Genitale

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

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale</b>	gültig seit: 01.07.1992 zuletzt geändert:: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Stichprobenprüfung : Rechtsgrundlage § 136 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	27
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	1
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	3
- davon bestandene Prüfungen	1
- davon nicht bestandene Prüfungen	2

## 4. Ausblick

Auch für das Geschäftsjahr 2005 sind eine Reihe von Änderungen zu erwarten. Hierzu gehören Überarbeitungen der Schmerztherapievereinbarung, der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen und eine Ergänzung der Ultraschall-Vereinbarung um die Anlage IV zur Untersuchung der Säuglingshüfte.

### 4.1 Schmerztherapie

Die Therapie chronisch Schmerzkranker hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Standardisierte Behandlungsmethoden sowie neue Wirkstoffe haben die Schmerztherapie deutlich verbessert. Auch wurde durch den Einsatz von validierten Messinstrumenten sowohl die Diagnosestellung als auch die Verlaufbeobachtung der Therapie auf eine objektivierbare Basis gestellt. Von diesen Verbesserungen haben bislang jedoch nicht alle gesetzlich Krankenversicherten profitiert. Je nach Krankenkasse und Region gab es erhebliche Unterschiede im Versorgungsniveau, ein flächendeckendes Angebot konnte nicht gemacht werden.

Am 1. April 2005 ist die „Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Kraft getreten. Damit ist es gelungen, die Voraussetzungen für eine flächendeckende Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards zu schaffen und damit die schmerztherapeutische Versorgung allen gesetzlich Versicherten zugänglich zu machen.

Bereits 1994 schlossen die KBV und die Verbände der Ersatzkassen VdAK und AEV als Anlage zum Bundesmantelvertrag- Ärzte/Ersatzkassen eine „Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten“ ab. Damit trat erstmals in Deutschland eine bundeseinheitliche Regelung mit dem Ziel in Kraft, die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch besonders dafür qualifizierte Vertragsärzte zu ermöglichen, zu fördern und in der vertragsärztlichen Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Mit der darauf folgenden Einführung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Jahr 1995 wurden die Voraussetzungen für eine zeitgemäße Schmerztherapie weiter verbessert.

Die Schmerztherapie-Vereinbarung wurde 1997 inhaltlich überarbeitet und neu gefasst. Zwar bestanden auch im Primärkassenbereich einige Schmerztherapie- Vereinbarungen auf Landesebene, doch nicht alle Kassen hatten für ihre chronisch schmerzkranken Patienten gesonderte Verträge abgeschlossen, sodass bislang nur Ersatzkassen-Versicherte nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards behandelt werden.

Die Vereinbarung hat das Ziel, die Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten zu verbessern. Für diese Patienten hat der Schmerz bereits seine Warn- und Leitfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt, oder er ist zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden. Hierfür ist eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich, die qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden kann, die über eine besondere Qualifikation und Erfahrung verfügen sowie bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung dagegen können und sollen durch die

bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden.

Vom Grundsatz her wurden wesentliche Bereiche aus der Schmerztherapie- Vereinbarung mit den Verbänden der Ersatzkassen in die neue Vereinbarung übernommen: Neben der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen vor Antragstellung wird eine ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer besonders qualifizierten Schmerzpraxis gefordert. Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden dabei nicht anerkannt. Auch weiterhin muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt eine bestimmte Anzahl von obligaten und fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren vorhalten. Von besonderer Bedeutung ist die Interdisziplinarität der Behandlung unter der Federführung eines qualifizierten Schmerztherapeuten. So soll der Arzt prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert, wenn es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik kommt. Als zusätzliche fachliche Qualifikation wird die Genehmigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung für alle schmerztherapeutisch tätigen Ärzte gefordert. Weiterhin muss der Arzt an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen er ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt. In der Anlage zur Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie wurden zudem erstmals bundeseinheitliche Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung festgelegt, in der der Arzt seine fachliche Qualifikation erwerben kann.

