



# ■ **Qualitätsbericht 2005**

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung spielt für die KVB seit jeher eine große Rolle.

Ausdruck dessen ist zum Beispiel die hohe Beteiligung bayerischer Ärzte und Psychotherapeuten an Qualitätszirkeln, das steigende Interesse am Thema Qualitätsmanagement in den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen und nicht zuletzt die überdurchschnittliche Quote spezieller Strukturverträge, in denen hohe Qualitätsstandards mit den bayerischen Krankenkassen vereinbart werden.

Insbesondere das Thema der Qualitätszirkel hat im Jahr 2005 ein neues Niveau erreicht. Zum 1. April traten die neuen Grundsätze des KVB-Vorstandes zum Thema Qualitätszirkel in Kraft. Damit wird in Zukunft durch die KVB eine ergebnisorientierte, dokumentierte, qualitätsgesicherte und qualifizierte Qualitätszirkel-Arbeit sichergestellt und weiterhin finanziell gefördert. Ein echtes Novum hat die KVB mit der Entwicklung einer elektronischen Plattform zur Dokumentation und Qualitätssicherung zur Unterstützung der Moderatoren und Teilnehmer der Qualitätszirkel geschaffen. Diese bundesweit einmalige Plattform für Qualitätszirkel steht online unter [www.eqz-bayern.de](http://www.eqz-bayern.de) zur Verfügung.

Ein anderes zukunftsgerichtetes Beispiel der Bedeutung der Qualität ist das Bayerische Mammographie-Screening (BMS). Gestartet im Jahre 2003 nahm im Oktober 2005 bereits die 200.000ste Frau diese kostenlose Früherkennungsuntersuchung in Anspruch. Derzeit ist Bayern als einziges Bundesland in der Lage, ein solches Programm flächendeckend anzubieten, das höchsten Qualitätsansprüchen genügt. Die Teilnahmequote in der Zielgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen nähert sich der 40-Prozent-Marke. Und die Zufriedenheit bei den Teilnehmerinnen ist sehr hoch. So ergab eine Umfrage, dass die Frauen mit der freien Arztwahl, der Terminvergabe, dem Praxispersonal wie auch mit der Beantwortung ihrer Fragen äußerst zufrieden sind.

Die Veröffentlichung eines jährlichen Qualitätsberichtes ist ein Muss. Aber für die KVB ist die Darstellung ihrer umfangreichen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität kein oktroyiertes Thema, vielmehr bietet der vorliegende Bericht die Möglichkeit, die Leistungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Bayern ausführlich und gebührend aufzuzeigen.

Wir können mit Fug und Recht behaupten: Die KVB und ihre Mitglieder stellen sich selbstbewusst den Herausforderungen eines sich im Strukturwandel befindenden Gesundheitssystems.



Dr. med. Axel Munte  
Vorsitzender  
des Vorstands



Dr. med. Gabriel Schmidt  
1. Stellv. Vorsitzender  
des Vorstands



Dipl.-Psych. Rudi Bittner  
2. Stellv. Vorsitzender  
des Vorstands



<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>Einführung</b>	<b>5</b>
2	Aktuelle Themen .....	7
2.1	..... Mammographie-Screening .....	7
2.2	..... Sonographie der Säuglingshüfte .....	9
3	Qualitätssicherung .....	12
3.1	..... Ambulante Operationen .....	13
3.2	..... Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren .....	14
3.3	..... Arthroskopische Untersuchungen .....	16
3.4	..... Blutreinigungsverfahren .....	17
3.5	..... Disease-Management-Programme .....	18
3.6	..... Herzschrittmacherkontrolle .....	21
3.7	..... Invasive Kardiologie .....	22
3.8	..... Kernspintomographie .....	23
3.9	..... Koloskopie .....	25
3.10	... Künstliche Befruchtung .....	27
3.11	... Laboratoriumsuntersuchungen .....	28
3.12	... Langzeit-EKG-Untersuchung .....	30
3.13	... Medizinische Rehabilitation .....	31
3.14	... Onkologie-Vereinbarung .....	33
3.15	... Otoakustische Emissionen .....	34
3.16	... Photodynamische Therapie am Augenhintergrund .....	35
3.17	... Psychotherapie .....	36
3.18	... Schlafbezogene Atmungsstörungen .....	39
3.19	... Schmerztherapie .....	40
3.20	... Sozialpsychiatrie-Vereinbarung .....	42
3.21	... Soziotherapie .....	43
3.22	... Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen .....	44
3.23	... Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin) .....	45
3.24	... Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger .....	47
3.25	... Ultraschall diagnostik .....	50
3.26	... Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale .....	51
3.27	... Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus .....	52
3.27.1	Chirotherapie .....	52
3.27.2	Diabetischer Fuß .....	52
3.27.3	Funktionsstörung der Hand .....	53
3.27.4	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung .....	53
3.27.5	Krebsfrüherkennung bei der Frau .....	54
3.27.6	Empfängnisregelung .....	54
3.27.7	Neurophysiologische Übungsbehandlung .....	55
3.27.8	Physikalische Therapie .....	56
3.27.9	Schwerpunkt orientierte Kinder- und Jugendmedizin .....	57
4	Ausblick .....	59
4.1	..... Herzschrittmacher .....	59
4.2	..... Zytologie .....	59

4.3	..... Flexible Endoskopien.....	59
4.4	..... Photodynamische Therapie (PDT) .....	60
4.5	..... Magnetresonanz-Angiographie.....	60
4.6	..... Dialyse .....	61
5	Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildung .....	62
5.1	..... Qualitätsmanagement in Arztpraxen .....	62
5.2	..... Qualitätszirkel .....	65
5.3	..... Fortbildung.....	68
6	Service.....	69
6.1	..... Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung .....	69
6.1.1	Kommissionsarbeit .....	69
6.1.2	Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV.....	70
6.1.3	Informationsservice für Patienten und Versicherte / Kooperationsstelle für Selbsthilfeorganisationen.....	71
6.1.4	Notdienst / Bereitschaftsdienst .....	71
6.1.5	Zuständigkeiten und Organisation .....	72
6.1.6	Der Gemeinsame Bundesausschuss .....	73
6.1.7	Normen der Qualitätssicherung.....	73
6.1.8	Stichprobenprüfungen .....	78
6.2	..... Handbuch Qualitätszirkel.....	79
6.3	..... Arztstruktur (Stand 31.12.2005).....	81
6.4	..... Weiterbildungen (Stand 31.12.2005).....	82

## 1 Einführung

„Die hohe Qualität unseres Gesundheitswesens ist international anerkannt und muss im Interesse aller, die auf seine Leistungsfähigkeit angewiesen sind, erhalten bleiben.“ Dieses Zitat aus dem Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung macht deutlich, dass die Qualität unseres Gesundheitswesens eine herausragende gesellschaftliche Rolle spielt. Die auch erst jüngst in einer Studie des Commonwealth Fund<sup>1</sup>, im Vergleich mit fünf weiteren Industrienationen, herausgearbeitete Qualität des deutschen Gesundheitswesens kommt aber nicht von ungefähr. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stehen für den hohen Qualitätsstandard der Vertragsärzte / Psychotherapeuten als ein Leistungsträger der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ein.

Bereits die Teilnahmevoraussetzungen für die vertragsärztlichen Versorgung garantieren einen hohen Qualitätsstandard. An der vertragsärztlichen Versorgung können nur Ärzte / Psychotherapeuten teilnehmen, die über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung verfügen. So haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte / Psychotherapeuten nach Abitur und Medizinstudium eine mindestens fünfjährige Weiterbildung in einem Fachgebiet absolviert, um die notwendige Einstiegsqualifikation als Vertragsarzt zu erreichen. Jeder einzelne Vertragsarzt (siehe auch Kapitel 6.3. und 6.4). garantiert also bereits durch seine abgeschlossene Aus- und Weiterbildung einen hohen Qualitätsstandard. Während der Patient im Krankenhaus häufig nur durch Assistenzärzte unter Facharztsupervision behandelt wird, hat er in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung die Gewähr, stets durch einen weitergebildeten Facharzt behandelt zu werden.

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

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

Für die Patienten ist auch der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung ein elementarer Qualitätsaspekt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen garantieren, dass lan-

---

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

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

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

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

## 2 Aktuelle Themen

### 2.1 Mammographie-Screening

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

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



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

auf Grundlage der „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ eingeführt wurde. Im Januar 2004 sind die entsprechenden Richtlinien (Ergänzung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und der Anlage 9.2 Bundesmantelverträge Ärzte/Ersatzkassen) dazu in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren zweijährlich Anspruch auf eine Screening-Mammographie-Untersuchung, sobald diese in ihrer Region angeboten wird.

