

2005 Qualitätsbericht

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Alles Gute.

KVBW 

IMPRESSUM

Qualitätsbericht 2005 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Autoren

Dir. Norbert Bonauer
Silvia Kley
Dr. med. Michael Viapiano
Dr. med. Michael Dierich

Redaktion

Dr. med. Wolfgang Herz (verantw.)
Dir. Norbert Bonauer
Silvia Kley
Carmen Gonzalez

Erscheinungstermin

Oktober 2006

Gestaltung und Realisation

C hoch 3, Stuttgart

Auflage

2.600

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

jüngste Umfragen zeigen: Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist nach wie vor sehr gut. Patienten vertrauen in der Regel der Behandlung und Betreuung durch Ärzte und Psychotherapeuten. Für dieses Vertrauen und das hohe Maß an Zufriedenheit gibt es eine wichtige Basisgröße: Die Patienten wissen, dass sie sich auf die Qualität der medizinischen Versorgung verlassen können. Denn für die in Baden-Württemberg niedergelassenen rund 17.000 Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist die Sicherung der Qualität der diagnostischen und therapeutischen Leistungen die Grundlage ihrer täglichen Arbeit.

Leider erfährt dieser wichtige Aspekt der Qualitätssicherung des ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns in der Öffentlichkeit zu wenig Aufmerksamkeit. Um den Patienten und der Öffentlichkeit die durchgeführten Maßnahmen näher zu bringen, veröffentlichen die Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg bereits seit 2002 die Ergebnisse dieser Arbeit in einem Qualitätsbericht. In Ihren Händen liegt jetzt der erste gemeinsame Qualitätsbericht für ganz Baden-Württemberg. Mit ihm möchte die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg verdeutlichen, welch hohen Standard die Qualitätssicherung in unserem Land hat.

Die Sicherung der Qualität medizinischer Leistungen ist eine umfassende und fortlaufende Aufgabe. Deutlich wird das an diesem Beispiel: Ärzte, denen eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung koloskopischer Leistungen erteilt worden ist, müssen sich kontinuierlich an Verfahren zur Überprüfung beteiligen. Nur mit diesem ständigen Nachweis der persönlichen Befähigung gelingt die Aufrechterhaltung der Genehmigung. So werden zum einen zweimal jährlich Hygienekontrollen durchgeführt, die bei Nichtbestehen unter Umständen zum Wegfall der Genehmigung führen können. Darüber hinaus ist eine Mindestanzahl durchgeführter totaler Koloskopien inklusive Polypektomien nachzuweisen sowie eine entsprechende Stichprobenprüfung durchzuführen. Auch hier ist bei Nichterfüllung der Voraussetzungen der Widerruf der Genehmigung vorgesehen. Auswertungen und nähere Ausführungen hierzu entnehmen Sie dem entsprechenden Kapitel.

Über die Vielzahl der weiteren qualitätssichernden Maßnahmen, die die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg durchführt, informiert Sie unser Bericht. Er dokumentiert dabei auch die Arbeit der Qualitätszirkel, von denen es im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bis zum Ende des Jahres 2005 insgesamt 1.210 gab. Darin waren zuletzt rund 7.500 teilnehmende Ärztinnen und Ärzte aktiv.

An dieser Stelle danke ich den KV-Mitgliedern, die das hohe Niveau der Patientenversorgung gewährleisten. Mein besonderer Dank gilt dabei den vielen ehrenamtlich tätigen Kolleginnen und Kollegen, die sich in den entsprechenden Gremien der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mit Unterstützung unserer Verwaltung für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung einsetzen und mit starkem persönlichen Einsatz maßgeblich an der Umsetzung der gesetzlichen und KV-internen Vorgaben beteiligt sind.

Mit kollegialen Grüßen Ihr



Dr. Wolfgang Herz
Mitglied des Vorstandes

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einführung	05
2. Aktuelle Themen	06
2.1 Mammographie-Screening	06
2.2 Ultraschall der Säuglingshüfte	11
3. Qualitätssicherung	13
3.1 Organisation und Strukturen der Qualitätssicherung	13
3.1.1 Zuständigkeiten und Organisation	13
Der Gemeinsame Bundesausschuss	14
Normen der Qualitätssicherung	14
3.1.2 Dimensionen der Qualitätssicherung – Struktur, Prozess, Ergebnis	18
3.1.3 Durchführung der Qualitätssicherung	19
3.2 Ambulante Operationen	20
3.3 Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren	21
3.4 Arthroskopische Untersuchungen	23
3.5 Blutreinigungsverfahren	24
3.6 Disease-Management-Programme	25
3.7 Herzschrittmacherkontrolle	30
3.8 Invasive Kardiologie	31
3.9 Kernspintomographie	33
3.10 Koloskopie	35
3.11 Künstliche Befruchtung	37
3.12 Laboratoriumsuntersuchungen	38
3.13 Langzeit-EKG-Untersuchung	39
3.14 Medizinische Rehabilitation	40
3.15 Onkologie-Vereinbarung	41
3.16 Otoakustische Emissionen	42
3.17 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	43
3.18 Psychotherapie	44
3.19 Schlafbezogene Atmungsstörungen	46
3.20 Schmerztherapie	47
3.21 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	49
3.22 Soziotherapie	50
3.23 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	51
3.24 Strahlendiagnostik und -therapie	52
3.25 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	58
3.26 Ultraschalldiagnostik	60
3.27 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale	63
3.28 Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus	64

4. Ausblick	68
4.1 Herzschrittmacher	68
4.2 Zytologie	68
4.3 Flexible Endoskopien	68
4.4 Photodynamische Therapie (PDT)	69
4.5 Magnetresonanz-Angiographie	69
4.6 Dialyse	69
5. Weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung	70
5.1 Qualitätszirkel	70
5.2 Fortbildung	71
6. Qualitätsmanagement	72
6.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen	72
7. Serviceleistungen der KV	75
7.1 Informations- und Fortbildungsveranstaltungen in der KV	75
7.2 Informationsservice für Ärzte und Patienten	76
7.3 Patiententelefon MedCall	77
Anhang	
Entwicklung der genehmigungspflichtigen Leistungsbereiche	79
Arztstruktur – Übersicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte	80
Gesamtzusammenfassung für die KV Baden-Württemberg	84
Kommissionen der Qualitätssicherung	85
Bereiche der Qualitätssicherung differenziert nach Bezirksdirektionen	
Koloskopie	86
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	94
Psychotherapie	98
Invasive Kardiologie	106
Strahlendiagnostik und -therapie	112

Anmerkung:

Die Begriffe „Arzt“ und „Therapeut“ im Text stehen immer sowohl für die männliche als auch für die weibliche Berufsbezeichnung.

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* 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 und Psychotherapeuten als ein Leistungsträger der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ein.

Bereits die Teilnahmevoraussetzungen für die vertragsärztliche Versorgung garantieren einen hohen Qualitätsstandard. An der vertragsärztlichen Versorgung können nur Ärzte oder Psychotherapeuten teilnehmen, die über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen. So haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nach Abitur und Medizinstudium eine mindestens fünfjährige Weiterbildung in einem Fachgebiet absolviert, um die notwendige Einstiegsqualifikation als Vertragsarzt zu erreichen. Gleiches gilt entsprechend für die psychologischen Psychotherapeuten. Jeder einzelne Vertragsarzt und Psychotherapeut 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, Routine-nachweise 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 den 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.

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 beziehungsweise 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.

* 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).

2. AKTUELLE THEMEN

2.1 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit 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 können. 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-Richtlinien und der Bundesmantelverträge Ärzte/Ersatzkassen) dazu in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren zweijährlich Anspruch auf eine Mammographie-Screening-Untersuchung, sobald diese in ihrer Region angeboten wird.

Qualität durch Qualifikation

Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen, damit das Ziel erreicht werden kann, die Brustkrebssterblich-

keit zu senken und betroffenen Frauen schonende Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Diese Anforderungen betreffen insbesondere die Qualifikationen der befundenden Ärzte.

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

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

Besondere Anforderungen werden an die Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer

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

Organisatorische Struktur, Ausschreibung und Teilnahme

Grundlage für die Auswahl der am Screening-Programm teilnehmenden Ärzte ist ein öffentliches Ausschreibungsverfahren. Jeder interessierte Radiologe oder Gynäkologe, der über die Fachkunde im Strahlenschutz und die fachlichen Voraussetzungen sowohl für die Durchführung der kurativen Mammographie als auch für die Durchführung der Ultraschalluntersuchung der Brust 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

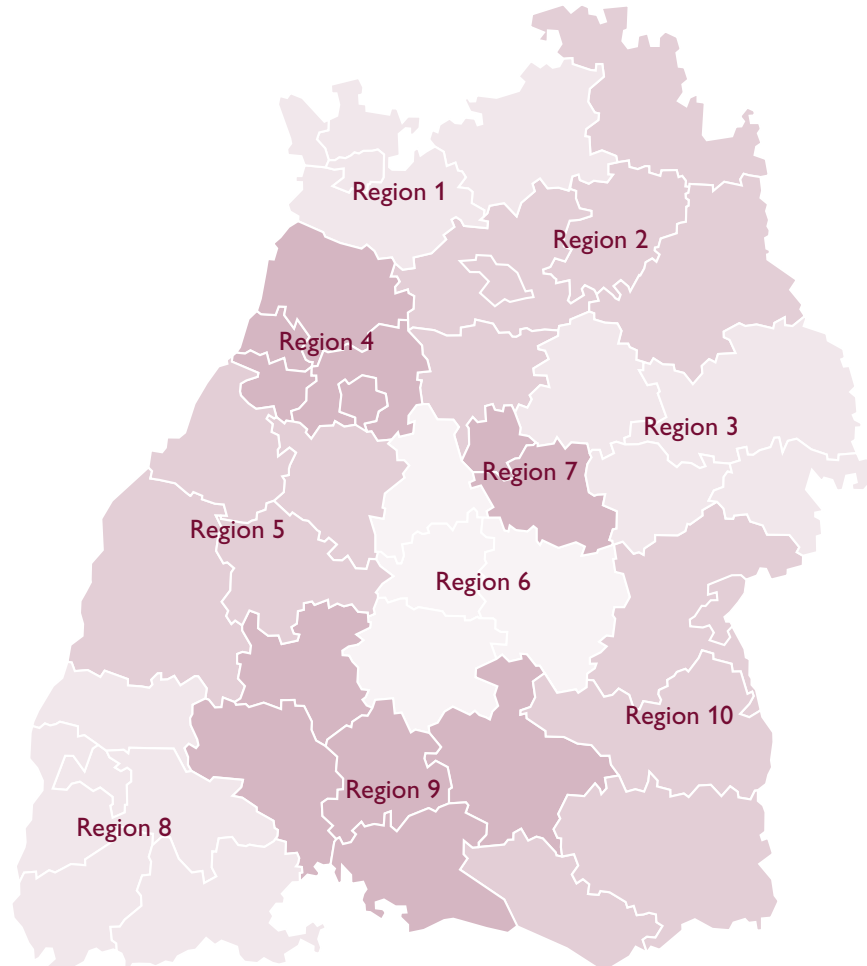
Arztes und seines Teams sowie die geplante beziehungsweise bereits vorhandene Praxis- und apparative Ausstattung dargestellt wird.

Die Kassenärztliche Vereinigung wählt die 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. Außerdem muss er die Realisierung der im Bewerbungskonzept beschriebenen baulichen und apparativen Maßnahmen nachweisen. Ist dies erfolgt, kann mit der Übernahme des Versorgungsauftrages begonnen werden.

Screening-Einheiten in Baden-Württemberg

Das regionale Versorgungsprogramm ist von der KV Baden-Württemberg im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf Landesebene in einzelne Screening-Einheiten zu unterteilen, die jeweils einen Einzugsbereich von 800.000 bis 1.000.000 Einwohner umfassen sollen. Die Zuordnungen finden Sie auf der Folgeseite.

Baden-Württemberg wurde in insgesamt zehn Screening-Einheiten aufgeteilt:



- Region 1: Neckar-Odenwaldkreis, Stadtkreise Mannheim und Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis
- Region 2: Landkreis Ludwigsburg, Stadtkreis Heilbronn, Landkreis Heilbronn, Hohenlohekreis, Landkreis Schwäbisch Hall, Main-Tauber-Kreis
- Region 3: Rems-Murr-Kreis, Ostalbkreis, Landkreis Göppingen, Landkreis Heidenheim
- Region 4: Landkreis Karlsruhe, Stadtkreis Karlsruhe, Enzkreis, Stadtkreis Pforzheim
- Region 5: Landkreis Calw, Stadtkreis Baden-Baden, Landkreis Rastatt, Landkreis Freudenstadt, Landkreis Ortenaukreis
- Region 6: Landkreis Böblingen, Landkreis Tübingen, Landkreis Reutlingen, Zollern-Albkreis
- Region 7: Stadtkreis Stuttgart, Landkreis Esslingen
- Region 8: Landkreis Emmendingen, Landkreis Breisgau/Hochschwarzwald, Stadtkreis Freiburg, Landkreis Lörrach, Landkreis Waldshut
- Region 9: Landkreis Rottweil, Schwarzwald-Baar-Kreis, Landkreis Tuttlingen, Landkreis Konstanz, Landkreis Sigmaringen
- Region 10: Stadtkreis Ulm, Alb-Donau-Kreis, Landkreis Biberach, Bodenseekreis, Landkreis Ravensburg

Für die Regionen 1, 2 und 8 konnten im Jahre 2005 vorläufige Genehmigungen für die Übernahme eines Versorgungsauftrages jeweils an Programmverantwortliche Ärzte vergeben werden. Über die Vergabe der Versorgungsaufträge für die restlichen Regionen soll im Jahr 2006 entschieden werden.