Mit der Übertragung der Erfahrungen der Ersatzkassenvereinbarung zur Schmerztherapie sind die Voraussetzungen für ein flächendeckendes Angebot geschaffen. Es bleibt zu wünschen, dass trotz der sich verschlechternden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, von der alle Vertragsärzte betroffen sind, Schmerzpatienten ein differenziertes Angebot gemacht werden kann.

## 4.2 Schlafapnoe

"Schlafbezogene Atmungsstörungen" im Sinne dieser Qualitätsvereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können.

Am 11. November 2004 ist die Änderung der Anlage A Nr. 3 der „Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien)“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten (BAnz. Nr. 213 S. 22 699). Im Zuge der Aufnahme der kardiorespiratorischen Polysomnographie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. April 2005 wurde die bisherige Nr. 3 „Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe“ durch eine neue Nr. 3 „Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen“ ersetzt. Die Richtlinien regelten bislang, dass die in vier Stufen angelegte Diagnostik bis zur Stufe III (Polygraphie) grundsätzlich ambulant, die Stufe IV (Polysomnographie) stationär erfolgen sollte. Mit der Überarbeitung der Richtlinien kann nun auch die Polysomnographie unter definierten Vorgaben in ambulanten Einrichtungen erbracht werden, zur Verlaufskontrolle der CPAP-Therapie wird künftig die Polygraphie herangezogen. Die BUB-Richtlinien stellen die Durchführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie und der kardiorespiratorischen Polysomnographie unter Genehmigungsvorbehalt. Die Voraussetzungen zur Erlangung der Genehmigung sind in der „Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2

SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen“ geregelt. Die Vereinbarung tritt zum 1. April 2005 in Kraft. In Abschnitt B der Vereinbarung finden sich die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung und apparative Ausstattung für die Durchführung und Abrechnung der Polygraphie. Ärzte bestimmter Fachgruppen, die nicht über die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ verfügen, müssen einen mindestens fünftägigen Kurs absolvieren, wie er auch in der bisherigen Fassung der BUB-Richtlinien vorgesehen war. Fachliche, apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung der Polysomnographie regelt Abschnitt C. Voraussetzung an die fachliche Befähigung ist die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder, wenn die Weiterbildungsordnung diese Zusatzbezeichnung nicht vorsieht, der Nachweis einer angeleiteten Tätigkeit in einem Schlaflabor, der angeleiteten selbstständigen Durchführung einer Mindestzahl von Untersuchungen und Behandlungen sowie der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium vor der Kassenärztlichen Vereinigung. Übergangsregelungen für Ärzte, die bereits Polygraphiegeräte verwenden (bei dieser Regelung geht es nicht um die Ärzte, sondern um Altgeräte, die unter bestimmten Bedingungen weiterverwendet werden können), oder Ärzte, die bereits in einem Schlaflabor tätig waren und Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen behandelt haben, sind in Abschnitt E geregelt.

### **4.3 Säuglingshüfte**

Zum 1. April 2005 ist die Durchführung von Stichprobenprüfungen bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte nach einheitlichen Prüfkriterien bundesweit eingeführt worden. Die Durchführung von Stichprobenprüfungen ist in der neuen Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung geregelt.

Danach besteht für alle Ärzte, die über eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte verfügen, die Auflage einer erfolgreichen Teilnahme an der regelmäßigen Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Grundlage der Stichprobenprüfungen ist die regelmäßige zweijährige Überprüfung zufällig ausgewählter Dokumentationen von Screening-Untersuchungen bei mindestens zwölf Patienten durch die zuständige Ultraschall-Kommission.

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 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.

Bei Ärzten, denen vor Inkrafttreten der Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte erteilt worden ist, erfolgt eine erstmalige Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen frühestens nach dem 1. April 2006.