#### Qualität durch Qualifikation

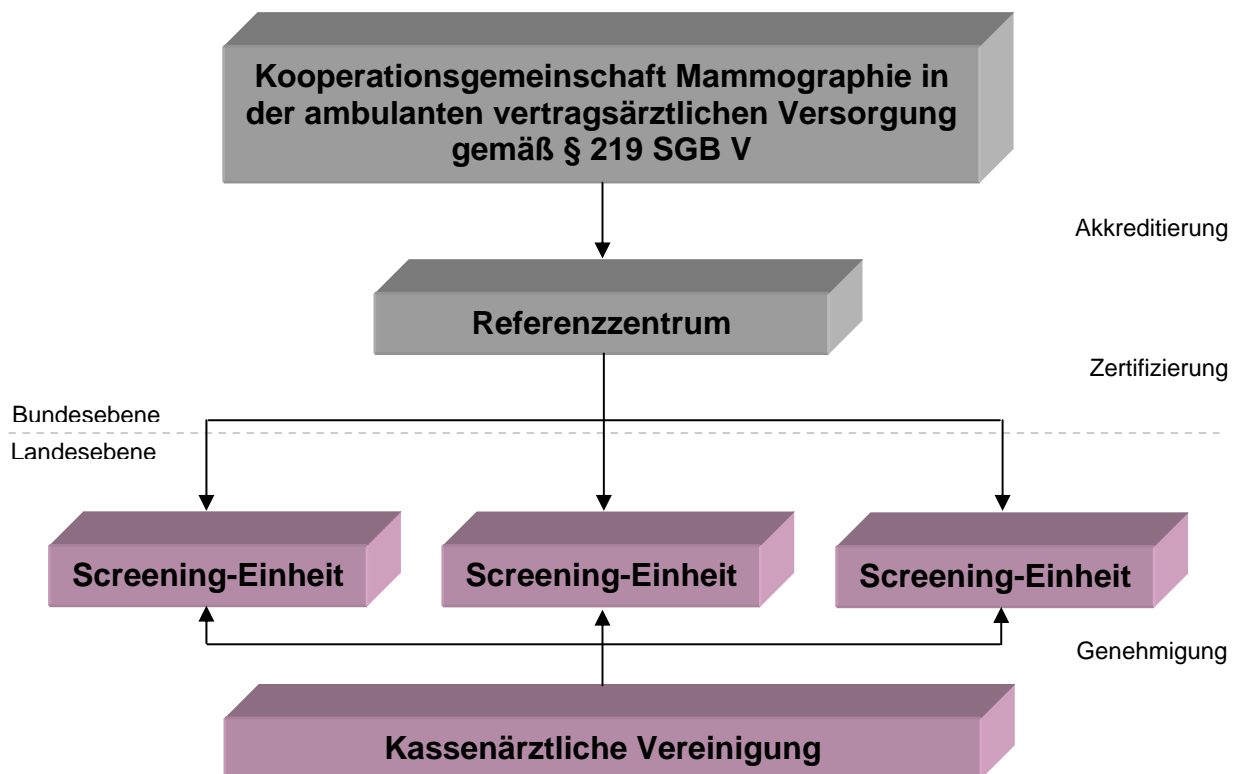
Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen, damit das Ziel, die Brustkrebssterblichkeit zu senken und betroffenen Frauen schonende Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen, erreicht werden kann. Diese Anforderungen betreffen insbesondere die Qualifikationen.

Ein Grund hierfür ist die geringe Prävalenz. Das heißt: Im Gegensatz zur kurativen Mammographie ist im Screening mit wenigen Verdachtsfällen bei den untersuchten Frauen zu rechnen. Zudem ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Dieses Wissen erfordert ein anderes Vorgehen in der Interpretation von Screening-Aufnahmen. Im Programm befundende Ärzte müssen daher spezielle Fortbildungen absolvieren und Fallsammlungen beurteilen. Diese Maßnahmen sind regelmäßig zu wiederholen. Um darüber hinaus die erforderliche Routine bei der Befundung zu ge-

währleisten, ist eine Frequenzregelung vorgesehen: Pro Jahr muss der Arzt die Mammographien von mindestens 5.000 Frauen befunden. Kann diese Forderung nicht erfüllt werden, müssen im darauf folgenden Jahr die Aufnahmen von 3.000 Frauen unter Supervision befundet werden. Der Nachweis ist ein Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit im Programm zu erbringen.

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

### Organisatorische Struktur, Ausschreibung und Teilnahme



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

Die Kassenärztliche Vereinigung wählt die geeigneten Bewerber nach Eignung und bestmöglicher räumlicher Zuordnung für die Versorgung der Frauen aus und erteilt diesen im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene eine Genehmigung. Die Genehmigung ist mit der Auflage verbunden, dass der Arzt innerhalb von höchstens neun Monaten die für den Screening-Betrieb erforderlichen spezifischen fachlichen Qualifikationen (zum Beispiel Fortbildungsveranstaltung, Tätigkeit in einem Referenzzentrum) erwirbt und die Realisierung der im Bewerbungskonzept beschriebenen baulichen und apparativen Maßnahmen nachweist. Ist dies erfolgt, kann mit der Übernahme des Versorgungsauftrages begonnen werden. Die KVB hat im Bayerischen Staatsanzeiger bereits die Versorgungsaufträge ausgeschrieben und wird diese nach eingehender Prüfung bis Ende Februar 2006 vergeben.

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

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

## **2.2 Sonographie der Säuglingshüfte**

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

Um eine optimale Durchführung des Hüftsonographie-Screenings zu gewährleisten, werden bereits beim Antragsverfahren entsprechend der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V spezielle fachliche Eingangsvoraussetzungen gefordert. So wurde festgelegt, dass vor Antragsstellung im Rahmen der Weiterbildung unter Anleitung mind. 200 Säuglinge untersucht worden sein mussten. Dies betrifft Fachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und radiologische Diagnostik. Für alle anderen Arztgruppen ist der zusätzliche Nachweis einer 18-monatigen ständigen klinischen oder vergleichbaren Tätigkeit im Fachgebiet Kinderheilkunde oder Orthopädie oder radiologische Diagnostik, Kinderradiologie erforderlich. Weiterhin wurde festgelegt, dass das Abbildungsverhältnis des Untersuchungsgebietes mindestens 1,7 zu 1 betragen muss: Diese Untersuchungsbedingungen sind Voraussetzung für eine

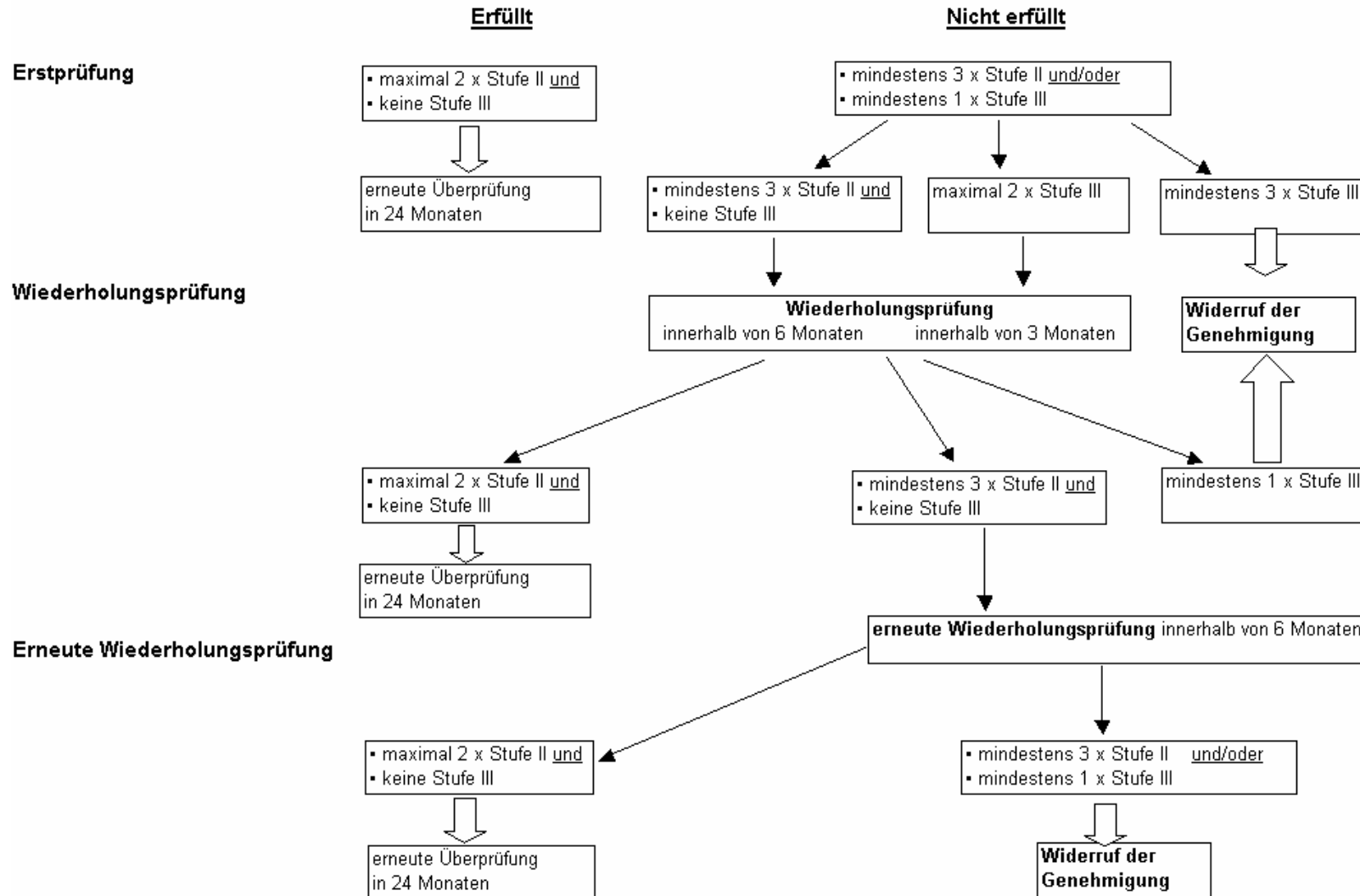
fachgerechte Beurteilung des Hüftzustandes von Säuglingen und essenziell für die sich gegebenenfalls ergebende Therapieentscheidung.