In einem Zeitraum von bis zu neun Monaten hat der zukünftige Programmverantwortliche Arzt für sich und sein Team umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erfüllen. Dies führt dazu, dass mit dem Mammographie-Screening erst mit einer zeitlichen Verzögerung begonnen werden kann. Die KV Baden-Württemberg rechnet damit, dass gegen Ende des Jahres 2006 die ersten Screening-Einheiten ihre Tätigkeit aufnehmen werden.

Zentrale Einladungsstelle

Die anspruchsberechtigten Frauen werden durch eine so genannte Zentrale Stelle eingeladen. Jeder Frau im Alter von 50 bis 69 Jahren soll die Möglichkeit gegeben werden, an der Untersuchung teilzunehmen. Die alleinige Verwendung der Adressdaten, die den Krankenkassen über ihre Mitglieder zur Verfügung stehen, ist zur Herstellung eines Bevölkerungsbezugs nicht ausreichend. Da hierfür die Daten der Einwohnermeldeämter verwendet werden müssen, waren umfängliche Fragen nach der gesetzlichen Grundlage für die Weitergabe der Einwohnermeldeamtsdaten an die Zentrale Stelle zu klären. Dabei waren insbesondere Lösungen herbeizuführen, die das Recht der einzelnen anspruchsberechtigten Frau auf Einhaltung des Datenschutzes gewähren. Nachdem das Land Baden-Württemberg die notwendige Gesetzesgrundlage für die Weitergabe der Daten an die Zentrale Stelle Mitte 2005 geschaffen hat, war eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung des Mammographie-Screen-

ings entsprechend den Vorgaben im Anhang 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) und den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (KFU-RL) erfüllt.

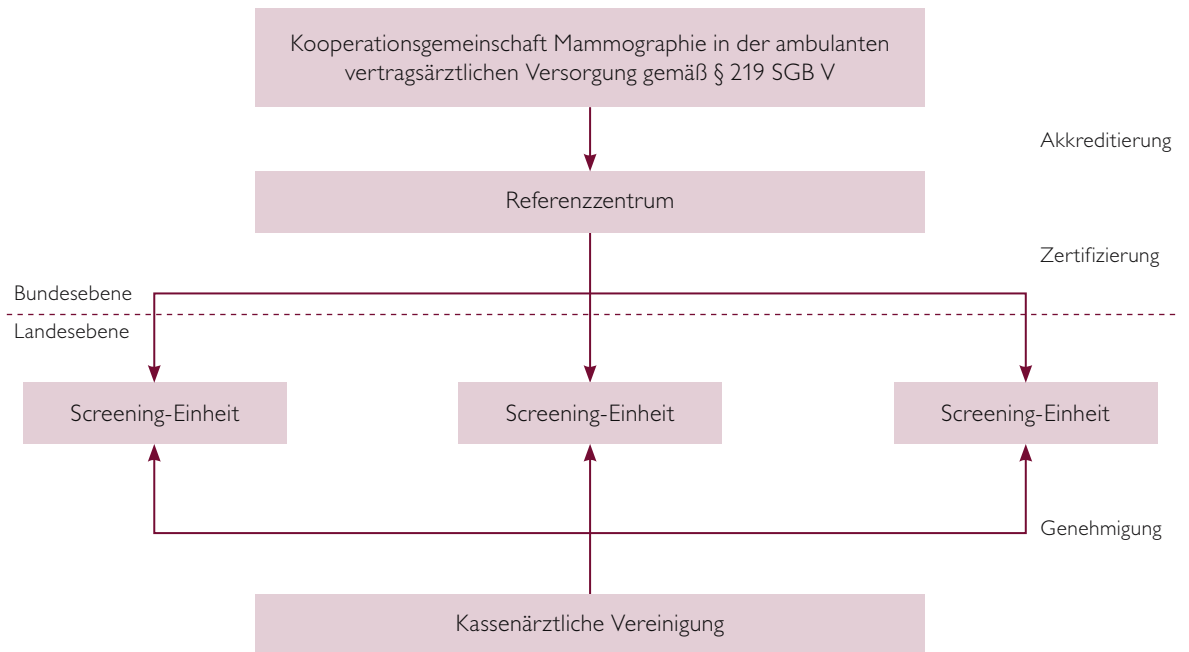
Die KV Baden-Württemberg hat sich mit den Krankenkassenverbänden auf Landesebene darauf geeinigt, dass die Zentrale Stelle bei der KV Baden-Württemberg angesiedelt sein soll und in Form einer Arbeitsgemeinschaft gemäß § 219 SGB V betrieben wird. Sitz der Zentralen Stelle für Baden-Württemberg ist Baden-Baden. Weitere Informationen zur Zentralen Stelle können Sie im Internet unter www.mammascreeen-bw.de erhalten.

Zertifizierungsverfahren durch die Kooperationsgemeinschaft

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

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 gegründet, die Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screening-Programms in Deutschland zu koordinieren und zu evaluieren (www.kooperationsgemeinschaftmammographie.de). Die Abbildung auf der Folge-seite zeigt die Organisationsstruktur des Mammographie-Screenings auf Bundes- und Landesebene.

Organisatorische Struktur des Mammographie-Screenings



2.2 Ultraschall 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 (so genannte „U 3“). Dadurch soll sichergestellt werden, dass im Falle einer klinisch noch unauffälligen Dysplasie eine eventuell notwendige Therapie vor der 6. Lebenswoche einsetzt, um so das spätere Auftreten einer Hüftgelenksluxation zu verhindern.

Um eine optimale Durchführung des Hüftsonographie-Screenings zu gewährleisten, wurde die seit 1993 geltende Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V um spezielle fachliche Eingangsvoraussetzungen ergänzt. So wurde festgelegt, dass vor Antragsstellung im Rahmen der Weiterbildung unter Anleitung mindestens 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 bundes-

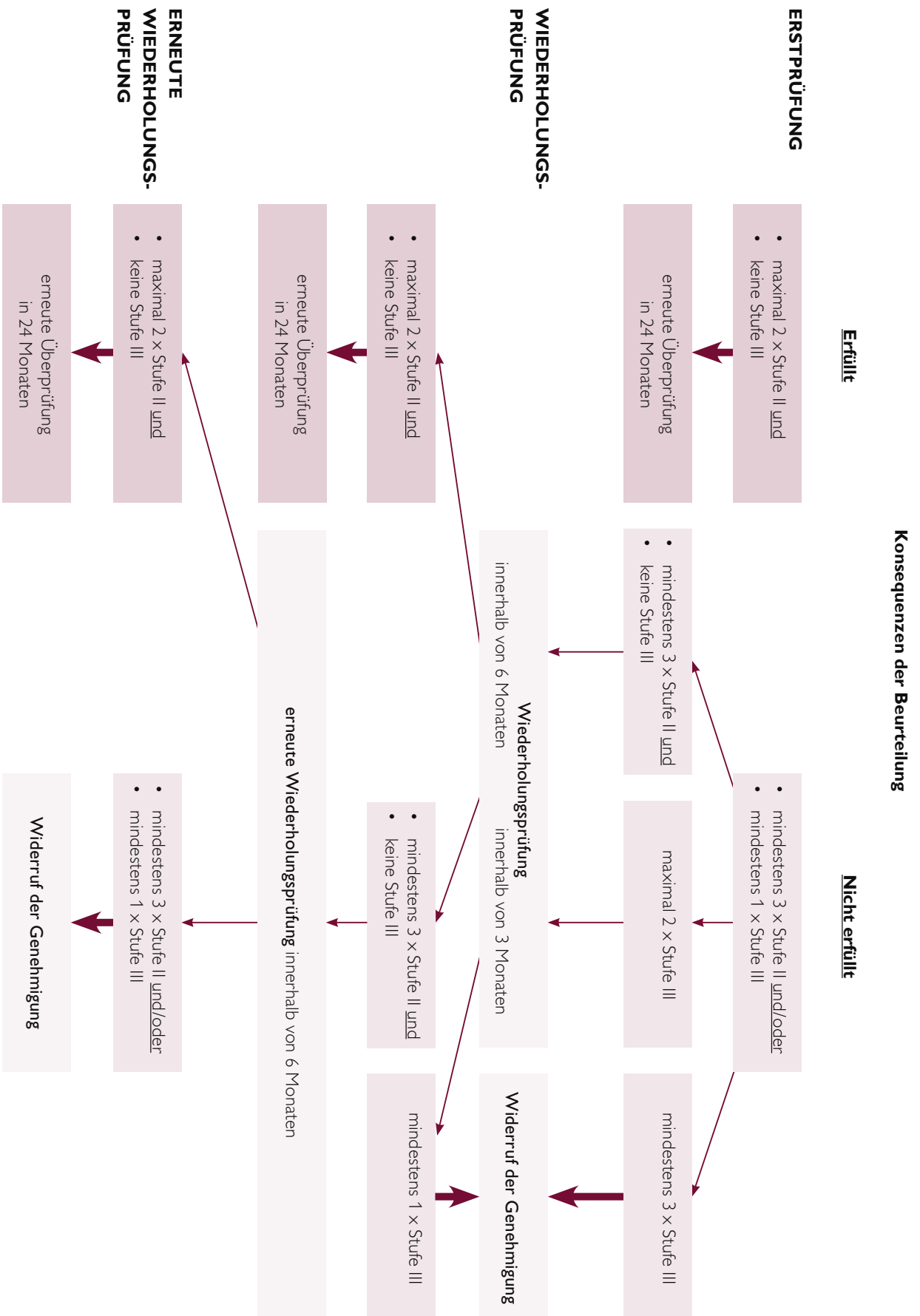
weit eingeführt. In zweijährigem Abstand werden pro Arzt zufällig ausgewählte Dokumentationen von mindestens zwölf Patienten durch die zuständige Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung geprüft. Die Überprüfung soll dazu beitragen, gegebenenfalls Qualitätsdefizite zu identifizieren, 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. Sie dient auch 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 Absatz 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 (siehe Abbildung auf der Folgeseite). Dabei werden die Ergebnisse in Stufen eingeteilt:

- Stufe I: regelrecht (keine oder geringfügige Mängel)
- Stufe II: eingeschränkt (geringe Mängel)
- Stufe III: unzureichend (schwerwiegende Mängel).

Bei Ärzten, denen vor Inkrafttreten 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.

Ablaufschema Dokumentationsprüfung Ultraschall der Säuglingshüfte



3. QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung beruht formal auf sehr differenzierten Richtlinien und Vereinbarungen. Diese Normen sind einem ständigen Wandel unterworfen und ständig kommen neue Bereiche hinzu.

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, weitere zielorientierte Qualitätssicherungselemente kontinuierlich in die Richtlinien zu integrieren. Zu nennen sind hier beispielsweise:

1. Frequenzregelungen (zum Beispiel invasive Kardiologie, Koloskopie)
2. Indikationssicherung (zum Beispiel photodynamische Therapie)

3. Rezertifizierung (zum Beispiel kurative Mammographie, Ultraschall der Säuglingshüfte)
4. Stichprobenprüfungen (zum Beispiel radiologische Diagnostik, Kernspintomographie)

Die Regelungen der Qualitätssicherung wurden auf der Basis gesetzlicher Vorgaben von mehreren Organisationen gestaltet und ausgeführt. Dieses System wird unter Abschnitt 3.1 dargestellt.

Die aktuellen Versionen der geltenden Richtlinien und Vereinbarungen sind unter anderem auf der Homepage der KBV www.kbv.de unter „Rechtsquellen“ im Bereich „Qualitätssicherung“ einzusehen.

Die der Qualitätssicherung unterliegenden ärztlichen Leistungen werden ab Abschnitt 3.2 im Detail dargestellt. Dazu finden sich Informationen der jeweils erteilten Genehmigungen sowie die Tätigkeit der Geschäftsstellen.