**5.1 Arztstruktur (Stand 31.12.2004)**

	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
<b>Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte</b>	1294	2	1296
<b>Anästhesisten</b>	38	18	56
<b>Augenärzte</b>	148	8	156
<b>Chirurgen</b>	123	43	166
davon Gefäßchirurgen	3	11	14
davon Thoraxchirurgen	0	3	3
davon Unfallchirurgen	21	10	31
davon Visceralchirurgen	2	9	11
<b>Dermatologen</b>	92	1	93
<b>Gynäkologen</b>	262	31	293
<b>HNO-Ärzte</b>	112	8	120
davon Phoniater und Pädaudiologen	1	0	1
<b>Internisten</b>	456	122	578
davon Angiologen	8,5	5	13,5
Davon Diabetologen	12,5	0,5	13
davon Endokrinologen	5	1,5	6,5
davon Gastroenterologen	11,5	19	30,5
davon Hämatologen	3	1	4
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	3	7	10
davon Kardiologen	17,5	20,5	38
davon Nephrologen	41	3,5	44,5
davon Pneumologen	25,5	7	32,5
davon Rheumatologen	11	10,5	21,5
<b>Kinderärzte</b>	191	32	223
davon Kinderkardiologen	6	2	8
davon Neonatologen	2	4	6
<b>Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten</b>	16	2	18
<b>Kinder- und Jugendpsychiater</b>	7	0	7
<b>Laborärzte</b>	11	1	12
<b>Fachwissenschaftler der Medizin (Labor / Mikrobio.)</b>	12	6	18
<b>Lungenärzte</b>	7	1	8
<b>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen</b>	7	7	14
<b>Nervenärzte / Neurologen / Psychiater</b>	102	30	132
<b>Neurochirurgen</b>	5	7	12
<b>Nuklearmediziner</b>	12	4	16
<b>Orthopäden</b>	114	18	132
davon Rheumatologen	9	10	19
<b>Pathologen</b>	15	2	17
<b>Psychotherapeuten - ärztlich</b>	19	6	25
<b>Psychotherapeuten - psychologisch</b>	139	8	147
<b>Radiologen / Diagnostische Radiologie</b>	68	28	96
<b>Urologen</b>	68	7	96
<b>Übrige Arztgruppen *</b>	19	13	32
<b>Summe</b>	<b>3334</b>	<b>408</b>	<b>3742</b>
<b>davon Hausärzte</b>	1560	6	1566

\* Ärzte für Physik. + Rehabil. Medizin, Kinderchirurgen, Humangenetiker, Herzchirurgen, Toxikologen, plastische Chirurgen, Transfusionsmediziner, Strahlentherapeuten, Sportmediziner, Ärzte für Infektions. + Tropenmed., Ärzte für Geriatrie