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

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

## Sonographie Säuglingshüfte - Dokumentationsprüfung

### Konsequenzen der Beurteilung



### 3 Qualitätssicherung

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

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

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

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

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

### 3.1 Ambulante Operationen

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

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

<b>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren</b>	gültig seit: 01.10.1994 zuletzt geändert: 01.01.2004
Rechtsgrundlage	§ 14 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 01.04.1993, zuletzt geändert 01.04.2005 mit der Einführung des EBM 2000plus)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	5645
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	384
- davon Anzahl Genehmigungen	382
- davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	216
Anzahl Praxisbegehungen	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit Beanstandung	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandung	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen	

### 3.2 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren

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

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

LDL-Apherese 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 Gesamtrisiko des Patienten stehen.

Immunapherese 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 Immunapherese, 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)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	86
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	6
- davon Anzahl Genehmigungen	6
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
<b>LDL-Apherese</b>	
Anzahl Patienten im Jahr 2005	90
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	17
- davon positives Votum der KV	8
- davon negatives Votum der KV	9
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	87
- davon positives Votum der KV	86
- davon negatives Votum der KV	1
<b>Apherese bei rheumatoider Arthritis</b>	
Anzahl Patienten die im Jahr 2005 mindestens einen Zyklus begonnen haben	5
Anzahl beschiedene Anträge	8
- davon positives Votum der KV	5
- davon negatives Votum der KV	3
Bemerkungen	

### 3.3 Arthroskopische Untersuchungen

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

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopievereinbarung)</b>	gültig seit: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	584
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	59
- davon Anzahl Genehmigungen	59
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	11
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl Praxisbegehungen	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit Beanstandung	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	1854
Anzahl geprüfter Ärzte	186
- davon ohne Beanstandung (Stufe Ia,Ib)	152
- davon mit leichten Beanstandung (Stufe II)	21
- davon mit schweren Beanstandungen (Stufe III)	13
Bemerkungen	

### 3.4 Blutreinigungsverfahren

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

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

<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)
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2005	131 (56 Praxen, + 5 erm. KH- Ärzte, + 68 erm. Einrichtungen)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	266 (112 Praxen, + 6 erm. KH- Ärzte, + 148 erm. Einrichtungen)
Anzahl beschiedene Anträge	112
- davon Anzahl Genehmigungen	96
- davon Anzahl Ablehnungen	16
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	2
- davon bestanden	2
- davon nicht bestanden	0
Anzahl Patienten im Jahr 2005	10.957
Bemerkungen	

### 3.5 Disease-Management-Programme

Das Disease-Management-Programm (DMP) ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, bei dem die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert werden. Ziel ist dabei, die Behandlung der Erkrankung zu verbessern und die durch die Krankheit bedingten Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen zu reduzieren.

An die Inhalte der Disease-Management-Programme sind auf Grundlage des Fünften Sozialgesetzbuches zu folgenden Bereichen zum Teil indikationsspezifische Anforderungen gestellt:

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

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

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

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

4. RSAV	27.06.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease-Management-Programmen für Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b> und für Patientinnen mit <b>Brustkrebs</b>
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b>
7. RSAV	28.04.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behand-

		lungsprogramme für Patienten mit <b>koronarer Herzkrankheit (KHK)</b>
9. RSAV	18.02.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 1</b> Neufassung der Anforderungen an die Dokumentation für <b>Diabetes mellitus Typ 2</b> und <b>KHK</b>
11. RSAV	22.12.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer <b>chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)</b>
12. RSAV	15.08.2005	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b>
13. RSAV	23.01.2006	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit <b>Brustkrebs</b>

RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

## Diabetes mellitus Typ 2

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	11.04.2003
akkreditiert:	ja
Gültigkeitsbereich	Bayern
Vertragspartner	AOK, IKK, Knappschaft, BKK, VdAK, AEV
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	7.240
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	7.160
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	210
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	6.000
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	360.000

## Brustkrebs

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	01.04.2004 bzw. 01.01.2005
akkreditiert:	ja
Gültigkeitsbereich	Bayern
Vertragspartner	01.04.2004 AOK, 01.01.2005 IKK, Knappschaft, BKK, VdAK, AEV
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	1.980
- darunter Teilnahme als koordinierender Ver- tragsarzt	1.570
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	k.A.
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdoku- mentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	6.750

## Koronare Herzerkrankung

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	01.01.2006
akkreditiert:	ja
Gültigkeitsbereich	Bayern
Vertragspartner	AOK, IKK, Knappschaft, BKK, VdAK, AEV
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	6.900
- darunter Teilnahme als koordinierender Ver- tragsarzt	6.730
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizier- ter Facharzt	250
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizier- ter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiolo- gie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	20
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	4.570
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdoku- mentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	82.200

### 3.6 Herzschrittmacherkontrolle

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

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

<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)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des <b>Batteriezustandes</b> und zur <b>Funktionsanalyse</b> (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2005	431
Anzahl beschiedene Anträge (neu)	64
- davon Anzahl Genehmigungen	61
- davon Anzahl Ablehnungen	3
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung einer bestehenden Genehmigung um die <b>Funktionsanalyse</b>	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	32
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestandene	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen	

### 3.7 Invasive Kardiologie

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

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

<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)					
Geltungsbereich	bundeseinheitlich					
<b>Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)</b>						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2005		31.12.2005			
	17		15			
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu 0		erneut (§7 Abs.2 Nr.3) 0			
- davon Anzahl Genehmigungen	-		-			
- davon Anzahl Ablehnungen	-		-			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl		sonstiger Gründe			
	0		0			
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz <b>und</b> alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	-					
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	-					
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	2	1	1			10
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben*)	2	1	1	/	/	/

<b>Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)</b>						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2005			31.12.2005		
	40			46		
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu			erneut (§7 Abs.2 Nr.3)		
	10			-		
- davon Anzahl Genehmigungen	10			-		
- davon Anzahl Ablehnungen	-			-		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichten Mindestzahl					
	gesamt	ges. + therap.	therap.	sonstige Gründe		
	-	-	-	-		
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz <b>und</b> alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	-					
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	2					
Anzahl Ärzte mit ... <b>insgesamt</b> abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	3	4	4	4	3	18
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	3	4	2	/	/	/
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5122 / 34292)	<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66
	14	1		4		15
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	2	1	16	/	/	/
Anzahl Kolloquien	-					
- davon bestanden	-					
- davon nicht bestanden	-					
Anzahl Praxisbegehungen	-					
- davon ohne Beanstandungen	-					
- davon mit Beanstandungen	-					
Bemerkungen						
*) Die Abfrage nach Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 bzw. 50 erreicht haben ist nicht Bestandteil des Beschlusses des Gemeinsamen Ausschusses Qualitätssicherung, gleichwohl bitten wir Sie um diese Information damit eine umfassende Übersicht zu den Genehmigungsüberprüfungen dargestellt werden kann.						

### 3.8 Kernspintomographie

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

Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanzmammographie (MRM). So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme

an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

<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)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie ( <b>allgemeine MRT</b> ), Stand 31.12.2005	347
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma ( <b>MRM</b> ), Stand 31.12.2005	36
<b>Anzahl beschiedene Anträge (allgemeine MRT)</b>	56
- davon Anzahl Genehmigungen	54
- davon Anzahl Ablehnungen	2
- Anzahl Apparaturänderungen	42
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	5
- davon bestanden	4
- davon nicht bestanden	1
<b>Anzahl beschiedene Anträge (MRM)</b>	8
- davon Anzahl Genehmigungen	8
- davon Anzahl Ablehnungen	-
- Anzahl Apparaturänderungen	6
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	8
- davon bestanden	8
- davon nicht bestanden	-
Anzahl jährl. Nachweise nach §4a Abs. 2	28
- mind. 50 Untersuchungen	12
- weniger als 50 Untersuchungen	Nachweisführung der 16 Ärzte noch nicht abgeschlossen.
- - Kolloquium innerhalb 3 Monaten	
- - - davon bestanden	
- - - davon nicht bestanden	
<b>Einzelfallprüfung nach Stichproben nach § 136 SGB V</b>	Noch keine QS im Berichtsjahr, lediglich Erprobungsphase
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	
<b>Bemerkungen</b>	
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	

### 3.9 Koloskopie

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

Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie, zentraler Punkt der Koloskopievereinbarung ist eine Frequenzregelung. So kann die Genehmigung nur aufrechterhalten werden, wenn der Arzt innerhalb eines Jahres eine Mindestfrequenz von 200 totalen Koloskopien, davon mindestens 10 mit Polypektomien nachweisen kann.