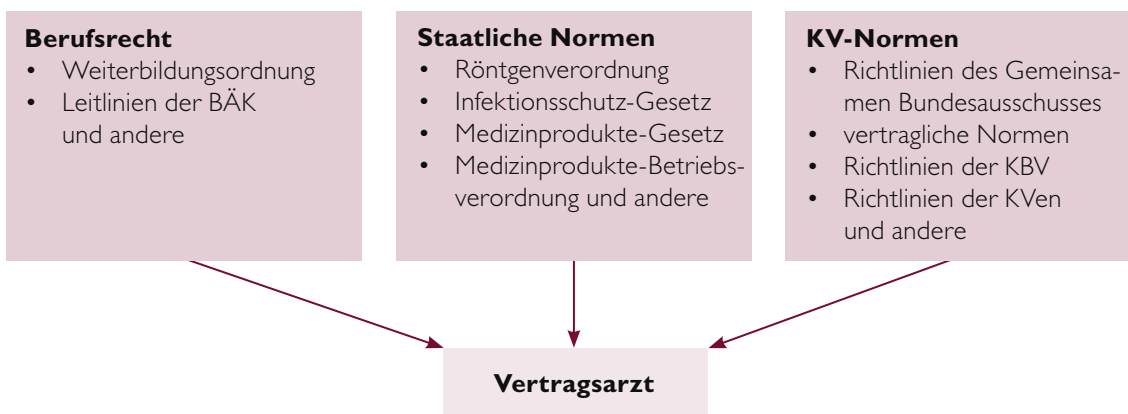
3.1 Organisation und Strukturen der Qualitätssicherung

3.1.1 Zuständigkeiten und Organisation

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure.

Einen Überblick über diese Komplexität gibt folgende Übersicht:

Schema der Normsetzungsbereiche



Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (zum Beispiel Eichordnung, Röntgenverordnung),
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss sowie
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztekammer und KV).

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

Dies bedeutet umgekehrt, dass die KV nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffenden Qualitätsnormen vorgibt beziehungsweise 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- beziehungsweise Unterordnungsverhältnis:

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen der §§ 91 ff. SGB V ab dem 1. 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 neun Vertretern der Leistungserbringer, neun Ver-

tretern der Kassenseite sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Zur Stärkung der Kompetenz der Patientinnen und Patienten stellt der Gemeinsame Bundesausschuss Informationen zu Krankheiten zur Verfügung, die hohe soziale und volkswirtschaftliche Folgen verursachen und somit eine hohe Versorgungsrelevanz haben. 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 Absatz 2, worin 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 geltenden Regelungen sind für die auf der Landesebene tätigen Gremien in Absatz 3 geregelt. 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 „Betroffenen“ zu „Beteiligten“ werden.

Normen der Qualitätssicherung

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

Wichtige Qualitätssicherungsbestimmungen 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 Folgendes vereinbaren:

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie
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 Absatz 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 oben genannten Kriterien ergeben, dass sie nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Nach Absatz 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 Absatz 2,

- die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger 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 (BMG) 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,
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 (IQWiG)

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

- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln,
- Bürgerinformation zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

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 lebenslagen-spezifischer Besonderheiten,

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

Regelung	Erstellt von:
§ 136a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit von aufwändigen Leistungen • Definition von grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement 	G-BA
§ 137b: Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin <ul style="list-style-type: none"> • Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung • Regelmäßige Berichte 	G-BA
§ 137f: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> • DMP • Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung 	G-BA
§ 139a: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) <ul style="list-style-type: none"> • HTA (Health Technologie Assessment) • Bewertung evidenzbasierter Leitlinien • Empfehlung zu DMP • Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln • Bürgerinformationen 	Eigene Einrichtung

3.1.2 Dimensionen der Qualitätssicherung – Struktur, Prozess, Ergebnis

Alle Qualitätsbereiche lassen sich thematisch in einen Strukturansatz, Prozessansatz sowie Ergebnisansatz unterteilen. Die meisten Qualitätssicherungsverfahren im ambulanten Bereich setzen derzeit bei der Strukturqualität an, aber auch die Bereiche der Prozess- und Ergebnisqualität werden zunehmend einbezogen.

Strukturqualität

Eine gesicherte Strukturqualität wirkt sich positiv auf den Behandlungsprozess und das Behandlungsergebnis aus. Inhaltlich gliedert sich die Strukturqualität in die drei Bestandteile:

- fachliche Qualifikation des Arztes
- apparative Voraussetzungen
- organisatorische Voraussetzungen

In jeder Qualitätssicherungsvereinbarung zur Erbringung einer besonderen Leistung sind Maßnah-

men zur Überprüfung der fachlichen Befähigung des antragstellenden Arztes verankert. Dabei werden regelmäßig Qualifikationen verlangt, die gegebenenfalls über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen. Die jeweilige Prüfung erfolgt grundsätzlich anhand detaillierter Zeugnisse, darüber hinaus in Einzelfällen in einem Kolloquium. Die weiteren Bestandteile, die apparative Ausstattung und die organisatorischen Voraussetzungen, werden auf Grundlage von Gerätenachweisen und detaillierten Darstellungen (Bauzeichnungen, Ablaufplänen, Fortbildungszertifikaten der nichtärztlichen Mitarbeiter etc.) geprüft. In Einzelfällen erfolgt darüber hinaus eine Überprüfung vor Ort.

Prozessqualität

Bei der Prozessqualität stellt sich die Frage nach der Durchführung der Behandlung. Wie wird diagnostiziert/therapiert? Wie läuft der Behandlungsprozess ab?

So sind etwa alle medizinischen Leitlinien Beispiele für Versuche, die Prozessqualität über Diagnostik- und Therapiestandards zu definieren. Je mehr das ärztliche Handeln in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der jeweiligen Leitlinie ist, umso höher soll die Prozessqualität sein.

Auch in den Disease-Management-Programmen (DMP) stehen Kontrolle und Korrektur der Prozessqualität im Mittelpunkt des Interesses. Ein weiteres Beispiel für Maßnahmen der Prozessqualität ist das Instrument des ärztlichen Qualitätszirkels.

Konkrete Vorgaben zur Prozessqualität werden in der ambulanten Versorgung in den Richtlinien ge-

macht, in denen der Arzt zur Aufrechterhaltung seiner Qualifikation eine Mindestanzahl von Untersuchungen in einem vorgegebenem Zeitraum vornehmen soll (z.B. Koloskopie, invasive Kardiologie).

Ergebnisqualität

Der Begriff Ergebnisqualität bezieht sich auf die Resultate ärztlicher Behandlung.

Die Beurteilung des Behandlungsergebnisses als eigentliches Qualitätskriterium medizinischer Interventionen ist jedoch mit vielen Schwierigkeiten verbunden. Nicht immer lassen sich geeignete Indikatoren identifizieren, die die Qualität der Leistungserbringung angemessen reflektieren.

3.1.3 Durchführung der Qualitätssicherung

Kommissionen: Besetzung und Aufgaben

Die Kassenärztliche Vereinigung hat zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet. 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 Vorstand beruft die Mitglieder oder Fachberater in eine Kommission für die laufende Legislaturperiode.

Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die Geschäftsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen in medizinischen Fragen zu unterstützen und in schwierigen Fällen die fachliche Be-

fähigung des Antragstellers auf Grund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen zu prüfen sowie die erforderlichen Kolloquien (kollegiale Fachgespräche) durchzuführen und damit Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzubereiten.

In Baden-Württemberg bestehen derzeit 59 Fachkommissionen mit insgesamt 350 Mitgliedern und Fachberatern. In den meisten Bereichen werden die Prüfungen zunächst ins Umlaufverfahren (Einholung schriftlicher Stellungnahmen) gegeben, um damit sowohl Kosten als auch Zeitaufwand für Sitzungen zu begrenzen. In den größeren Bereichen lassen sich die Prüfungsaufgaben jedoch nicht immer im Umlaufverfahren bewältigen.

Die derzeit in Baden-Württemberg bestehenden Kommissionen und deren Sitzungsfrequenz sind im Anhang aufgeführt.

Geschäftsstellen

In den Bezirksdirektionen ist jeweils eine Geschäftsstelle eingerichtet. Diese unterstützt die Tätigkeit der Kommissionen, bereitet die Sitzungen der Kom-

missionen vor, setzt die Beschlüsse des Vorstandes zu den Empfehlungen der Kommission um und führt die Korrespondenz. Ebenfalls sind die Beschlüsse der KBV und des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten und umzusetzen, insbesondere wenn neue Richtlinien oder Vereinbarungen in Kraft treten oder ältere geändert werden.

Zu den Aufgaben gehören insbesondere

- die Beratung bei Antragstellung und
- die Prüfung der eingereichten Unterlagen,
- die Anforderung von Dokumentationen für die durchzuführenden Stichprobenprüfungen,

- die Betreuung von Qualitätszirkeln,
- die Organisation und Vorbereitung für Schulungen und Informationsveranstaltungen rund um das Thema Qualitätssicherung.

Kurzum: Die Geschäftsstelle ist zuständig für alle verwaltungstechnischen Fragen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen.

Zur Erledigung dieser Aufgaben stehen in den Geschäftsstellen insgesamt 54 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung.

3.2 Ambulante Operationen

In der seit dem 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 er-

bringen. 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, gegebenenfalls wird eine Praxisbegehung vereinbart.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren	gültig seit: 1. Oktober 1994 zuletzt geändert: 1. Januar 2004				
Rechtsgrundlage	§ 15 des dreiseitigen Vertrages nach § 115b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 1. April 1993, zuletzt geändert 1. April 2005 mit der Einführung des EBM 2000plus)				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	666	1.003	637	1.361	3.667
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	60	39	35	87	221
• davon Anzahl Genehmigungen	58	39	34	81	212
• davon Anzahl Ablehnungen	2	-	1	6	9
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-

	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	133	166	-	269	568
Anzahl Praxisbegehungen	-	-	-	-	-
• davon ohne Beanstandung	-	-	-	-	-
• davon mit Beanstandung	-	-	-	-	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben im Rahmen regionaler „K“-Verträge					
Anzahl geprüfter Ärzte	205	76	-	-	-
• davon ohne Beanstandung	127	38	-	-	-
• davon mit leichten Beanstandungen	55	24	-	-	-
• davon mit schweren Beanstandungen	23	14	-	-	-

3.3 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Diese Richtlinie regelt sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapheresen) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall. Die 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 in der Regel hochwirksame medikamentöse Standardtherapien zur Verfügung, so dass 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 me-

dikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann.

Im Vordergrund der Abwägung der Indikationsstellung soll dabei das Gesamtrisikoprofil des Patienten stehen.

Immunapheresen können nur bei aktiver rheumatoider Arthritis bei Patienten angewandt werden,

- 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.

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

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	gültig seit: 1. Januar 1991 letzte Änderung: 9. Juli 2003				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren)				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	14	21	11	31	77
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	1	3	1	5	10
• davon Anzahl Genehmigungen	1	3	1	5	10
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	1	-	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-	-	-	-
Anzahl Kolloquien	-	-	-	-	-
• davon bestanden	-	-	-	-	-
• davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
LDL-Apherese					
Anzahl Patienten im Jahr 2005	12	20	keine Daten	18	50
Anzahl beschiedener Anträge (neue Patienten)	2	4	1	4	11
• davon positives Votum der KV	1	1	-	2	4
• davon negatives Votum der KV	1	3	1	2	7
Anzahl beschiedener Anträge (Fortsetzung)	9	20	11	14	54
• davon positives Votum der KV	9	16	6	13	44
• davon negatives Votum der KV	-	4	5	1	10
Apherese bei rheumatoider Arthritis					
Anzahl Patienten, die im Jahr 2005 mindestens einen Zyklus begonnen haben	1	6	keine Daten	5	12
Anzahl beschiedener Anträge	2	6	1	5	14
• davon positives Votum der KV	1	5	-	5	11
• davon negatives Votum der KV	1	1	1	-	3

3.4 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 Arthroskopiever-

einbarung sowie zusätzlich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Ambulanten Operieren. Neben den dort geforderten Nachweisen muss der Arzt über eine besondere fachliche Weiterbildung verfügen.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopievereinbarung)	gültig seit: 1. Oktober 1994				
	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)				
Rechtsgrundlage	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	83	85	71	158	397
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	9	3	1	15	28
• davon Anzahl Genehmigungen	9	3	1	15	28
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	-	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	1	-	1	4
Anzahl Kolloquien	-	-	-	-	-
• davon bestanden	-	-	-	-	-
• davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
Anzahl Praxisbegehungen	-	-	-	-	-
• davon ohne Beanstandung	-	-	-	-	-
• davon mit Beanstandung	-	-	-	-	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-	-	-	357	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-	-	-	27	-
• davon ohne Beanstandung	-	-	-	6	-
• davon mit leichten Beanstandungen	-	-	-	5	-
• davon mit schweren Beanstandungen	-	-	-	16	-

3.5 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 zum Beispiel ein bestimmter Arzt/Patientenschlüssel zu gewährleisten und die Kooperation mit den Transplantationszentren für erwachsene Patienten und Kinder nachzuweisen. Außerdem ist eine patientenbezogene Dokumentation zu führen, welche auf Anforderung der KV in anonymisierter Form vorgelegt werden muss.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)	gültig seit: 1. Oktober 1997 letzte Änderung: 9. Mai 2003				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 i.V. mit Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV)				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31. Dezember 2005	19	28	10	30	87
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	39	58	22	62	181
Anzahl beschiedener Anträge	3	9	-	4	16
• davon Anzahl Genehmigungen	3	4	-	4	11
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	-	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	-	-	-	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-	-	-	-
Anzahl Kolloquien	-	-	-	-	-
• davon bestanden	-	-	-	-	-
• davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
Anzahl Patienten im Jahr 2005	1.769	2.379	*	*	-