### 5.2.1 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:

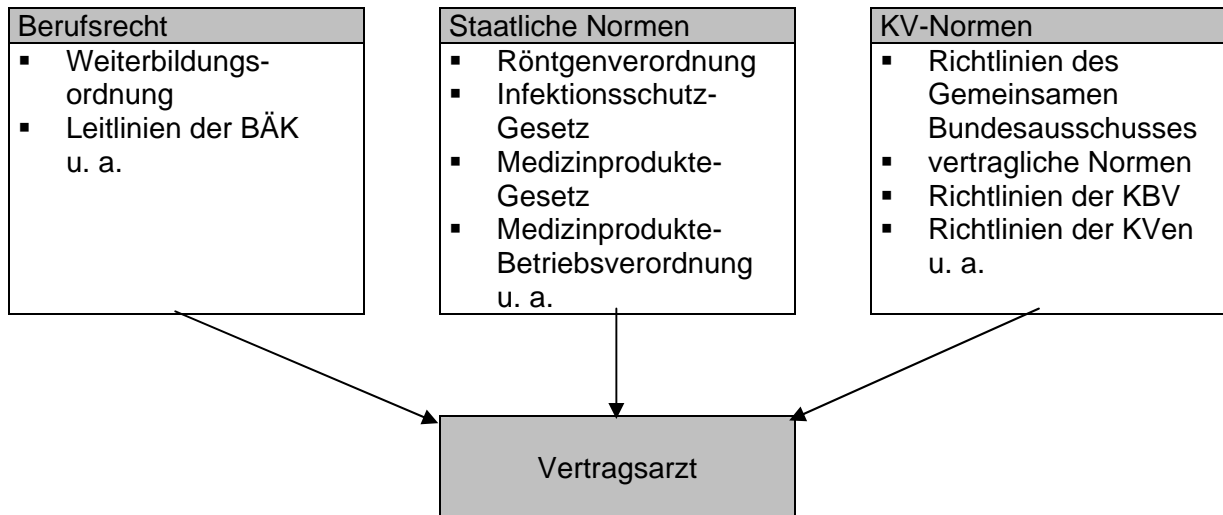


Abbildung : Schema der Normsetzungsbereiche

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 (Ärztammer 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 spezifischen 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)

<sup>1</sup> Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der Vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV; Oktober 2004

### **5.2.2 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.

<sup>1</sup> Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der Vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV; Oktober 2004



### **5.2.3 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 Qualitätssicherungsparagraphen 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.

<sup>1</sup> Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der Vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV; Oktober 2004

### **§ 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 vertrags-ärztlichen 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.

<sup>1</sup> Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der Vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV; Oktober 2004

### **§ 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:

<sup>1</sup> Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der Vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV; Oktober 2004

Regelung	Erstellt von:
§ 25 Gesundheitsuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Früherkennungsleistungen, Festlegung unter Qualitätsgesichtspunkten von Mindestfrequenzen, bedarfsgerechter Festlegung von Planungsräumen (Qualifikation und räumliche Zuordnung)</li> </ul>	Partner der Bundesmantelverträge
§ 115b Ambulantes Operieren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität</li> </ul>	Dreiseitige Verträge KBV/DKG/Spitzenverbände KK
§ 135 Abs. 2 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von Strukturanforderungen</li> <li>• Definition von sog. Kernleistungen</li> </ul>	Partner der Bundesmantelverträge
§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung</li> <li>• Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung</li> </ul>	G-BA
§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichprobenprüfung</li> <li>• Qualitätsberichte</li> </ul>	G-BA, KVen
§ 136a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit von aufwändigen Leistungen</li> <li>• Definition von grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement</li> </ul>	G-BA
§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung</li> <li>• Regelmäßige Berichte</li> </ul>	G-BA
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> <li>• DMP</li> <li>• Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung</li> </ul>	G-BA
§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA</li> <li>• Bewertung evidenzbasierter Leitlinien</li> <li>• Empfehlung zu DMP</li> <li>• Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln</li> <li>• Bürgerinformationen</li> </ul>	Eigene Einrichtung

<sup>1</sup> Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der Vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV; Oktober 2004