Neu in dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskops durchgeführt werden.

<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)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>ausschließlich</b> zur <b>kurativen</b> Koloskopie	01.01.2005 131	31.12.2005 86	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>kurativen und präventiven</b> Koloskopie	01.01.2005 425	31.12.2005 440	
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 ( <b>ausschließlich</b> zur <b>kurativen</b> Koloskopie)	- keine - Ausschl. kurative Koloskopie gab es nur bis 31.12.02 im Rahmen der Übergangsregelung		
- davon Anzahl Genehmigungen			
- davon Anzahl Ablehnungen			
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 ( <b>kurative und präventive</b> Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)	
- davon Anzahl Genehmigungen	51		
- davon Anzahl Ablehnungen	46		
- davon Anzahl Ablehnungen	5		
Anzahl genehmigter Anträge zur <b>Erweiterung der Genehmigung</b> (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	5		
Anzahl der <b>Widerrufe</b> von Abrechnungsgenehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität
	6	17	2
Anzahl <b>Rückgabe / Beendigungen</b> der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	32		

Anzahl Ärzte, die 2005 zur QS fällig waren, mit ... abgerechneten <b>totalen Koloskopien</b> (EBM alt Nr. 156, 764 EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	< 125	125- 174	175- 199	200- 224	225- 274	> 274
		43	9	5	11	12
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztli- chen Bereichs erbrachten Leistungen die Min- destfrequenz von 200 erreicht haben*)	24	9	5	/	/	/
Anzahl Ärzte, die 2005 zur QS fällig waren, mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit <b>Polypek- tomien</b> (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,)	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	23	2	2	5	10	243
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztli- chen Bereichs erbrachten Leistungen die Min- destfrequenz von 10 erreicht haben*)	4	2	2	/	/	/
Anzahl Kolloquien	3					
- davon bestanden	2					
- davon nicht bestanden	1					
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter <b>Einrichtungen (Ärzte)</b>	525					
Anzahl der <b>Prüfungen</b>	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs.3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs.8a)**	3. Prüf. (6 Wo.) (§7 Abs.8c Nr.1)			
	1036	7	3			
<b>Bemerkungen:</b> Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können *) Die Abfrage nach Ärzten, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 bzw. 10 erreicht haben ist nicht Bestandteil des Beschlusses des Gemeinsamen Ausschusses Qualitätssicherung, gleichwohl bitten wir Sie um diese Information damit eine umfassende Übersicht zu den Genehmigungsüberprüfungen dargestellt werden kann. **) ohne Prüfungen gem. § 7 Abs. 8c Nr.2 S.1						

### 3.10 Künstliche Befruchtung

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

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

Die Richtlinien über künstliche Befruchtung setzen die vom Gesetzgeber in § 27a SGB V festgelegten Vorgaben um. Die letzte Richtlinienänderung erfolgte durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses 15. November 2005, dieser Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und ist am 15.02.2006 in Kraft getreten. (Konkretisierung des Anspruchs auf Maßnahmen, Anzahl der Zyklen).

<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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2005	53
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2005	27
Bemerkungen	

### 3.11 Laboratoriumsuntersuchungen

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

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

<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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31.12.2005	1956
Anzahl beschiedene Anträge*	313
- davon Anzahl Genehmigungen	253
- davon Anzahl Ablehnungen	60
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	118
Anzahl Kolloquien	122
- davon bestanden	122
- davon nicht bestanden	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben (insbesondere Indikationsstellung)	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen * (Teil-)Anträge nicht Anzahl Ärzte	

### Ringversuche

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

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

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

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

### 3.12 Langzeit-EKG-Untersuchung

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

<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)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur zur Aufzeichnung</b> , Stand 31.12.2005	2257
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>Aufzeichnung und Auswertung</b> , Stand 31.12.2005	1634
Anzahl beschiedene Anträge	463
- davon Anzahl Genehmigungen	430
- davon Anzahl Ablehnungen	33
Anzahl Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	116
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	nein
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen	

### 3.13 Medizinische Rehabilitation

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

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

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

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

<b>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b>	gültig seit: 01.04.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	3437
Anzahl beschiedene Anträge	2111
- davon Anzahl Genehmigungen	2111
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl Fortbildungsveranstaltungen *	(*)
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
(Anerkannte Kursleiter Stand 23.02.06)	(32)
Bemerkungen (*) Fortbildungsveranstaltungen werden nicht von der KVB organisiert. Die Terminierung, Organisation und Zertifikaterteilung laufen direkt über die anerkannten Kursleiter. Über die abgehaltenen Kurse sowie deren Teilnehmer liegen uns keine Zahlen vor. Wir erhalten lediglich die Zertifikate zusammen mit den Anträgen der Ärzte.	

### 3.14 Onkologie-Vereinbarung

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene **Zusatzvereinbarung** mit den Ersatzkassen über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung. Zusatzvereinbarungen mit den anderen Kassen wurden auf regionaler Ebene abgeschlossen. Ziel dieser Vereinbarung ist die wohnortnahe, ambulante Behandlung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt voraus, dass der Vertragsarzt nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordiniert.

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

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

<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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	1120
Anzahl beschiedene Anträge	128
- davon Anzahl Genehmigungen	107
- davon Anzahl Ablehnungen	21
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	6
Anzahl Kolloquien	3
- davon bestanden	3
- davon nicht bestanden	-
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

### 3.15 Otoakustische Emissionen

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

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

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen</b>	gültig seit: 24.11.1995
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	505
Anzahl beschiedene Anträge	33
- davon Anzahl Genehmigungen	32
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	10
Bemerkungen	

### 3.16 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

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“ hinaus eine zusätzliche Qualifikation nachweisen. Nach Erteilung der Genehmigung ist die Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie an die jährliche Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden.

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund</b>	gültig seit: 01.08.2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2005 <b>und</b> Stand 31.12.2005	01.01.2005	31.12.2005	
	31	36	
Anzahl beschiedene Anträge in 2005	neu	erneut gem. § 7 Abs. 6	
	7	-	
- davon Anzahl Anzahl Genehmigungen	6	-	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	-	
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentation / Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1.Überprüfung (§ 7 Abs. 5)	2.Überprüfung (§7 Abs. 5 S.1)	3. Überprüfung (§7 Abs. 5 S.2)
	23	1	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 7 Abs. 5 S. 3	-		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-		
Anzahl Kolloquien gem. § 9 Abs. 2	-		
- davon bestanden	-		
- davon nicht bestanden	-		
Bemerkungen			

### 3.17 Psychotherapie

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

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

auch die

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

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

<b>Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 07.02.2005
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	<i>hier soll Ihr Verwaltungsaufwand dokumentiert werden, z.B. sollen drei Verfahren bei einem Therapeuten als drei gezählt werden</i>
- davon Anzahl Genehmigungen	1.180
- davon Anzahl Ablehnungen	20
Anzahl Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	409

Genehmigungen zu den <b>Richtlinienverfahren</b> , Stand 31.12.2005 <i>(sollten in Ihrer KV andere Genehmigungsklassen üblich sein, geben Sie diese bitte an, die hier benannten folgen der Systematik des Bundesarztregisters)</i>			
Therapeuten* mit <b>mindestens einer</b> Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31.12.2005	<b>3.988</b>		
- davon Ärzte			
<b>im Einzelnen</b>			
	<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</b> Psychotherapie	2.084	487	382
- davon Ärzte	1.349	322	72
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Verhaltenstherapie</b>	1.210	324	68
- davon Ärzte	555	52	22
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>analytischen</b> Psychotherapie	763	265	246
- davon Ärzte	407	160	4
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>tiefenpsychologisch fundierten</b> Psychotherapie	922		
- davon Ärzte	747		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>analytischen</b> Psychotherapie	463		
- davon Ärzte	315		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>Verhaltenstherapie</b>	548		
- davon Ärzte	264		
Anzahl Therapeuten* mit <b>Befreiung von der Gutachterpflicht</b>	insgesamt	davon Einzeltherapie	davon Gruppentherapie
	2.889	2.889	137
- davon Ärzte	1.081	1.081	87

Genehmigungen im Rahmen der <b>psychosomatischen Grundversorgung</b> , Stand 31.12.2005	
- Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	10.527
- Therapeuten* mit Genehmigung zum <b>autogenen Training</b>	2.496
- davon Ärzte	2.004
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Jacobsonischen Relaxation</b>	1.773
- davon Ärzte	1.262
- Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Hypnose</b>	1.406
- davon Ärzte	1.149