* standen bei Drucklegung nicht zur Verfügung

3.6 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 indikations-spezifische 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 Versorgungsektors
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein Disease-Management-Programm
- 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 auf Grund 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 seinem Inkrafttreten hat das Gesetz eine Reihe von Änderungen erfahren, deren wichtigste für die Umsetzung der Programme hier aufgeführt sind:

4. RSAV	27.06.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease-Management-Programmen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und für Patientinnen mit Brustkrebs
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
7. RSAV	28.04.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)

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

RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten					
gültig seit:	1. Juli 2003 AOK 1. Oktober 2003 B52 Kassen				
Vertragspartner	AOK, BKK, IKK, VdAK/AEV, Bundesknappschaft				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Ärzte					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31. Dezember 2005	1.171	1.574	1.057	2.170	5.972
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.162	1.542	1.044	2.156	5.904
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	228	162	80	179	649
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	959	922	648	1.576	3.146
Patienten					
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31. Dezember 2005	176.000 Anzahl für BW insgesamt				

Brustkrebs

Vertragsdaten					
gültig seit:	1. Juli 2004				
akkreditiert:	1. Juli 2005				
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg				
Vertragspartner	AOK BW, VdAK e.V., AEV e.V., BKK-Landesverband BW, IKK BW, Bundesknappschaft, LKK BW				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Ärzte					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31. Dezember 2005	303	333	207	477	1.320
• darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	303	-	207	477	987
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	119	73	95	191*	287
Patienten					
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31. Dezember 2005	3.250 Anzahl für BW insgesamt				

* aus III. Quartal 2005

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten					
gültig seit:	1. Juli 2005				
akkreditiert:	1. Juli 2005				
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg				
Vertragspartner	AOK BW				
Vertragsdaten					
gültig seit:	1. Oktober 2005				
akkreditiert:	1. Oktober 2005				
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg				
Vertragspartner	VdAK/AEV, BKK Landesverband, IKK, Bundesknappschaft				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Ärzte					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31. Dezember 2005	730	879	702	1.207	3.518
• darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	718	840	693	1.178	3.429
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	22	39	29	55	145
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	3	10	6	15	34
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	419	500	420	532	1.871
Patienten					
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31. Dezember 2005	2.600 Anzahl für BW insgesamt				

Asthma bronchiale/Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten	BD KA	BD RT	
gültig seit:	1. Juli 2005	1. Juli 2004	
Vertragspartner	Barmer, DAK, GEK, HaMü, HEK, HZK, KKH, TK		
Gültigkeitsbereich	BD KA	BD RT	Gesamt
Ärzte			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31. Dezember 2005	36	115	151
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	31	98	129
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	5	7	12
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	-	18	18
Schulungen			
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	36	45	81
• darunter Schulungen für Kinder und Jugendliche	-	-	-
• darunter Schulungen für Erwachsene	6	-	6
• andere	-	-	-

In Baden-Württemberg kein DMP, sondern Integrierte Versorgung, begrenzt auf die Bezirke Karlsruhe und Reutlingen.

3.7 Herzschrittmacherkontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacherkontrolle 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. März 2005 in zwei Stufen erworben werden. Die erste betrifft die Überprüfung der Reizbeantwortung und -wahrnehmung sowie die Beurteilung der Batteriekapazität, die zweite die komplette Funktionsanaly-

se der programmierbaren Parameter, gegebenenfalls einschließlich Umprogrammierung und – falls vorhanden – telemetrischer Abfragen. Seit dem 1. April 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 wurde in 2006 überarbeitet.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacherkontrolle	gültig seit: 1. April 1992				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31. Dezember 2005	58	77	93	119	347
Anzahl beschiedener Anträge (neu)	7	10	3	12	32
• davon Anzahl Genehmigungen	7	8	2	12	29
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	-	-
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung einer bestehenden Genehmigung um die Funktionsanalyse	1	5	-	4	10
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	*	21	*	*	*

* Konnte im Berichtszeitraum nicht erfasst werden.

3.8 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, das heißt Katheterisierungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinterventionen).

In dieser seit dem 1. Oktober 1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung erstmals an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 1. Oktober 1999					
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)					
Geltungsbereich	bundeseinheitlich					
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gemäß § 7 Abs. 2)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1. Januar 2005		31. Dezember 2005			
	12		12			
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu		erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)			
	1		-			
• davon Anzahl Genehmigungen	1		-			
• davon Anzahl Ablehnungen	-		-			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl		sonstiger Gründe			
	-		-			
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und 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
	3	1	3	1	2	-
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	3	-	3			

Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gemäß § 7 Abs. 1)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1. Januar 2005		31. Dezember 2005			
	31		36			
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu		erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)			
	6		-			
• davon Anzahl Genehmigungen	6		-			
• davon Anzahl Ablehnungen	-		-			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl		sonstiger Gründe			
	gesamt	ges. + the- rap.	therap.			
	-	-	-	-		
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)			-			
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen			-			
Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100– 129	130– 149	150– 169	170– 199	>199
	10	2	1	4	2	14
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben	9	1				
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5122 / 34292)	<33	33– 42	43– 49	50– 56	57– 66	>66
	14		4	3	4	8
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben	11					

Eine differenzierte Darstellung nach den Bezirksdirektionen finden Sie im Anhang ab Seite 106.

3.9 Kernspintomographie

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

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographievereinbarung)	gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. Oktober 2001				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31. Dezember 2005	39	67	35	71	212
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31. Dezember 2005	6	6	9	15	36
Anzahl beschiedener Anträge (allgemeine MRT)	3	4	6	7	20
• davon Anzahl Genehmigungen	2	4	4	7	19
• davon Anzahl Ablehnungen	1	-	2	7	10
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	2	-	-	-
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	1	-	4	1	6
• davon bestanden	-	-	4	1	5
• davon nicht bestanden	1	-	-	-	1
Anzahl beschiedene Anträge (MRM)	2	1	2	3	8
• davon Anzahl Genehmigungen	2	1	2	3	8
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-

	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-	-	-	-
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	2	1	2	3	8
• davon bestanden	2	1	2	3	8
• davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
Anzahl jährlicher Nachweise nach § 4a Abs. 2	4	6	3	-	13
• mindestens 50 Untersuchungen	4	6	2	7	19
• weniger als 50 Untersuchungen	-	-	1	-	1
– Kolloquium innerhalb 3 Monaten	-	-	1	-	1
◦ davon bestanden	-	-	1	-	1
◦ davon nicht bestanden	-	-	1	-	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben nach § 136 SGB V	-	-	-	30	30
Anzahl geprüfter Ärzte	6	5	6	6	23
• davon ohne Beanstandung	4	1	3	2	10
• davon mit leichten Beanstandungen	2	3	3	3	11
• davon mit schweren Beanstandungen	-	1	-	1	2

3.10 Koloskopie

Der Umfang der Leistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde zum 1. Oktober 2002 um die Koloskopie erweitert. Diese kann im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von Personen ab dem Alter von 55 Jahren 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.

Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskope gefordert und durchgeführt.

Die nachfolgende Tabelle bildet die Entwicklung zwischen Januar und Dezember 2005 für ganz Baden-Württemberg ab.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopievereinbarung)	gültig seit: 1. Oktober 2002		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1. Januar 2005 122	31. Dezember 2005 113	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	1. Januar 2005 240	31. Dezember 2005 255	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	6	3	
• davon Anzahl Genehmigungen	6	1	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	22	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	22	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (von ausschließlich kurativ zu kurativ und präventiv)	3		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität
	2	3	-

Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wegen fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	24					
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien (EBM alt Nr. 156, 764; EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	< 125	125–174	175–199	200–224	225–274	> 274
	29	6	11	14	11	211
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	15	3	9			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)	< 5	5–7	8–9	10–11	12–14	> 14
	10	3	2	7	2	256
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	5	3	-			
Anzahl Kolloquien	1					
• davon bestanden	1					
• davon nicht bestanden	-					
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter Einrichtungen	430					
Anzahl der Prüfungen	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs. 8a)	3. Prüf. (6 Wo.) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)			
	728	33	-			

Eine differenzierte Darstellung nach den Bezirksdirektionen finden Sie im Anhang ab Seite 86.

3.11 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 § 121a SGB V (in den meisten Ländern sind dies die Ärztekammern) eine Genehmigung erteilt haben. Dies gilt auch für Inseminationen, wenn sie nach Stimulationsverfahren erfolgen. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten auch ohne Genehmigung durchgeführt werden. Vor Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung (Ausnahme: Insemination nach 10.1 der Richtlinien, also Inseminationen ohne hormonelle Stimulation mit Gonadotropinen) muss eine Beratung erfolgen. Diese erfordert die Erfüllung der Voraussetzungen zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung.

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

Die Richtlinien über künstliche Befruchtung setzen die vom Gesetzgeber in § 27a SGB V festgelegten Vorgaben um. Die letzte Richtlinienänderung erfolgte durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 15. November 2005. Dieser Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und ist am 1. April 2006 in Kraft getreten (Konkretisierung des Anspruchs auf Maßnahmen, Anzahl der Zyklen).

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung	gültig seit: 1. Oktober 1990				
	zuletzt geändert: 23. Dezember 2004*				
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i.V. mit § 135 Abs. 1 SGB V				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31. Dezember 2005	12	36	19	24	91
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31. Dezember 2005	1	5	**	6	-

* Erneute Änderung am 15. Februar 2006
 ** Konnte für 2005 nicht ermittelt werden.

3.12 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels OIII und Leistungen des Kapitels B des alten EBM beziehungsweise ab dem 1. April 2005 des Kapitels 32.3 beziehungsweise 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

gegebenenfalls ein Fachkundenachweis für Laboruntersuchungen beizulegen.

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

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung	gültig seit: 9. Mai 1994				
	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der BÄK				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der BÄK				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31. Dezember 2005	256	428	305	1.120	2.109
Anzahl beschiedener Anträge	53	89	17	96	255
• davon Anzahl Genehmigungen	51	86	17	86	240
• davon Anzahl Ablehnungen	2	3	-	10	15
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	21	-	10	-	31
Anzahl Kolloquien	14	21	10	10	55
• davon bestanden	12	18	10	10	50
• davon nicht bestanden	2	3	-	-	5
Einzelfallprüfung nach Stichproben (insbesondere Indikationsstellung)	-	-	10	-	10
Anzahl geprüfter Ärzte	-	-	10	-	10
• davon ohne Beanstandung	-	-	10	-	10
• davon mit leichten Beanstandungen	-	-	-	-	-
• davon mit schweren Beanstandungen	-	-	-	-	-

3.13 Langzeit-EKG-Untersuchung

Die Durchführung von Langzeit-Elektrokardiographischen-Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit, auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Nur

Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-Elektrokardiographischen Untersuchungen	gültig seit: 1. April 1992				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31. Dezember 2005	94	361	209	334	998
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31. Dezember 2005	480	346	34	460	1.320
Anzahl beschiedener Anträge	34	45	25	52	156
• davon Anzahl Genehmigungen	34	45	19	51	149
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	6	1	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	10	18	-	-	-
Anzahl Kolloquien	-	-	-	-	-
• davon bestanden	-	-	-	-	-
• davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-	-	-	-	-

3.14 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 vor, deren Kostenträger die Krankenkassen sind. 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 V, die Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt sowie Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Deutsche Rentenversicherung Bund (ehemals BfA beziehungsweise 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 unter anderem Anamnese, Krankheitsbild und Fähigkeitsstörungen sowie eine Übersicht über bereits erfolgte Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen festgehalten werden. Die Krankenkasse entscheidet dann über Genehmigung beziehungsweise Ablehnung des Antrages.

§ 11 der Rehabilitations-Richtlinien regelt, welche Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen dürfen. Die Qualifikation kann unter anderem durch eine 16-stündige Fortbildung erworben werden. Zu den Inhalten der oben genannten 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 eventuell notwendige Fortbildungen zu geben, wurde eine Übergangsregelung geschaffen. Hiernach können wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen bis zum 31. März 2006 (zwischenzeitlich erneut verlängert bis 1. März 2007) ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	gültig seit: 1. April 2004				
	§ 135 Abs. 2 SGB V				
Rechtsgrundlage	bundesweit				
Geltungsbereich	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	1.318	310	563	2.032	4.223
Anzahl beschiedener Anträge	1.230	130	209	373	1.942
• davon Anzahl Genehmigungen	1.230	130	209	373	1.942
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	-	3.624

3.15 Onkologie-Vereinbarung

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

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung oder berufsbegleitend nachwei-

sen. 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“ beziehungsweise die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen mehrerer hundert durchgeführter Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen.

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

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung	gültig seit: 1. Juli 1995 zuletzt geändert: 1. Januar 2002				
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V/Anlage 7 BMV EKV Gesamtverträge mit den Primärkassen				
Geltungsbereich	VdAK/AEV/Primärkassen				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	63	164	69	191	487
Anzahl beschiedener Anträge	9	10	8	8	35
• davon Anzahl Genehmigungen	9	8	7	8	33
• davon Anzahl Ablehnungen	-	2	1	-	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	7	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	9	1	-	-
Anzahl Kolloquien	-	1	-	-	-
• davon bestanden	-	1	-	-	-
• davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
Anzahl Überprüfungen (Ärzte)	-	166	27	-	193
• davon ohne Beanstandung	-	159	12	-	171
• davon mit Beanstandungen	-	7	15	-	22

3.16 Otoakustische Emissionen

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

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

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen	gültig seit: 24. November 1995				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	66	108	56	117	347
Anzahl beschiedener Anträge	8	15	6	18	47
• davon Anzahl Genehmigungen	8	15	3	18	44
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	3	-	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-	-	-	-

3.17 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Diese Vereinbarung dient der Qualitätssicherung der photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer chorioidaler Neovaskularisation. Antragsberechtigt sind Ärzte, die über die Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“ hinaus eine zusätzliche Qualifikation nachweisen.