	1991 - 1992	1993 - 1994	1995 - 1996	1997 - 2000	2001 - 2003	2004
	Ambulantes Operieren, Dialyse, Badearztztätigkeit, Belegarztztätigkeit, Chirotherapie, Diabetesschulungsprogramme, Herzschrittmacher-Kontrolle, Laborleistungen O-III, Langzeit-EKG, Nuklearmedizin, Onkologie, Psychotherapie, Radiologie, Ultraschall-diagnostik, Schlafapnoe, Zytologie	Ambulantes Operieren, Dialyse, Badearztztätigkeit, Belegarztztätigkeit, Chirotherapie, Diabetesschulungsprogramme, Herzschrittmacher-Kontrolle, Laborleistungen O-III, Langzeit-EKG, Nuklearmedizin, Onkologie, Psychotherapie, Radiologie, Ultraschall-diagnostik, Schlafapnoe, Zytologie	Ambulantes Operieren, Dialyse, Badearztztätigkeit, Belegarztztätigkeit, Chirotherapie, Diabetesschulungsprogramme, Herzschrittmacher-Kontrolle, Laborleistungen O-III, Langzeit-EKG, Nuklearmedizin, Onkologie, Psychotherapie, Radiologie, Ultraschall-diagnostik, Schlafapnoe, Zytologie	Ambulantes Operieren, Dialyse, Badearztztätigkeit, Belegarztztätigkeit, Chirotherapie, Diabetesschulungsprogramme, Herzschrittmacher-Kontrolle, Laborleistungen O-III, Langzeit-EKG, Nuklearmedizin, Onkologie, Psychotherapie, Radiologie, Ultraschall-diagnostik, Schlafapnoe, Zytologie	Ambulantes Operieren, Dialyse, Badearztztätigkeit, Belegarztztätigkeit, Chirotherapie, Diabetesschulungsprogramme, Herzschrittmacher-Kontrolle, Laborleistungen O-III, Langzeit-EKG, Nuklearmedizin, Onkologie, Psychotherapie, Radiologie, Ultraschall-diagnostik, Schlafapnoe, Zytologie	Ambulantes Operieren, Dialyse, Badearztztätigkeit, Belegarztztätigkeit, Chirotherapie, Diabetesschulungsprogramme, Herzschrittmacher-Kontrolle, Laborleistungen O-III, Langzeit-EKG, Nuklearmedizin, Onkologie, Psychotherapie, Radiologie, Ultraschall-diagnostik, Schlafapnoe, Zytologie
		Kernspintomographie, Knochendichtemessung, Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, Diabetes-SchwerpunktpraxenL DL-Elimination, Schmerztherapie, J 1- Untersuchungen	Kernspintomographie, Knochendichtemessung, Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, Diabetes-SchwerpunktpraxenL DL-Elimination, Schmerztherapie, J 1- Untersuchungen	Kernspintomographie, Knochendichtemessung, Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, Diabetes-SchwerpunktpraxenL DL-Elimination, Schmerztherapie, J 1- Untersuchungen	Kernspintomographie, Knochendichtemessung, Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, Diabetes-SchwerpunktpraxenL DL-Elimination, Schmerztherapie, J 1- Untersuchungen	Kernspintomographie, Knochendichtemessung, Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, Diabetes-SchwerpunktpraxenL DL-Elimination, Schmerztherapie, J 1- Untersuchungen
			Arthroskopie, Stichproben Schlafapnoe, Sozialpsychiatrie, Stichproben Ultraschall, Bestimmung der otoakustischen Emission, Stichproben Langzeit-EKG, Belastungs-Echocardiographie, Qualitätszirkel, Umweltmedizin, Stoßwellen-lithotripsie bei Harnsteinen	Arthroskopie, Stichproben Schlafapnoe, Sozialpsychiatrie, Stichproben Ultraschall, Bestimmung der otoakustischen Emission, Stichproben Langzeit-EKG, Belastungs-Echocardiographie, Qualitätszirkel, Umweltmedizin, Stoßwellen-lithotripsie bei Harnsteinen	Arthroskopie, Stichproben Schlafapnoe, Sozialpsychiatrie, Stichproben Ultraschall, Bestimmung der otoakustischen Emission, Stichproben Langzeit-EKG, Belastungs-Echocardiographie, Qualitätszirkel, Stoßwellen-lithotripsie bei Harnsteinen	Arthroskopie, Stichproben Schlafapnoe, Sozialpsychiatrie, Stichproben Ultraschall, Bestimmung der otoakustischen Emission, Stichproben Langzeit-EKG, Belastungs-Echocardiographie, Qualitätszirkel, Stoßwellen-lithotripsie bei Harnsteinen
				physikalisch-medizinische Leistungen, Homecare (Onkologie, Aids), invasive Kardiologie	physikalisch-medizinische Leistungen, Homecare (Onkologie, Aids), invasive Kardiologie	physikalisch-medizinische Leistungen, Homecare (Onkologie, Aids), invasive Kardiologie
					Photodynamische Therapie, präventive Koloskopie, KataraktoperationenS oziotherapie, DMP-Diabetes mellitus Typ II	Photodynamische Therapie, präventive Koloskopie, KataraktoperationenS oziotherapie, DMP-Diabetes mellitus Typ II