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

### 3.18 Schlafbezogene Atmungsstörungen

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

<b>Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe</b>	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 11.11.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand <b>31.03.2005</b>	219
Bemerkungen	

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen</b>	gültig seit: 01.04.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2005	263
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	242
- davon Genehmigungen zur Polygraphie <b>und</b> Polysomnographie	21
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie*	242
- davon Anzahl Genehmigungen	241
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie <b>und</b> Polysomnographie*	33
- davon Anzahl Genehmigungen	33
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	5
Anzahl Kolloquien (Polysomnographie)	15
- davon bestanden	14
- davon nicht bestanden	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-

### 3.19 Schmerztherapie

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

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

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

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

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)</b>	gültig seit: 01.04.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs, 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	118
Anzahl beschiedene Anträge	115
- davon Anzahl Genehmigungen gem. § 2	1
- davon Anzahl Genehmigungen gem. § 13	109
- davon Anzahl Ablehnungen	5
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3
Anzahl Kolloquien	3
- davon bestanden (bzgl. § 4 Abs. 3 Nr. 4)	3
- davon bestanden (bzgl. § 5 Abs. 7)	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl jährliche Prüfungen nach § 7 Abs. 2	-
- davon ohne Beanstandungen	-
- davon mit Beanstandungen	-
Bemerkungen	

### 3.20 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

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

Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sog. Praxisteams (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. Gleichlautende Vereinbarungen als Zusatzvereinbarungen wurden auch auf Landesebene für die Primärkassen 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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	52
Anzahl beschiedene Anträge	4
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben	nein
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	
Bemerkungen	

### 3.21 Soziotherapie

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

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

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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2005	182
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL	50
- davon Anzahl Genehmigungen	50
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	5
Bemerkungen	

### 3.22 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

<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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	198
Anzahl beschiedene Anträge	28
- davon Anzahl Genehmigungen	28
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Bemerkungen	

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

Die auf Bundesebene gemäß §135 Abs. 2 SGB V geschlossene 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.

## 3. Qualitätssicherung

## 3.23. 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: 01.08.2005	Diagnostische Radiologie	Mammographie	Computertomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
	Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Anlage IV Anlage I – Klasse VII	Anlage I-Klasse VIII	Anlage I – Klasse XI Anlage III – Klasse VI	Anlage II	Anlage III nach Klassen I-V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	3321		432	397	136	213
Anzahl beschiedene Anträge	896		59	15	52	76
- davon Anzahl Genehmigungen	895		59	15	52	76
- davon Anzahl Ablehnungen	1		-	-	-	-
- Anzahl Apparaturänderungen	186		78	8	-	17
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsge- nehmigungen	3		-	-	-	-
Anzahl Kolloquien	4		1	15	-	-
- davon bestanden	4		1	15	-	-
- davon nicht bestanden	-		-	-	-	-
<b>Einzelfallprüfung nach Stichproben</b>						
Anzahl geprüfter Ärzte	1401		203			
- davon ohne Beanstandung	225		161			
- davon mit leichten Beanstandungen	822		35			
- davon mit schweren Beanstandungen	354		7			
Bemerkungen		<b>siehe geson- derte Tabelle</b>				

3. Qualitätssicherung  
 3.23. 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: 01.08.2005	
<b>hier: Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII</b>		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	411	
Anzahl beschiedener Anträge	141	
- davon Anzahl Genehmigungen	140	
- davon Anzahl Ablehnungen	1	
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3)	5	
- davon bestanden	4	
- davon nicht bestanden	1	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß <b>Anlage IV Abschnitt 1</b> (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	20	1
	- davon bestanden	16
- davon nicht bestanden	4	
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß <b>Anlage IV Abschnitt 2</b> (§ 7 Abs.2 Buchst.b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	xx	xx
	- davon erfolgreiche Teilnahme	xx
- davon nicht erfolgreiche Teilnahme	xx	xx
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 5 Abs. 6e / § 5 Abs. 7b)	xx	
Widerruf der Genehmigung (§ 5 Abs. 7c)	xx	
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 5 Abs. 5)	xx	
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach <b>Anlage IV Abschnitt 3</b> durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	172	6
	- davon erfüllt	156
- davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	5	1
- davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	11	1
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	0	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	2	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	20	
Bemerkungen: * sollte ein Arzt auf Grund von Mängeln in Buchst. a) und b) nicht bestanden haben, diesen bitte ggf. doppelt zählen xx für 2005 nicht relevant, Überprüfungen aus 2004 waren ohne Sanktionen		

### **3.24 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger**

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

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

<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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005*	298
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	41
- davon Anzahl Genehmigungen	40
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen u. Beendigung ZL	9
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Stichprobenprüfung der Dokumentation nach § 9 (3 und 4) (Ärzte/Fälle)	- (Beginn 2006)
- davon ohne Beanstandungen	-
- davon mit Beanstandungen	-
Anzahl der "5-Jahres-Überprüfungen-Patienten" nach § 9 der Richtlinie	224
- davon ohne Beanstandungen	151
- davon mit Beanstandungen	73
Anzahl Patienten im Jahr 2005	8606
Anzahl Patientenan- und -abmeldungen	kann nicht ermittelt werden
Bemerkungen: *ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen	
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	46

### 3.25 Ultraschalldiagnostik

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

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

<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)
Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2005*	12.364
Anzahl beschiedene Anträge***	6.641
- davon Anzahl Genehmigungen	5.944
- davon Anzahl Ablehnungen	697
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen***	46
Anzahl Kolloquien	549
- davon bestanden	452
- davon nicht bestanden	97
Einzelfallprüfung nach Stichproben	
Anzahl geprüfter Ärzte	680
- davon Einzelbeurteilungen ohne Beanstandung	3433
- davon Einzelbeurteilungen mit leichten Beanstandungen	981
- davon Einzelbeurteilungen mit schweren Beanstandungen	429
Bemerkungen: * Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen *** (Teil-)genehmigungen nicht Anzahl Ärzte	

### 3.26 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale

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

<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)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	255
Anzahl beschiedene Anträge	11
- davon Anzahl Genehmigungen	11
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	21
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	6
- davon bestandene Prüfungen	5
- davon nicht bestandene Prüfungen	1
Bemerkungen	

### 3.27 Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus

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

#### 3.27.1 Chirotherapie

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

<b>Chirotherapie</b>	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	2184
Anzahl beschiedene Anträge	115
- davon Anzahl Genehmigungen	113
- davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	63

#### 3.27.2 Diabetischer Fuß

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

<b>Diabetischer Fuß</b>	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	1565
Anzahl beschiedene Anträge	1393
- davon Anzahl Genehmigungen	1073
- davon Anzahl Ablehnungen	320
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1

### 3.27.3 Funktionsstörung der Hand

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

<b>Funktionsstörung der Hand</b>	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (07330 oder 18330), Stand 31.12.2005	
Anzahl beschiedene Anträge	Der Vorstand der KVB hat am 24.06.05 eine Übergangsregelung zum EBM 2000plus erlassen, wonach Ärzten die Leistungen bis 31.12.05 vergütet werden, wenn diese in den Quartalen 2/04 -1/05 erbracht wurden.
- davon Anzahl Genehmigungen	
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	

### 3.27.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung

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

<b>Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung</b>	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (03350 – 03352), Stand 31.12.2005	
Anzahl beschiedene Anträge	Der Vorstand der KVB hat am 24.06.05 eine Übergangsregelung zum EBM 2000plus erlassen, wonach Ärzten die Leistungen bis 31.12.05 vergütet werden, wenn diese in den Quartalen 2/04 -1/05 erbracht wurden.
- davon Anzahl Genehmigungen	
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	

### 3.27.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau

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

<b>Krebsfrüherkennung bei der Frau</b>	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	
Anzahl beschiedene Anträge	Der Vorstand der KVB hat am 24.06.05 eine Übergangsregelung zum EBM 2000plus erlassen, wonach Ärzten die Leistungen bis 31.12.05 vergütet werden, wenn diese in den Quartalen 2/04 -1/05 erbracht wurden.
- davon Anzahl Genehmigungen	
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	

### 3.27.6 Empfängnisregelung

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

<b>Empfängnisregelung</b>	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (01821, 01822, 01828); Stand 31.12.2005	
Anzahl beschiedene Anträge	Der Vorstand der KVB hat am 24.06.05 eine Übergangsregelung zum EBM 2000plus erlassen, wonach Ärzten die Leistungen bis 31.12.05 vergütet werden, wenn diese in den Quartalen 2/04 -1/05 erbracht wurden.
- davon Anzahl Genehmigungen	
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	

### 3.27.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung

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

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

<b>Neurophysiologische Übungsbehandlung (Leistungen nach Kapitel 30.3)</b>	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zu Leistungen des Kapitels 30.3, Stand <b>31.12.2005</b> <b>Achtung:</b> Einschließlich Anzahl Ärzte mit <u>Genehmigung</u> der alten EBM-Nrn <b>511</b> und <b>512</b> (bayerische Verfahrensweise)	216
Anzahl beschiedene Anträge 2005	9
- davon Anzahl Genehmigungen	9
- davon Anzahl Ablehnungen	-
- davon <i>Anträge nach dem 01.04.05</i>	4
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	7

### 3.27.8 Physikalische Therapie

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

<b>Physikalische Therapie (Leistungen nach Kapitel 30.4)</b>	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zu Leistungen des Kapitels 30.4, Stand 31.12.2005	
Anzahl beschiedene Anträge - davon Anzahl Genehmigungen - davon Anzahl Ablehnungen	Der Vorstand der KVB hat am 24.06.05 eine Übergangsregelung zum EBM 2000plus erlassen, wonach Ärzten die Leistungen bis 31.12.05 vergütet werden, wenn diese in den Quartalen 2/04 -1/05 erbracht wurden.
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	
Bemerkungen: <b>keine Antragstellung</b> erforderlich. Arzt erklärt das Vorliegen der fachl. Qualifikation anhand einer Sammelerklärung zur Abrechnung	

### **3.27.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin**

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

#### Endokrinologie und Diabetologie:

Wird der Nachweis über eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder -Endokrinologie und –Diabetologie erbracht, kann die Abrechnung der Nr. 13350 EBM\_2000plus genehmigt werden.