Nach Erteilung der Genehmigung ist die Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie an die jährliche Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 1. August 2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zum Stichtag	1. Januar 2005	31. Dezember 2005	
	35	39	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6	
	6	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	6	1	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	1	
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen/Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1. Überprüfung (§ 7 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 2)
	14	1	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 5 S. 3	-		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2		
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 2	-		

Eine differenzierte Darstellung nach den Bezirksdirektionen finden Sie im Anhang ab Seite 94.

3.18 Psychotherapie

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

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

auch die

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

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

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Januar 1999 zuletzt geändert: 7. Februar 2005		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl beschiedener Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	695		
• davon Anzahl Genehmigungen	677		
• davon Anzahl Ablehnungen	8		
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen (Therapeuten)	16		
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31. Dezember 2005	3.389		
• davon Ärzte	1.437		
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
• Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.553	234	383
• davon Ärzte	1.028	160	70
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	817	269	78
• davon Ärzte	158	35	23
• Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	524	186	332
• davon Ärzte	289	101	6

• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	682		
• davon Ärzte	485		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	319		
• davon Ärzte	169		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	374		
• davon Ärzte	83		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht bei Kurzzeittherapie	insgesamt	davon Einzeltherapie	davon Gruppentherapie
	3.462	2.371	106
• davon Ärzte	690	638	55

Genehmigungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, Stand 31. Dezember 2005	
• Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	9.341
• Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	1.631
• davon Ärzte	1.308
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	763
• davon Ärzte	425
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	768
• davon Ärzte	526

* 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.

Eine differenzierte Darstellung nach den Bezirksdirektionen finden Sie im Anhang ab Seite 98.

3.19 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Die am 1. April 2005 neu in Kraft getretene Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V 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 wird. „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhinopathien, 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 Absatz 1 SGB V (BUB-Richtlinien) definiert.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	gültig seit: 1. April 2005				
	§ 135 Abs. 2 SGB V				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31. Dezember 2005	43	64	33	49	189
• davon Genehmigungen zur Polygraphie	38	61	30	42	171
• davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	5	3	3	7	18
Anzahl beschiedener Anträge zur Polygraphie	38	14	5	47	104
• davon Anzahl Genehmigungen	38	14	5	46	103
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	1	1
Anzahl beschiedener Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	5	3	3	8	19
• davon Anzahl Genehmigungen	5	3	3	7	18
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	1	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-	-	-	-
Anzahl Kolloquien (Polysomnographie)	1	2	-	3	6
• davon bestanden	1	2	-	2	5
• davon nicht bestanden	-	-	-	1	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-	-	-	-	-

3.20 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (wie beispielsweise 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 (zum Beispiel 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 Tagen pro Woche mindestens vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten. Ferner ist der Nachweis zu erbringen, dass der Arzt in seiner Praxis überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandelt.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)	Neue Vereinbarung, gültig ab: 1. April 2005				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V				
Geltungsbereich	bundesweit				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	21	44	28	35	127
Anzahl beschiedener Anträge	21	45	28	36	104
• davon Anzahl Genehmigungen gemäß § 2	-	1	2	1	4
• davon Anzahl Genehmigungen gemäß § 13 (Ü)	21	43	26	33	123
• davon Anzahl Ablehnungen	-	1	-	2	3
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs. 2	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-	-	1	1
Anzahl Kolloquien	-	-	-	-	-
• davon bestanden (bzgl. § 4 Abs. 3 Nr. 4)	-	-	-	-	-
• davon bestanden (bzgl. § 5 Abs. 7)	-	-	-	-	-
• davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
Anzahl jährlicher Prüfungen nach § 7 Abs. 2 (Dokumentationen)	21	-	28	32	81
• davon ohne Beanstandung	20	-	28	29	77
• davon mit Beanstandungen	1	-	-	3	4
Anzahl jährlicher Prüfungen nach § 5 Abs. 5 (Schmerzkonferenzen)	21	43	-	-	43
• davon ohne Beanstandung	21	43	-	-	43
• davon mit Beanstandungen	-	-	-	-	-

3.21 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 so genannten Praxisteam (Heilpädagoge und

Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet.

Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie von Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mindestens 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.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Juli 1994				
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV) Gesamtverträge				
Geltungsbereich	VdAK/AEV/Primärkassen				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	16	13	11	10	50
Anzahl beschiedener Anträge	-	-	3	-	3
• davon Anzahl Genehmigungen	-	-	3	-	3
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	2	-	-	2
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-	-	-	-	-

3.22 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37a 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 selbstständig 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 und versichert, in Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen zu stehen. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern und die Therapie gegebenenfalls abubrechen.

Die soziotherapeutischen Leistungserbringer (in der Regel Sozialpsychiatrische Dienste) haben Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen und rechnen ihre Leistungen direkt mit den Kassen ab.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)	gültig seit: 1. Januar 2002				
	§ 37 a SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V				
Rechtsgrundlage	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31. Dezember 2005	106	121	85	140	452
Anzahl beschiedener Anträge nach Nr. 15 der RL	9	5	2	5	21
• davon Anzahl Genehmigungen	9	5	1	5	20
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	1	-	1
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	-	2	3	-	5

3.23 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt gegenüber der KV die in der Richtlinie beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen. Außerdem muss

er die Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzen.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	gültig seit: 24. November 1995 zuletzt geändert: 22. März 2000				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	21	25	17	36	99
Anzahl beschiedener Anträge	3	-	4	6	13
• davon Anzahl Genehmigungen	3	-	2	6	11
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	2	-	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-	-	-	-
Anzahl Kolloquien	-	-	-	-	-

3.24 Strahlendiagnostik und -therapie

Die auf Bundesebene gemäß § 135 Absatz 2 SGB V geschlossene Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin sowie von Strahlentherapie umfasst die Bereiche:

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

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.

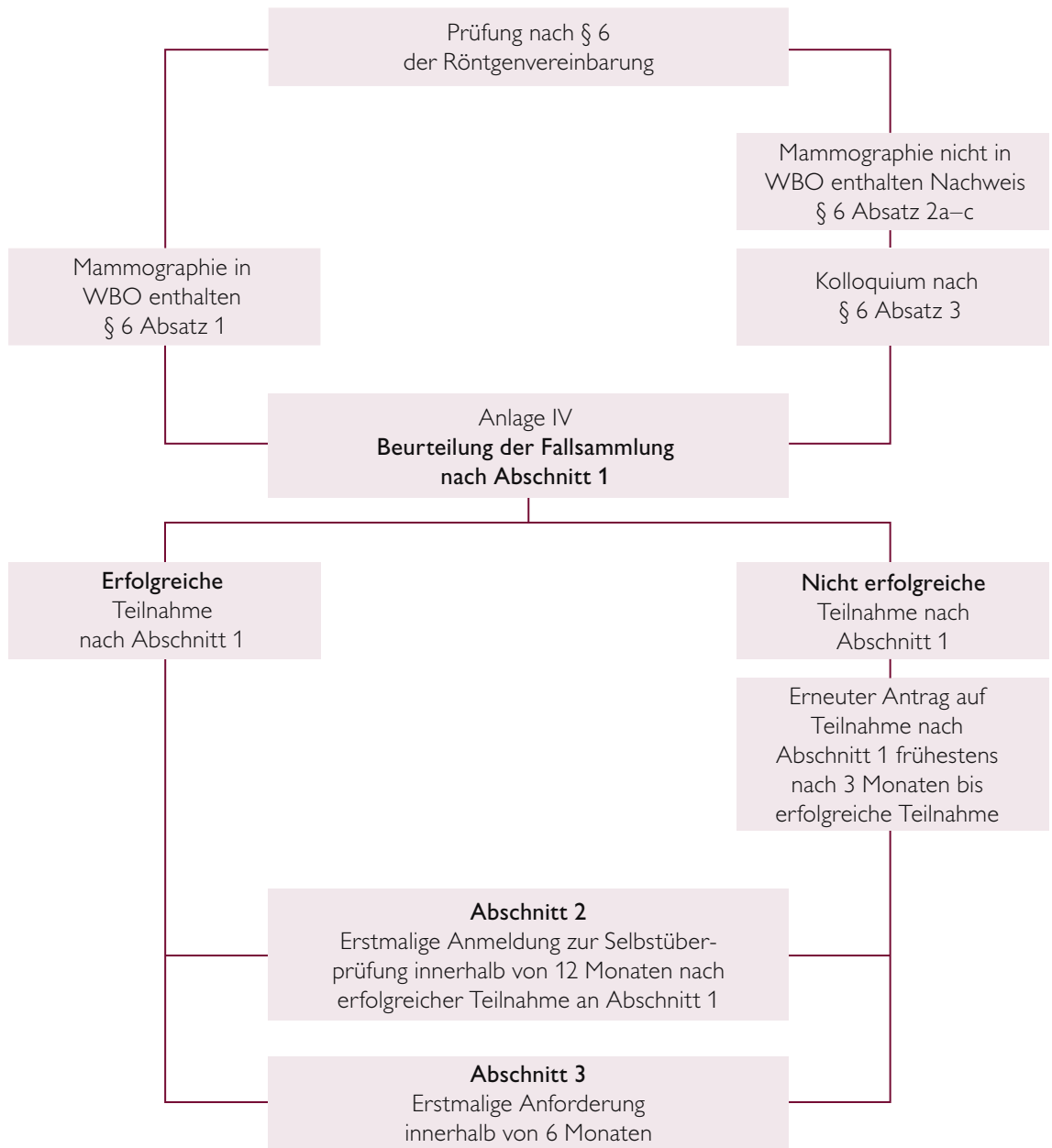
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	Diagnostische Radiologie Anlage I nach Klassen I – XIII (außer VII und XI)	Kurative Mammographie (siehe Folgeseiten) Anlage IV Anlage I – Klasse VII	Computertomographie Anlage I – Klasse VIII	Osteodensitometrie Anlage I – Klasse XI Anlage III – Klasse VI	Strahlentherapie Anlage II	Nuklearmedizin Anlage III nach Klassen I – V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung; Stand 31. Dezember 2005	2.557		315	289	106	239
Anzahl beschiedener Anträge	162		22	16	10	10
• davon Anzahl Genehmigungen	158		21	16	10	10
• davon Anzahl Ablehnungen	7		-	-	-	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2		-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	60		9	2	5	10
Anzahl Kolloquien	1		2	15	-	7
• davon bestanden	1		2	15	-	7
• davon nicht bestanden	-		-	-	-	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben						
Anzahl geprüfter Ärzte	321		20	-	-	-
• davon ohne Beanstandung	90		12	-	-	-
• davon mit leichten Beanstandungen	217		7	-	-	-
• davon mit schweren Beanstandungen	14		1	-	-	-