#### Gastroenterologie:

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

#### Hämatologie und Onkologie:

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

#### Pneumologie:

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

#### Rheumatologie:

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

#### Neuropädiatrie:

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

#### Nephrologie:

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

#### Kardiologie

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

3. Qualitätssicherung  
 3.27. Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus

<b>Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin</b>	Endokrinologie und Diabetologie	Gastroenterologie	Hämatologie	Pneumologie	Rheumatologie	Neuropädiatrie	Nephrologie	Kardiologie
Rechtsgrundlage EBM 2000plus								
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung aus dem Schwerpunkt, Stand 31.12.2005	5		4	25	3	74		lt. EBM Kap.4.4, Abs.4 keine Gen.erforderlich Qualif.mit SP nachgewiesen
Anzahl beschiedene Anträge	5		4	25	3	74		
- davon Anzahl Genehmigungen	5		4	25	3	74		
- davon Anzahl Ablehnungen								
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen								
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung								

## **4 Ausblick**

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

### **4.1 Herzschrittmacher**

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

### **4.2 Zytologie**

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

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

### **4.3 Flexible Endoskopien**

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

#### **4.4 Photodynamische Therapie (PDT)**

Seit dem 1. August 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer chorioidaler Neovaskularisation Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Nach einer Indikationsausweitung der FDA Zulassung und nachfolgend der EMEA befasst sich der Gemeinsame Bundesausschuss derzeit erneut mit der Photodynamische Therapie.

Beschlüsse hierzu werden im Laufe des Jahres 2006 erwartet, die Qualitätssicherungsrichtlinie wird auf diese Beschlüsse anzupassen sein.

#### **4.5 Magnetresonanz-Angiographie**

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

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

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

## **4.6 Dialyse**

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

## 5 Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildung

### 5.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Mit dem neuen Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurden die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zum 1. Januar 2004 verpflichtet ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a SGB V).

Die genaue Ausgestaltung dieser gesetzlichen Forderung hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung formuliert und in seiner Sitzung vom 18. Oktober 2005 verabschiedet. Die Richtlinie wurde inzwischen auch vom Bundesministerium für Gesundheit ohne Änderungen genehmigt und ist am 1. Januar 2006 in Kraft getreten. Den genauen Wortlaut der Richtlinie können Sie auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschuss nachlesen:

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) / Vertragsärztliche Versorgung / Richtlinien / Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung.

([http://www.g-ba.de/cms/front\\_content.php?idcat=215](http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=215))

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

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

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

Das Qualitätsmanagement-System „Qualität und Entwicklung in Praxen QEP<sup>®it</sup>“ ist modular aufgebaut und deckt alle Phasen der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements bis hin zur Zertifizierung ab. Grundlage und Ausgangspunkt der Einführung ist der Qualitätszielkatalog, der mögliche Verbesserungsfelder identi-

fizieren hilft (Befähigungsphase). Sind solche Felder erkannt, stehen Unterstützungsmaterialien, zusammengefasst in einem Manual (mit CD-ROM), bereit, um Verbesserungen in Angriff zu nehmen (Umsetzungsphase). Sind alle Ziele erreicht, kann sich die Praxis dies bei Wunsch durch einen externen Visitor bestätigen lassen (Zertifizierung).

# QEP\* – Qualität und Entwicklung in Praxen



PHASEN	BAUSTEINE DES QEP-KONZEPTE				
<b>Befähigung</b> 	<b>Qualitätsziel-Katalog</b> → Kernziele <b>PRINT</b> 			<b>ONLINE</b> Website PDF-Dokumente zum Herunterladen 	<b>Einführungsseminar</b> durch lizenzierte Trainer der KVen 
	<b>Umsetzung</b> 	<b>Manual: Umsetzungsvorschläge, Musterdokumente</b> <b>PRINT</b> 			<b>ONLINE</b> Website PDF-Dokumente zum Herunterladen 
<b>Qualitätsziele</b> <b>Qualitätsbewertung</b> Selbstbewertung Fremdbewertung → Zertifikat → Excellence-Bewertung		<b>PRINT</b> 			<b>ONLINE</b> Website PDF-Dokumente zum Herunterladen 

\* Ein Service der EMV

## 5.2 Qualitätszirkel

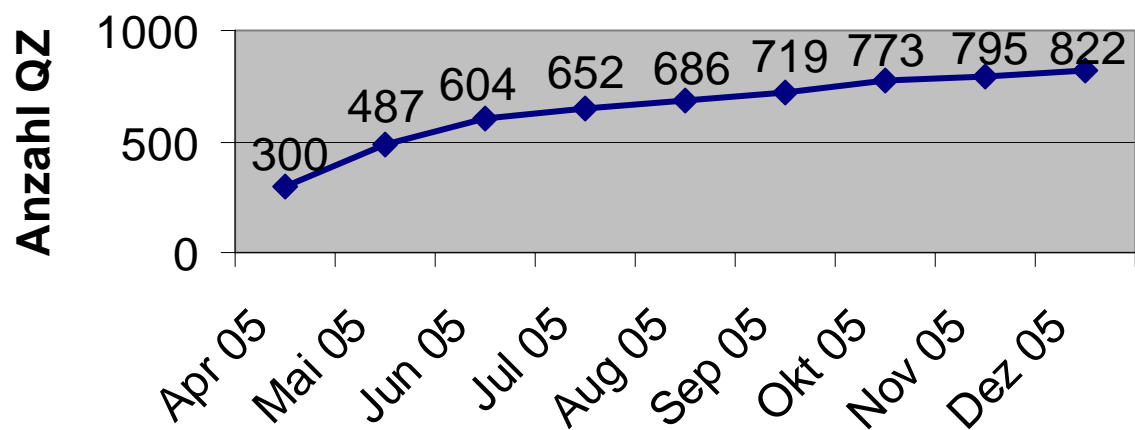
Kaum eine Qualitätsförderungsmaßnahme der ärztlichen Selbstverwaltung war so erfolgreich wie die der Qualitätszirkel. Zwischenzeitlich sind es bundesweit über 5.000 Ärztegruppen, die sich regelmäßig auf freiwilliger Basis zum strukturierten Erfahrungs- und Wissensaustausch treffen. Neben dem Primat der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