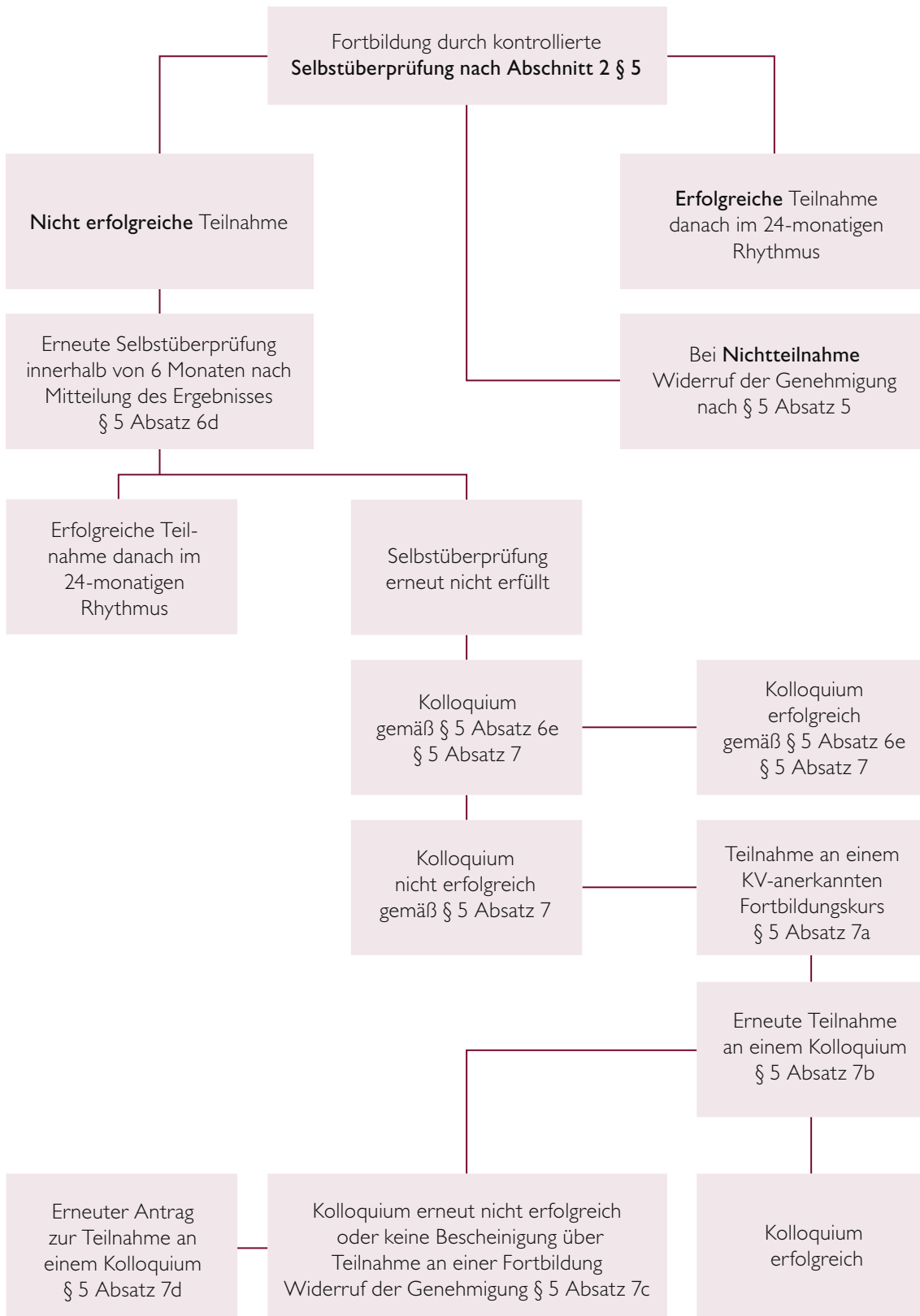
Kurative Mammographie

Besondere Regelungen gelten seit dem 1. April 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 vertrags-

ärztlichen Versorgung beantragen, erfolgreich an der Beurteilung einer Prüfsammlung teilgenommen haben. Nach erfolgreicher Beurteilung dieser Überprüfung erfolgt im Abstand von 24 Monaten eine Selbstüberprüfung. In gleichem Abstand findet eine regelmäßige Überprüfung der Dokumentationen statt.

Schaudiagramm zu den Prüfungen zur kurativen Mammographie





Abschnitt 3
Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 6

Anforderung an eine sachgerechte Dokumentation erfüllt
Stufe I (regelrecht):
Überprüfung im 24-Monate-Rhythmus

Anforderung an eine sachgerechte Dokumentation nicht erfüllt
Stufe II: eingeschränkt
(geringe Mängel)

Anforderung an eine sachgerechte Dokumentation nicht erfüllt
Stufe III: unzureichend
(schwerwiegende Mängel)

Erneute Überprüfung nach 6 Monaten
§ 6 Absatz 7

Erneute Überprüfung nach 3 Monaten
§ 6 Absatz 7

Anforderung an eine sachgerechte Dokumentation erfüllt
Stufe I (regelrecht):
Überprüfung im 24-Monate-Rhythmus

Erneute Mängel
Widerruf der Genehmigung
Erneuter Antrag auf Genehmigung nach Ablauf von 6 Monaten
§ 6 Absatz 7

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	
hier: Kurative Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	314	
Anzahl beschiedener Anträge	14	
• davon Anzahl Genehmigungen	14	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien gemäß Vereinbarung (§ 6 Abs. 3)	1	
• davon bestanden	1	
• davon nicht bestanden	-	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	14	1
• davon bestanden	12	1
• davon nicht bestanden	2	-
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§ 7 Abs. 2b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	15	-
• davon erfolgreiche Teilnahme	15	-
• davon nicht erfolgreiche Teilnahme	-	-
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 5 Abs. 6e/§ 5 Abs. 7b)	-	
Widerruf der Genehmigung (§ 5 Abs. 7c)	-	
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 5 Abs. 5)	-	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	96	24
• davon erfüllt	86	23
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)	5	-
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)	5	1
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gemäß § 6 Abs. 2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	-	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	-	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	2	

3.25 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 Stichprobenprüfungen sind der Kommission Substitutionsbehandlungen bei Jugendlichen, bei Abhängigkeitsdauer von weniger als zwei Jahren oder bei einer Codein/Dihydrocodein(DHC)-Substitution unmittelbar bei Therapiebeginn zu melden.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	gültig seit: 1. Oktober 1991 zuletzt geändert: 1. Januar 2003				
	§ 135 Abs. 1 SGB V				
Rechtsgrundlage	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	89	79	75	118	361
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	-	9	8	4	21
• davon Anzahl Genehmigungen	-	6	8	4	18
• davon Anzahl Ablehnungen	-	2	-	-	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	1	-	6	-	7
Anzahl Kolloquien	-	-	-	-	-
• davon bestanden	-	-	-	-	-
• davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
Stichprobenprüfung der Dokumentation nach § 9 (3 und 4) (Ärzte/Fälle)	140	284	106	257	787
• davon ohne Beanstandung	105	112	78	215	510
• davon mit Beanstandungen	35	172	28	42	277
Anzahl der Patienten für „5-Jahres- Überprüfungen“ nach § 9 der Richtlinie	3	83	22	58	166
• davon ohne Beanstandung	3	39	5	46	93
• davon mit Beanstandungen	-	44	17	12	73
Anzahl Patienten im Jahr 2005	1.850	1.891	1.129	2.843	7.713
Anzahl Patientenan- und -abmeldungen	1.695	2.206	1.156	2.143	7.200
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	20	15	7	35	77

3.26 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 Absatz 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) vom 10. Februar 1993 in der Fassung vom 10. Juni 1996 zu erteilen. Die Genehmigung setzt die Erfüllung der fachlichen Qualifikation nach der Ultraschall-Vereinbarung und der appa-

rativen Ausstattung durch eine Gerätebestätigung der Hersteller-/Lieferfirma voraus.

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)	gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 31. Januar 2003				
	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)				
Rechtsgrundlage	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte* mit mind. einer Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	1.887	2.277	1.523	3.398	9.085
Anzahl beschiedener Anträge	142	263	549**	399	-
• davon Anzahl Genehmigungen	139	246	532**	393	-
• davon Anzahl Ablehnungen	6	17	17**	6	-
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	2	1	3
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	64	98	65	-	227
Anzahl Kolloquien	37	92	46	28	203
• davon bestanden	31	81	42	26	180
• davon nicht bestanden	6	9	4	2	21
Einzelfallprüfung nach Stichproben			-	-	-
Anzahl geprüfter Ärzte	60	26	-	152	238
• davon ohne Beanstandung	40	8	-	55	103
• davon mit leichten Beanstandungen	15	8	-	68	91
• davon mit schweren Beanstandungen	5	10	-	29	44

* Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen

** Anträge nach Anwendungsbereichen

Genehmigungsbereiche der Ultraschalldiagnostik

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung				Gesamt
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	48	84	48	121	301
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	25	33	21	69	148
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	19	44	34	Siehe 2.1	97
3 Nasennebenhöhlen	80	110	63	143	396
4 Gesichtsteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	115	205	125	270	715
5 Schilddrüse	496	608	526	1.290	2.920
6.1.1 Echokardiographie – Erwachsene		133		214	638
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	150	11	112	18	
6.2.1 Doppler-Echokardiographie – Erwachsene		105		185	527
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	121	9	91	16	
6.3 Belastungs-Echokardiographie	50	52	34	63	199
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	130	257	267	676	1.330
8 Brustdrüse	165	257	184	335	941
9.1 Abdomen und Retroperitoneum – Erwachsene (einschl. Nieren)	1.122	1.278	943	1.879	5.555
9.2 Abdomen und Retroperitoneum – Kinder (einschl. Nieren)		154		179	
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	555	666	961	475	2.657
10.2 Weibl. Genitalorgane	315	360	227	198	1.100
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	293	352	243	58	946
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	65	234	142	479	920

	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften)	133	208	169	326	836
13 Säuglingshöften	168	246	164	325	903
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende GefäÙe (CW-Doppler)	171	214	158	409	952
14.1.2 Extremitätenversorgende GefäÙe (CW-Doppler)	137	165	181	412	895
14.1.3 GefäÙe des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	15	43	45	66	169
14.1.4 Feto-maternales GefäÙsystem (CW-Doppler), Stand: 31. März 2005	59	40	siehe 14.3.6	55	166
14.2 Intrakranielle GefäÙe (PW-Doppler)	35	57	46	113	251
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende GefäÙe (Duplex-Verfahren)	73	111	89	227	500
14.3.2 Extremitätenversorgende GefäÙe (Duplex-Verfahren)	71	94	88	141	499
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale GefäÙe sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	49	98	69	105	216
14.3.4 GefäÙe des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	29	52	25	50	156
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	14	20	8	20	62
14.3.6 Feto-maternales GefäÙsystem (Duplex-Verfahren)	59	90	52	104	253
14.4 Venen der Extremitäten (B-Mode)	68	124	146	334	672
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	3	4	13	2	22

Anmerkung: Die zusammengefassten Anwendungsbereiche waren BD spezifisch nicht mehr einzeln zu ermitteln.

3.27 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 beziehungsweise 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 vier Stunden Zeit zur Verfügung.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale	gültig seit: 1. Juli 1992 zuletzt geändert: 1. Oktober 1994				
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)				
	BD FR	BD KA	BD RT	BD ST	Gesamt
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	35	40	52	67	194
Anzahl beschiedener Anträge	-	-	-	3	3
• davon Anzahl Genehmigungen	-	-	-	3	3
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	10	-	-	12
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	-	-	-	3	3
• davon bestandene Prüfungen	-	-	-	3	3
• davon nicht bestandene Prüfungen	-	-	-	-	-

3.28 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. Die im Einzelnen angegebenen Nummern beziehen sich auf die Gebührenordnungsnummern des EBM 2000plus.

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.

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 (Nummer 02311) auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

Funktionsstörung der Hand

Die zum 1. April 2005 neu in den Leistungskatalog der GKV eingeführten Leistungen zur Behandlung (Nummer 07330) beziehungsweise zur Diagnostik und/oder orthopädischen Therapie (Nummer 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.

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 Nummern 03350 bis 03352.

Krebsfrüherkennung bei der Frau

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltene Leistung nach der Nummer 01730 „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.

Empfängnisregelung

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistungen nach den Nummern 01821, 01822, 01828 „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.

Neurophysiologische Übungsbehandlung

Die Abrechnung von Leistungen der „neurophysiologischen Übungsbehandlungen“ ist 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.

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 haben und dessen Qualifikation gegenüber der KV nachweisen, kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

Genehmigungen auf Grundlage des EBM 2000plus

Leistung	Chiro- therapie	Diabetischer Fuß	Funktions- störung der Hand	Orientierte entwicklungs- neurotische Untersuchung	Krebsfrüh- erkennung bei der Frau	Empfängnis- regelung	Neurophysio- logische Übungs- behandlung	Physikalische Therapie
Rechtsgrundlage EBM 2000plus								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	1.326	1.106	355	272	1.028	886	180	823
Anzahl beschiedener Anträge	97	1.124	394	735	1.184	1.555	38	71
• davon Anzahl Genehmigungen	85	938	355	272	1.028	860	29	55
• davon Anzahl Ablehnungen	46	168	-	466	156	775	9	17
Anzahl der Widerrufung von Abrechnungsgenehmigungen	-	22	-	20	3	21	-	-

Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

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

Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin	Endokrinologie und Diabetologie	Gastroenterologie	Hämatologie	Pneumologie	Rheumatologie	Neuropädiatrie	Nephrologie	Kardiologie
Rechtsgrundlage EBM 2000plus								
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung aus dem Schwerpunkt, Stand 31. Dezember 2005	15	3	3	20	4	71	-	22
Anzahl beschiedener Anträge	46	6	13	45	35	84	2	35
• davon Anzahl Genehmigungen	13	3	3	20	4	71	-	23
• davon Anzahl Ablehnungen	31	3	10	25	4	71	2	12
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5	-	1	4	6	3	-	-

4. AUSBLICK

Auch für das Berichtsjahr 2006 ist eine Reihe von Änderungen zu erwarten. Hierzu gehören zum Bei-

spiel 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 Batteriezu-

standes, Funktionsanalyse) aufgehoben, die Richtlinien wurden diesem Sachverhalt angepasst (Überarbeitung mit Wirkung ab dem 1. April 2006).

4.2 Zytologie

Die bestehende Regelung der Bundesmantelverträge zur Strukturqualität gemäß § 135 Absatz 2 SGB V (Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Absatz 2 SGB V 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 sowie eine einheitliche Regelung zur Strukturqualität nichtärzt-

licher Befundung bestehen 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 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 Re-

gelungen 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. Inwieweit auch Frequenzregelungen für die verschiedenen Bereiche getroffen werden, ist zurzeit 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 (Food and Drug Administration)

und nachfolgend der EMEA (European Medicines Agency) befasst sich der Gemeinsame Bundesausschuss derzeit erneut mit der Photodynamischen Therapie.

Die Qualitätssicherungsrichtlinie wird auf die neuen Beschlüsse anzupassen sein.

4.5 Magnetresonanztomographie (MRT)

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 Magnetresonanztomographie (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 Magnetresonanztomographie (MRA) ist mit Aufnahme in den EBM zum 1. Juli 2005 eine entsprechend dem medizinischen Fortschritt angepasste

Leistung in die vertragsärztliche 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 sollen 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 tiefergehenden Überprüfung unterzogen werden müssen. Das System befindet sich derzeit im Aufbau. Es wird davon ausgegangen, dass Anfang 2007 mit dem Start in der Fläche begonnen werden kann.

5. WEITERE MASSNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

5.1 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 § 75 Absatz 7 SGB V“ im Jahre 1993 wurde die Grundlage für eine weitgehend bundeseinheitliche Vorgehensweise zur Errichtung und Weiterentwicklung von Qualitätszirkeln geschaffen. Die damals formulierten Anforderungen gelten heute in gleichem Maße wie zum Zeitpunkt ihrer Erstellung.

Qualitätszirkel arbeiten demnach

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

Mit Stand vom 31. Dezember 2005 gab es im Bereich der KV Baden-Württemberg folgende zahlenmäßige Verteilung von Qualitätszirkeln:

Bezirksdirektion	Anzahl der QZ
Freiburg	208
Karlsruhe	354
Reutlingen	324
Stuttgart	324

In der Vergangenheit existierten in den einzelnen Bezirksdirektionen unterschiedliche Maßnahmen der Förderung und Evaluation der Qualitätszirkelar-

beit. Für die Zukunft hat man sich diesbezüglich auf ein einheitliches Vorgehen geeinigt, welches folgende Aspekte beinhalten soll:

Evaluation der Qualitätszirkelarbeit	
Vorgaben für die Durchführung und Anerkennung eines QZ	Mindestens 5 Teilnehmer; Zertifizierung durch Landesärztekammer beziehungsweise Landespsychotherapeutenkammer; mindestens 4 Sitzungen im Jahr
Anfertigung von Protokollen	Standardisiert
Betreuung der Qualitätszirkel	Bezirksdirektionen
Förderung	
Honorare/Aufwandsentschädigung für Moderatoren/Teilnehmer	75,- € für Moderator
Weiterbildungspunkte für Moderatoren/Teilnehmer	Gemäß Zertifizierung durch Landesärztekammer beziehungsweise Landespsychotherapeutenkammer

Die jahrelange Erfahrung mit Qualitätszirkeln hat gezeigt, dass die Unterstützung der Moderatoren und die Entwicklung beziehungsweise die Aufbereitung von Qualitätszirkelthemen von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg der Zirkelarbeit sind. Als Ergebnis einer systematischen Sichtung der regionalen Aktivitäten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung diesen

bewährten Ansatz aufgegriffen und von kompetenten Fachwissenschaftlern Dramaturgien zu verschiedenen Themen erarbeiten lassen. Das hierzu erstellte Handbuch enthält neben Curricula zur Vermittlung der aufbereiteten Zirkelinhalte auch Lehrmedien und relevante Hinweise und Informationen für Moderatoren zur Durchführung von Qualitätszirkeln.

5.2 Fortbildung

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

Mit der jüngsten Gesundheitsreform wurde diese bislang ausschließlich berufsrechtlich definierte Anforderung für diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Gesetzliche Krankenversicherung tätig werden, auch im Sozialrecht in Form der verpflichtenden Dokumentation der Fortbildungsaktivitäten verankert. Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bedeutet dies, dass ein Nachweis dieser Fortbildung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geführt werden muss. Erstmals wird dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist zum 30. Juni 2009 der Fall sein. Zur Regelung des Verfahrens hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Zustimmung der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer die in diesem Blatt veröffentlichte Fortbildungsregelung verabschiedet. Sie tritt rückwirkend zum 1. Juli 2004 in Kraft und klärt den Nachweis des Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Grundlage des Nachweises ist das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammern. Für den Erhalt des Fortbildungszertifikates müssen in einem Zeitraum von fünf Jahren 250 Fortbildungseinheiten in verschiedenen Kategorien absolviert werden. Hierzu gehören Fort-

bildungsveranstaltungen im klassischen Sinne genauso wie die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln und Workshops sowie neuerdings die interaktive Fortbildung. Näheres hierzu regelt die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die vom 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet wurde.

Um mögliche Engpässe gegen Ende des am 30. Juni 2009 auslaufenden ersten Fünfjahreszeitraums zu vermeiden, bietet es sich an, durch die jeweilige Ärztekammer anerkannte Fortbildungen kontinuierlich von Anfang an wahrzunehmen und die gesammelten Bescheinigungen aufzubewahren.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg stellt über ihre Management Akademie www.managementakademie-aerzte.de den Vertragsärzten ein großes Spektrum an Kursen und Seminaren als Fortbildungsangebot zur Verfügung. Neben den bereits unter Punkt 1.1 genannten Kursen zum Qualitätsmanagement sind dies beispielsweise ein Moderatorentaining für Qualitätszirkel, Kommunikationstrainings, Kurse in Evidenzbasierter Medizin, Praxisgründungsseminare, Fortbildungen zum Praxismanagement oder zu ärztlichen Kooperationsformen, um nur einige zu nennen.

Auch die Abteilung Qualitätssicherung führt Fortbildungen durch, beispielsweise um Vertragsärzte im Hinblick auf Diabetiker- oder Hypertonieschulungen zu qualifizieren.

6. QUALITÄTSMANAGEMENT

6.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zum 1. Januar 2004 verpflichtet, einrichtungsintern ein 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. Der genaue Wortlaut ist auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschuss nachzulesen unter www.g-ba.de im Bereich „Vertragsärztliche Versorgung“/„Richtlinien“/„Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“.

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 zum 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 Qualitätsmanagementsystems für Ärzte und Psychotherapeuten begonnen. Mit diesem System wird das Ziel verfolgt, den Niedergelassenen einen praxisnahen, umsetzbaren und kostengünstigen Service anzubieten.

Das Qualitätsmanagementsystem „Qualität und Entwicklung in Praxen QEP®“ ist modular aufgebaut und deckt alle Phasen der Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements bis hin zur optionalen Zertifizierung ab. Grundlage und Ausgangspunkt der Einführung ist der Qualitätszielkatalog, der die Anwendungsbereiche und Zielsetzungen für das Qualitätsmanagement beschreibt sowie mögliche Verbesserungsfelder identifizieren hilft (Befähigungsphase). Sind solche Felder erkannt, stehen Unterstützungsmaterialien (zum Beispiel Umsetzungsvorschläge und Musterdokumente) 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).

Das angefügte Diagramm auf Seite 74 zeigt noch einmal im Überblick die Bestandteile der einzelnen Phasen mit den Unterstützungsinstrumenten, die seitens der KBV beziehungsweise der KVen für die Einführung von QM geboten werden.

Die KV Baden-Württemberg bietet über die Management Akademie Fortbildungen bezüglich der Einführung von QEP an. Hierzu gehört beispielsweise der QEP-Basiskurs, der mit dem Qualitätszielkatalog vertraut macht und die Vorgehensweise bei der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems schult. Für Fortgeschrittene ist auch der Besuch

eines QM-Intensivkurses möglich, der über vier Module die Teilnehmer bei der Erstellung ihres praxiseigenen QM-Handbuches betreut. Abgerundet wird das Kursangebot der Management Akademie zu dieser Thematik auch durch Kurse für Qualitätsbeauftragte beziehungsweise Vertiefungskurse für spezielle Themen aus dem Qualitätszielkatalog.

QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen

PHASEN

BAUSTEINE DES QEP-KONZEPTES



Befähigung



QUALITÄTSSIELEKATALOG → **Kernziele**

PRINT

- Qualitätsziele Katalog
- Kapitel 2.8
- 1 2 3 4 5
- 1
- Selbstbeurteilung
- Teil 1

ONLINE

Webseite für Dokument zum Herunterladen

Einführungssseminar
durch lizenzierte Trainer der KVBW

Umsetzung



Manual: Umsetzungsvorschläge, Musterdokumente

PRINT

- Qualitätsziele Katalog
- QEP-Manual
- Check für Sie
- CD-ROM

ONLINE

Webseite für Schüler zum Herunterladen

Infofore und Begleitung
durch KVBW

Qualitätsziele

Qualitätsbewertung

Selbstbewertung
Fremdbewertung

→ Zertifikat
→ Excellence-Bewertung

PRINT

- Qualitätsziele Katalog
- QEP-Praxis Handbuch
- Teil 1
- Bewertungsblätter
- QEP-Zertifikat

ONLINE

Webseite für Dokument zum Herunterladen

→ Akkreditierte Visioren
stellen

Ein Service der

7. SERVICELEISTUNGEN DER KV

7.1 Informations- und Fortbildungsveranstaltungen in der KV

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bietet ihren Mitgliedern und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Vielzahl an Fortbildungen zu unterschiedlichsten Themen an. Die Fortbildungen reichen von Orientierungsseminaren für neue Vertragsärzte über Angebote zum Praxismarketing bis hin zu speziellen Kursen. Die Nachfrage in der Ärzteschaft und bei den Praxismitarbeitern ist anhaltend groß – zum Teil werden auf Nachfrage zusätzliche Angebote gemacht.

Ein besonderer Fortbildungsaufwand war 2005 mit der Einführung des EBM 2000plus verbunden. In Großveranstaltungen mit Expertenteams der KV

konnten sich die Praxen über die neue Struktur, Änderungen und Besonderheiten des Leistungskataloges informieren.

Gleichermaßen wurden 2005 Informationsveranstaltungen zu den Disease-Management-Programmen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs angeboten.

Insgesamt hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg im Jahr 2005 245 Fortbildungsveranstaltungen mit 17.456 Teilnehmenden durchgeführt. Die Resonanz auf die Fortbildungsangebote war durchgehend positiv.

Qualifikationskurse	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Medias 2	11	187
Schulung Diabetiker – ohne Insulin	21	328
Schulung Diabetiker – mit Insulin	7	130
Schulung Diabetiker – Normal Insulin	4	57
Hypertonie (ZI)	16	292
Hypertonie (HBSP)	1	26
Asthmatiker-Schulung	11	163
Rückenschule	4	47

Informationsveranstaltungen	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
DMP KHK	5	269
Vogelgrippe	3	314
Betriebswirtschaft	1	88
Ärztlicher Beirat	5	178
DMP Brustkrebs	4	461
Diabetes	2	116
EBM 2000plus	22	12.385
Abrechnung	41	1.483
Evidenzbasierte Medizin	1	13
Evidenzbasierte Medizin Vertiefungskurs	1	17
Patientenfallkonferenz	1	30
Fehlermanagement	1	60

Management Akademie (mak)	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Qualitätsmanagement	42	653
Unternehmen Praxis	44	676
Telefontraining, Terminorganisation, Patientenumgang, Konfliktmanagement	19	422
EDV-Schulungen	15	144

7.2 Informationsservice für Ärzte und Patienten

Die Bezirksdirektion Karlsruhe der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unterhält gemeinsam mit der Bezirksärztekammer Nordbaden einen Informationsservice für Ärzte und Patienten in Form einer Arbeitsgemeinschaft des öffentlichen Rechts. Mit dieser Einrichtung soll gewährleistet werden, dass Informationen über die medizinischen und psychologischen Versorgungsmöglichkeiten in Nordbaden neutral, sachlich und qualifiziert weitergegeben werden.

Der **InfoServiceGesundheit** ist seit 1999 unter der Telefonnummer **01805/150051** im gesamten Bezirk Nordbaden präsent. Zurzeit stellt er unter anderem folgendes Informationsangebot bereit:

- Hausärzte oder Spezialisten in Wohnortnähe
- Ärzte mit einem speziellen Behandlungsschwerpunkt
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in der Region
- Praxen mit einem behindertengerechten Zugang
- Fremdsprachenkenntnisse der Ärzte und Therapeuten
- Adressen/Telefonnummern von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfegruppen

Seit 2002 verfügt der InfoServiceGesundheit zusätzlich unter www.infoservicegesundheit.de über eine eigene Internetpräsenz. Neben einer komfortablen Arzt-/Psychotherapeutensuche, findet der Nutzer in diesem Gesundheitswegweiser unter anderem Verweise zu Suchfunktionen nach anderen medizinischen Berufsgruppen, Krankenhäusern, Selbsthilfegruppen oder Notdiensten.

Insgesamt wurde der InfoServiceGesundheit bis zum 31. Dezember 2005 von über 30.000 Anrufern genutzt. Hinzu kommen regelmäßig eingehende schriftliche Anfragen per Brief, Fax oder E-Mail.

Zunehmend wird auch die seit 2002 bestehende Website in Anspruch genommen. Hier lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg auf zuletzt rund 50.000 Besuche im Jahre 2005 beobachten. Dieser Trend setzt sich fort, so dass für das Jahr 2006 eine Steigerung um weitere 10.000 Besucher erwartet werden kann. Seit der Veröffentlichung der Website waren bis Ende 2005 rund 161.000 Besuche (Visits) mit über 2,1 Mio. Seitenaufrufen (Page Views) zu verzeichnen.