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

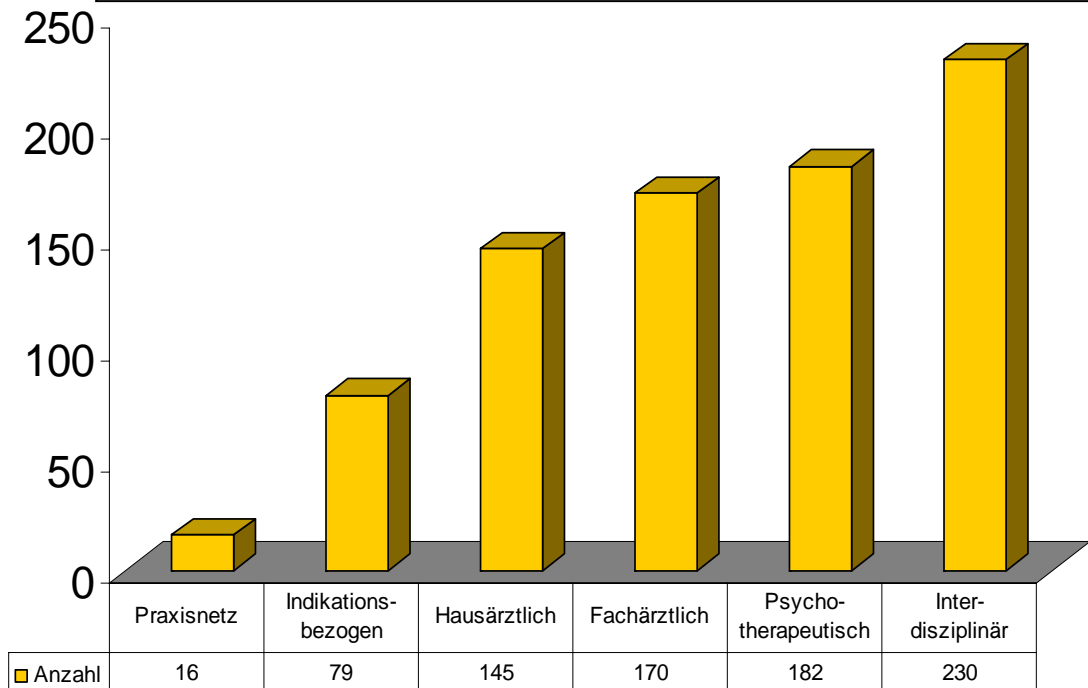
Qualitätszirkel arbeiten demnach

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

### Entwicklung in Bayern von 01.04.05 bis 31.12.2005

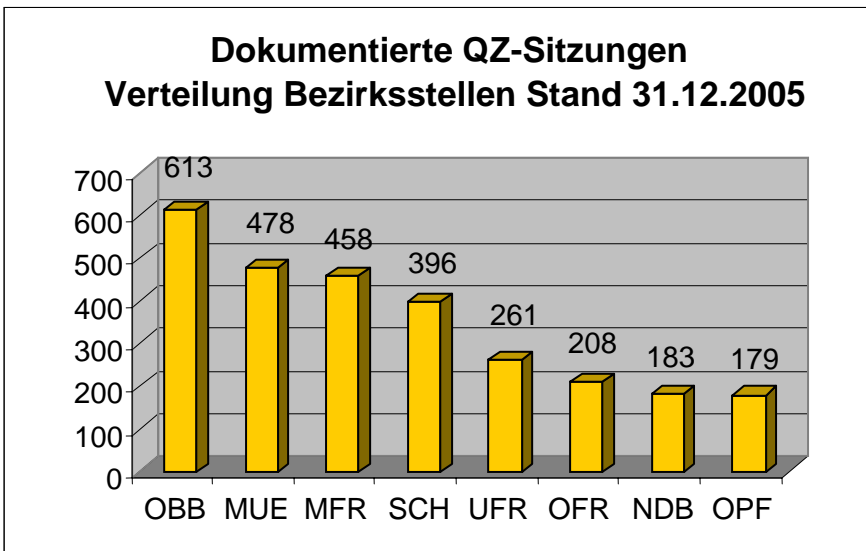


### Aufteilung der QZ nach Fachrichtungen



### Anzahl der Qualitätszirkel und der Dokumentationen

Stand 31.12.2005	elektronisch	Papier	Gesamt
<b>Registrierte QZ</b>	<b>822</b> 65 %	<b>441</b> 35 %	<b>1.263</b>
<b>Dokumentationen</b>	<b>1.710</b> 62 %	<b>1.066</b> 38 %	<b>2.776</b>



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

Mit Inkrafttreten der neuen Qualitätszirkelgrundsätze am 01.04.2005 besteht bei der KVB die Möglichkeit, die Registrierung und Dokumentation der Qualitätszirkel elektronisch einzureichen. Der Moderator wird darüber hinaus durch einen Tutor begleitet und erhält durch diesen aktuelle Informationen zur Weiterentwicklung der Qualitätszirkelarbeit in regionalen Moderatorentreffen.

### 5.3 Fortbildung

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten unterliegen den Anforderungen ihrer Berufskammern, die unter anderem die regelmäßige Fortbildung als eine Säule zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung vorsehen. Diese Anforderungen sind fester Bestandteil der Berufsordnungen für Ärzte und Psychotherapeuten.

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

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

## 6 Service

### 6.1 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

#### 6.1.1 Kommissionsarbeit

Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen. Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung vorzubereiten.

Kommissionen	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2005
Ambulantes Operieren	20 ärztliche Mitglieder 4 Kassenvertreter 1 MDK-Vertreter	per Umlauf
AIDS	1 Fachberater	2 Umlaufverfahren
Apheresen (nach § 5 der RL)	5 ärztliche Mitglieder	4 Sitzungen
Arthroskopie	7 ärztliche Mitglieder	4 Sitzungen
Asthmaschulung	6 ärztliche Mitglieder	0
Blutreinigungsverfahren	5 ärztliche Mitglieder	4 Sitzungen, 36 Umlaufverfahren
Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin	62	56
Herzschrittmacherkontrolle/Langzeit-EKG	5 ärztliche Mitglieder	1 Sitzung, 2 Umlaufverfahren
Invasive Kardiologie	3 ärztliche Mitglieder	0
Kernspintomographie	11	21
Koloskopie	5 ärztliche Mitglieder	3 Sitzungen, ansonsten per Umlaufverf.
Labor	6 ärztliche Mitglieder	7 Sitzungen, ansonsten per Umlaufverf.
Mammographie	14 ärztliche Mitglieder 3 Physiker	11 Sitzungen
Onkologie	6 ärztliche Mitglieder	3 Sitzungen
Photodynamische Therapie	3 ärztliche Mitglieder	0
Schlafapnoe (Polygraphie/Polysomnographie)	6 ärztliche Mitglieder	4 Sitzungen 15 Umlaufverfahren
Schmerztherapie	7 ärztliche Mitglieder	2 Sitzungen
Substitution	3 ärztliche Mitglieder 3 Kassenmitglieder	8 Sitzungen
Ultraschall	112	76
Zytologie	4 ärztliche Mitglieder	0

### 6.1.2 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV

Die KVB bietet ihren Mitgliedern und deren Praxismitarbeitern eine Vielzahl an Seminaren zu unterschiedlichsten Themen an. Diese reichen von Orientierungsseminaren für neue Vertragsärzte über Angebote zum Praxismarketing bis hin zu speziellen Kursen z. B. auf dem Gebiet der Schmerztherapie oder Mammographie. Die Nachfrage in der Ärzteschaft und bei den Praxismitarbeitern ist anhaltend groß – zum Teil werden auf Nachfrage zusätzliche Angebote gemacht.

Ein besonderer Schulungsaufwand war 2005 mit der Einführung des EBM 2000plus verbunden. Durch ein Expertenteam der KVB konnten sich die Praxen in 120 Veranstaltungen für Ärzte und Arzthelferinnen, 5 Veranstaltungen für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder - u. Jugendlichenpsychotherapeuten sowie insgesamt 65 Workshops für Arzthelferinnen über die neue Struktur, Änderungen und Besonderheiten des Leistungskataloges EBM 2000plus informieren.

Weiterhin hat die KVB im Jahr 2005 die nachfolgenden, insgesamt 126 Seminare mit 4.870 Teilnehmern durchgeführt. Die Resonanz auf diese Seminarangebote war durchgehend positiv:

53 Seminare für Ärzte mit insgesamt 1.322 Teilnehmern

- Entlastung und Ablaufoptimierung durch gut geführte Mitarbeiter
- Patientenrechte – Patientensicherheit – Patientenverfügung
- Vom Überreden zum Überzeugen – Kostengespräche erfolgreich führen

22 Seminare für Arzthelferinnen mit insgesamt 731 Teilnehmern

- Das Telefon als Visitenkarte der Praxis
- Perfekter Umgang mit Patienten
- Die Ersthelferin als Führungskraft

6 Seminare für Ärzte und Arzthelferinnen mit insgesamt 142 Teilnehmern

- Erfolgsfaktor professionelles Praxismanagement
- Das eingespielte Praxisteam – der Schlüssel zur Patientenbindung
- Datenschutz in der Praxis

45 Qualitätsmanagementveranstaltungen für Ärzte / Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter mit insgesamt 2.743 Teilnehmern

- 19 Qualitätsmanagement-Infoabende in allen bayerischen Bezirksstellen mit allgemeinen Informationen über QM/ QEP<sup>®</sup> und das Seminar- und Serviceangebot der KVB mit über 2.200 Teilnehmern
- 20 QEP<sup>®</sup> - Einführungsseminare in allen bayerischen Bezirksstellen mit 412 Teilnehmern
- 4 weiterführende QM-Tagesseminare mit 63 Teilnehmern
- QM/ QEP<sup>®</sup> Infoabend mit 42 Teilnehmern und QEP<sup>®</sup> - Einführungsseminar mit 26 Teilnehmern für Praxisnetze vor Ort

### **6.1.3 Notdienst / Bereitschaftsdienst**

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

Realisiert ist diese Verpflichtung in der KV Bayern durch die Vermittlungs- und Beratungszentralen. Diese vermitteln den Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Bayern flächendeckend unter der Tel.-Nr. 01805-191212.

Der Notdienst (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) wurde in der KV Bayern im Jahre 2005 mit 1.459.144 Vermittlungen in Anspruch genommen.

### 6.1.4 Zuständigkeiten und Organisation

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

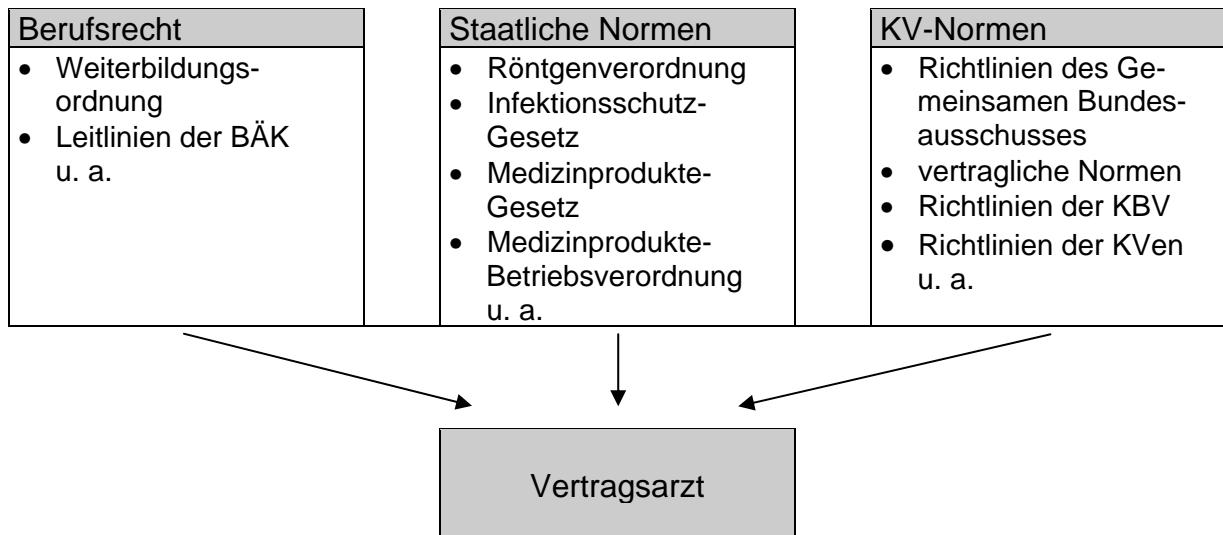


Abbildung : Schema der Normsetzungsbereiche

Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

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

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

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

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

### **6.1.5 Der Gemeinsame Bundesausschuss**

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

### **6.1.6 Normen der Qualitätssicherung**

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

## **Wichtige Qualitätssicherungsparagrafen im SGB V:**

### **§ 70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit**

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

### **§ 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

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

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

### **§ 135: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

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

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

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

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

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

### **§ 135a: Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

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

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

### **§ 136: Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

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

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

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

### **§ 136a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung**

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

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

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

### **§ 137b: Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

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

### **§ 137f: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten**

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

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

### § 139a: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

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

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

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

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

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

Regelung	Erstellt von:
§ 25 Gesundheitsuntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> <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

Regelung	Erstellt von:
§ 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

### 6.1.7 Stichprobenprüfungen

Zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen unter anderem die Möglichkeit, Einzelfallprüfungen nach Stichproben auf Grundlage der §§ 135 Abs 1, 135 Abs. 2 und 136 SGB V durchzuführen.

Beispiele:

- Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger (Anlage A Nr. 2 der BUB-Richtlinie gem. § 135 Abs. 1 SGB V)
- Sonographie der Säuglingshüfte (Anlage IV zur Ultraschallvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V)
- Arthroskopie (Qualitätssicherungsrichtlinie der KVB gem. § 136 SGB V)
- Radiologie/Computertomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie des G-BA gem. § 136 SGB V)
- Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie des G-BA gem. § 136 SGB V)

## 6.2 Handbuch Qualitätszirkel



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

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

Im Kapitel Konzeptvorstellung werden die Ziele, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Qualitätsoffensive im Bereich Qualitätszirkel verfolgt, dargestellt. Dieses

Kapitel ist besonders dazu geeignet, den Hintergrund des Projektes sowie die bereitgestellten Unterstützungsangebote anderen Zirkelteilnehmern und interessierten Ärzten darzustellen. In den Kurzdarstellungen zu den Verfahrensvorschlägen wird ein Überblick über den Inhalt der einzelnen Dramaturgien verschafft. Mit einer Dramaturgie ist hier eine Art Regieanweisung, eine bestimmte Qualitätszirkelsitzung zu einem bestimmten Oberthema durchzuführen, gemeint.

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

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

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

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

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

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

**6.3 Arztstruktur (Stand 31.12.2005)**

	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
<b>Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte</b>	7487	14	7501
<b>Anästhesisten</b>	545	150	695
<b>Augenärzte</b>	779	5	784
<b>Chirurgen</b>	492	219	730
davon Gefäßchirurgen	34	34	68
davon Kinderchirurgen	14	5	19
davon Plastische Chirurgen	55	3	58
davon Thoraxchirurgen	1	11	12
davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	-	-	-
davon Unfallchirurgen	154	90	244
davon Visceralchirurgen	8	31	39
<b>Dermatologen</b>	532	11	543
<b>Gynäkologen</b>	1506	88	1594
<b>HNO-Ärzte</b>	590	7	619
davon Phoniater und Pädaudiologen	21	1	22
<b>Internisten</b>	2627	345	2972
davon Angiologen	27	5	32
davon Endokrinologen	14	9	23
davon Gastroenterologen	121	53	174
davon Hämatologen	2	2	4
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	69	18	87
davon Kardiologen	248	83	331
davon Nephrologen	127	22	149
davon Pneumologen	98	23	121
davon Rheumatologen	47	15	62
<b>Kinderärzte</b>	850	93	943
davon Kinderkardiologen	25	13	38
davon Neonatologen	27	22	49
<b>Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten</b>	415	19	434
<b>Kinder- und Jugendpsychiater</b>	86	2	88
<b>Laborärzte</b>	62	6	68
<b>Lungenärzte</b>	40	2	42
<b>Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen</b>	149	1	150
<b>Nervenärzte / Neurologen / Psychiater</b>	738	52	790
<b>Neurochirurgen</b>	49	25	74
<b>Nuklearmediziner</b>	96	16	112
<b>Orthopäden</b>	885	35	920
davon Rheumatologen	94	7	101
<b>Pathologen</b>	70	29	99
<b>Psychotherapeuten - ärztlich</b>	559	3	562
<b>Psychotherapeuten - psychologisch</b>	1803	41	1844
<b>Radiologen / Diagnostische Radiologie</b>	383	83	466
<b>Urologen</b>	395	32	427
<b>Übrige Arztgruppen</b>	166	3081	3247
<b>Summe</b>	21304	4359	25663

**6.4 Zusatzbezeichnungen (Stand 31.12.2005)**

<b>Zusatzweiterbildungen</b>				
Ärztliches Qualitätsmanagement	5	-	5	
Akupunktur	227	3	230	
Allergologie	876	25	901	
Andrologie	3	-	3	
Betriebsmedizin	121	1	122	
Dermatohistologie	1	-	1	
Diabetologie	2	1	3	
Flugmedizin	45	-	45	
Geriatric	2	-	2	
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	-	-	-	
Hämostaseologie	-	-	-	
Handchirurgie	34	6	40	
Homöopathie	575	3	578	
Infektiologie	-	-	-	
Intensivmedizin	-	-	-	
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	-	-	-	
Kinder-Gastroenterologie	-	-	-	
Kinder-Nephrologie	-	-	-	
Kinder-Orthopädie	3	-	3	
Kinder-Pneumologie	-	-	-	
Kinder-Rheumatologie	-	1	1	
Labordiagnostik-fachgebunden	-	-	-	
Magnetresonanztomographie-fachgebunden	-	-	-	
Manuelle Medizin/Chirotherapie	-	-	-	
Medikamentöse Tumortherapie	3	-	3	
Medizinische Informatik	10	-	10	
Naturheilverfahren	1733	6	1739	
Notfallmedizin	127	4	131	
Orthopädische Rheumatologie	-	-	-	
Palliativmedizin	1	-	1	
Phlebologie	203	8	211	
Physikalische Therapie und Balneologie	-	-	-	
Plastische Operationen	109	2	111	
Proktologie	3	3	6	
Psychoanalyse	528	4	532	
Psychotherapie-fachgebunden	1258	23	1281	
Schlafmedizin	1	1	2	
Sozialmedizin	58	1	59	
Spezielle Orthopädische Chirurgie	-	-	-	
Spezielle Schmerztherapie	53	7	60	
Spezielle Unfallmedizin	-	-	-	
Sportmedizin	1651	37	1688	
Suchtmedizinische Grundversorgung	-	-	-	
Tropenmedizin	17	1	18	
Umweltmedizin	207	4	211	

## Impressum

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

Telefon: 0 89 / 5 70 93 - 0

E-Mail: [mail@kvb.de](mailto:mail@kvb.de)

Internet: [www.kvb.de](http://www.kvb.de)

Redaktion: Ressort Versorgungsmanagement  
CoC Qualitätssicherung

Bildnachweis: BilderBox - die Internet Bildagentur