Der 1999 zunächst in Form eines Pilotprojektes gegründete InfoServiceGesundheit hat sich zwischenzeitlich zu einer anerkannten Institution des Gesundheitswesens im Bezirk Nordbaden entwickelt. Er ersetzt aber nicht den Besuch beim Arzt oder Psychotherapeuten, sondern gibt eine wertvolle Hilfestellung bei der Suche nach geeigneten Behandlungseinrichtungen.

7.3 Patiententelefon MedCall

Mit der Einführung des Patiententelefon **MedCall** im Oktober 2001 hat die Bezirksdirektion Stuttgart der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg das Serviceangebot für Patienten des Bereichs Nordwürttemberg maßgeblich ausgebaut. Bis zum Dezember 2005 nutzten rund 60.000 Anruferinnen und Anrufer die Angebote von MedCall. Unter der Service-Rufnummer **01805/6332255** leistet das medizinische Fachpersonal den Anrufern Hilfestellung unter anderem bei der Suche nach:

- Haus- oder Fachärzten (wohnortnah)
- Ärzten mit einem speziellen Tätigkeitsschwerpunkt oder besonderen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten
- Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Praxen mit einem behindertengerechten Zugang und entsprechenden Parkmöglichkeiten
- Ärzten und Therapeuten sowie Praxispersonal mit speziellen Fremdsprachenkenntnissen
- Krankenhäusern und deren Tätigkeitsschwerpunkten
- stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen
- Selbsthilfegruppen, Gesundheitssportverbänden und Beratungsdiensten

Darüber hinaus informiert der telefonische Beratungsservice über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die Strukturen des Gesundheitswesens sowie die Organisation der Verwaltungsorgane und deren Leistungserbringer.

Das Beratungsteam des Patiententelefon äußert sich nicht zu diagnostischen oder therapeutischen Fragestellungen im Einzelfall, sondern informiert ausschließlich über die von den Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten angebotenen Versorgungsstrukturen.

Grundlage für die qualifizierte Informationsweitergabe bilden unter anderem:

- der Bundesmantelvertrag
- die bestehenden Verträge, Kooperationsverträge und Impfvereinbarung oder ähnliches
- die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)
- das 5. Sozialgesetzbuch (SGB V)
- das 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX)
- das 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI)
- das Entgeltfortzahlungsgesetz
- Verwaltungsabwicklungsvorgaben zu Formularen und Anträgen in Bezug auf das SGB V und das SGB XI

Eine Internetpräsenz kann über die Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, die auf das Patiententelefon hinweist, aufgerufen werden. Die Adresse ist www.medcall.de.

Mit der Auswahl einer so genannten Vanity-Rufnummer hat es die Bezirksdirektion Stuttgart den Anrufern denkbar leicht gemacht, MedCall zu erreichen. Neben der kurzen Vorwahl ist die Rufnummer einfach über den Namen des Patiententelefon MedCall herzuleiten: Die Rufnummer entspricht der Zuordnung der Buchstaben auf den Tasten des Telefons, also

M e d C a l l
6 3 3 2 2 5 5

Der telefonische Beratungsservice der Bezirksdirektion Stuttgart ist montags bis donnerstags von 9 bis 12 Uhr und von 13 bis 16 Uhr sowie Freitag von 9 bis 12 Uhr erreichbar.

Entwicklung der genehmigungspflichtigen Leistungsbereiche

2005	2004	2003	2002	1999/2001	1997	1995/96	1992/94	1989	
<ul style="list-style-type: none"> Schmerztherapie Sonographie (Säuglingshüfte) Schlafapnoe 	<ul style="list-style-type: none"> Rehabilitation amb. OP Apherese Arthroskopie Chirotherapie Dialyse DMP Brustkrebs DMP DM1 DMP DM2 DMP KHK Herzschrittmacher invas. Kardiologie Kernspin Koloskopie Spezial-Labor Langzeit-EKG Lithotripsie Onkologie otoak. Emmission PDT phys.-med. Leist. Psychotherapie Röntg./Mammo. Schlafapnoe Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Soziotherapie Substitution Ultraschall Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> DMP DM1 Rehabilitation amb. OP Apherese Arthroskopie Chirotherapie Dialyse DMP Brustkrebs DMP DM2 DMP KHK Herzschrittmacher inv. Kardiologie Kernspin Koloskopie Spezial-Labor Langzeit-EKG Lithotripsie Onkologie otoak. Emmission PDT phys.-med. Leist. Psychotherapie Röntg./Mammo. Schlafapnoe Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Soziotherapie Substitution Ultraschall Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> Apherese DMP KHK Substitution amb. OP Arthroskopie Chirotherapie Dialyse DMP Brustkrebs DMP DM2 Herzschrittmacher inv. Kardiologie Kernspin Koloskopie Spezial-Labor Langzeit-EKG LDL-Elimination Lithotripsie Onkologie otoak. Emmission PDT phys.-med. Leist. Psychotherapie Röntg./Mammo. Schlafapnoe Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Soziotherapie Substitution Ultraschall Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> DMP Brustkrebs DMP DM2 Dialyse Mammographie Koloskopie PDT Soziotherapie amb. OP Arthroskopie Chirotherapie Dialyse Herzschrittmacher invas. Kardiologie Kernspin Spezial-Labor Langzeit-EKG LDL-Elimination Lithotripsie Onkologie otoak. Emmission phys.-med. Leist. Psychotherapie Röntgen Schlafapnoe Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Substitution Ultraschall Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> inv. Kardiologie Psychotherapie amb. OP Kernspin-Mamma amb. OP Arthroskopie Chirotherapie Dialyse Herzschrittmacher Kernspin Spezial-Labor Langzeit-EKG LDL-Elimination Lithotripsie Onkologie otoak. Emmission phys.-med. Leist. Psychotherapie Röntgen Schlafapnoe Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Substitution Ultraschall Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> phys.-med. Leist. amb. OP Arthroskopie Chirotherapie Dialyse Herzschrittmacher Kernspin Spezial-Labor Langzeit-EKG LDL-Elimination Lithotripsie Onkologie otoak. Emmission phys.-med. Leist. Psychotherapie Röntgen Schlafapnoe Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Substitution Ultraschall Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> Lithotripsie otoak. Emmission Stressecho-kardiogr. amb. OP Arthroskopie Chirotherapie Dialyse Arthroskopie Chirotherapie Dialyse Herzschrittmacher Kernspin Spezial-Labor Langzeit-EKG LDL-Elimination Lithotripsie Onkologie otoak. Emmission Psychotherapie Röntgen Schlafapnoe Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Substitution Ultraschall Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> amb. OP Arthroskopie Dialyse LDL-Apherese Onkologie Schmerztherapie Sozialpsychiatrie Substitution Ultraschall Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> Chirotherapie Kernspin Speziallabor Röntgen Ultraschall Zytologie

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus

Tabelle 1.0
Bezirksdirektion
Freiburg
Stand: 31. 12. 2005

Lfd. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte ¹⁾		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Anzahl ^{Sp++7+9+11}	Verändg. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Verändg. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte	1 203	1,2	363	1 159	0,8	329	12	8	32	26	0	0
2	Praktische Ärzte / Ärzte	103	- 16,3	53	91	- 17,3	43	1	1	8	6	3	3
3	Anesthesisten	86	0,0	20	52	2,0	18	1	0	1	1	32	1
4	Augenärzte	140	0,7	50	134	- 0,7	46	2	2	2	1	2	1
5	Chirurgen	135	- 3,6	4	79	- 1,2	4	2	0	3	0	51	0
6	Frauenärzte	283	0,7	108	242	0,0	96	6	3	7	7	28	2
7	HNO-Ärzte	93	0,0	15	90	1,1	15	0	0	1	0	2	0
8	Hautärzte	87	2,4	29	82	1,2	25	1	1	4	3	0	0
9	Internisten	569	3,1	72	459	1,5	57	7	1	10	5	93	9
10	Kinderärzte	190	2,2	75	155	0,0	56	4	2	16	15	15	2
11	Kinder- und Jugendpsychiater	22	10,0	12	18	5,9	11	0	0	2	1	2	0
12	Laborärzte	9	- 10,0	2	9	- 10,0	2	0	0	0	0	0	0
13	Lungenärzte	8	- 11,1	0	8	0,0	0	0	0	0	0	0	0
14	Mund-Kiefer-Gesichts chirurgen	29	0,0	0	28	0,0	0	0	0	0	0	1	0
15	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	177	0,6	48	157	0,0	42	4	2	2	2	14	2
16	Neurochirurgen	10	25,0	0	7	16,7	0	0	0	0	0	3	0
17	Nuklearmediziner	18	0,0	6	17	0,0	6	0	0	0	0	1	0
18	Orthopäden	141	- 2,8	4	127	- 0,8	3	4	0	4	1	6	0
19	Pathologen	19	- 5,0	5	17	- 5,6	4	0	0	1	1	1	0
20	Ärztliche Psychotherapeuten	207	- 3,3	120	204	- 2,4	119	1	1	0	0	2	0
21	Radiologen/Diagnostische Radiolog.	73	4,3	14	53	1,9	10	2	1	4	2	14	1
22	Urologen	62	- 1,6	2	55	0,0	1	3	0	1	1	3	0
23	Übrige Arztgruppen ²⁾	8	0,0	1	8	0,0	1	0	0	0	0	0	0
24	Summe Arztgruppen	3 672	0,2	1 003	3 251	- 0,2	898	50	22	98	72	273	21
25	Dar.: Hausärzte	1 684	- 0,3	471	1 665	- 0,3	459	19	12	0	0	0	0
26	Fachärztlich tätige Internisten	194	4,3	19	189	1,6	19	5	0	0	0	0	0

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Biochemiker, Humangenetiker, Klinische Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner



An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus

Tabelle 1.0
Bezirksdirektion
Karlsruhe
Stand: 31. 12. 2005

Lfd. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte ¹⁾			Angestellte Ärzte			Ermächtigte Ärzte		
		Insgesamt Anzahl Sp. 4+7+9+11	Veränd. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Veränd. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1	Allgemeinärzte	1 338	1,7	481	1 293	1,2	442	9	7	34	30	2	2			
2	Praktische Ärzte / Ärzte	105	- 13,2	61	80	- 17,5	41	1	1	15	14	9	5			
3	Anästhesisten	117	6,4	46	92	8,2	41	0	0	4	0	21	5			
4	Augenärzte	178	- 0,6	65	168	- 1,2	60	2	1	4	4	4	0			
5	Chirurgen	173	5,5	16	122	4,3	10	0	0	4	3	47	3			
6	Frauenärzte	374	0,8	147	329	- 0,6	125	11	8	10	10	24	4			
7	HNO-Ärzte	133	0,0	30	123	- 0,8	27	0	0	1	1	9	2			
8	Hautärzte	125	2,5	50	115	0,0	44	2	1	6	5	2	0			
9	Internisten	751	1,9	145	651	1,2	123	10	5	19	14	71	3			
10	Kinderärzte	234	1,7	92	205	1,0	77	8	5	7	7	14	3			
11	Kinder- und Jugendpsychiater	33	6,5	19	30	7,1	17	0	0	0	0	3	2			
12	Laborärzte	40	2,6	14	35	0,0	13	0	0	2	1	3	0			
13	Lungenärzte	19	0,0	4	18	- 5,3	4	0	0	1	0	0	0			
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	31	0,0	0	30	0,0	0	0	0	0	0	1	0			
15	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	213	1,4	65	189	2,2	61	5	0	2	1	17	3			
16	Neurochirurgen	12	20,0	0	10	25,0	0	0	0	0	0	2	0			
17	Nuklearmediziner	10	42,9	1	8	60,0	1	0	0	0	0	2	0			
18	Orthopäden	200	1,5	15	180	0,0	13	11	1	3	1	6	0			
19	Pathologen	12	0,0	2	9	0,0	2	0	0	0	0	3	0			
20	Ärztliche Psychotherapeuten	258	4,0	161	252	4,1	159	0	0	0	0	6	2			
21	Radiologen/Diagnostische Radiolog.	108	- 0,9	20	79	0,0	10	1	1	6	5	22	4			
22	Urologen	93	1,1	4	81	0,0	2	2	0	2	2	8	0			
23	Übrige Arztgruppen ²⁾	20	5,3	6	17	6,3	6	0	0	0	0	3	0			
24	Summe Arztgruppen	4 577	1,6	1 444	4 116	0,9	1 278	62	30	120	98	279	38			
25	Dar.: Hausärzte	1 986	0,1	649	1 968	- 0,1	637	18	12	0	0	0	0			
26	Fachärztlich tätige Internisten	254	2,8	42	245	2,9	37	9	5	0	0	0	0			

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Biochemiker, Humangenetiker, Klinische Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus

Tabelle 1.0
Bezirksdirektion
Reutlingen

Stand: 31. 12. 2005

Lfd. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte ¹⁾		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Anzahl ^{Sp++7+9+11}	Verändg. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Verändg. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte	981	- 2,5	275	966	- 1,7	265	3	1	9	9	3	0
2	Praktische Ärzte / Ärzte	82	30,2	37	80	29,0	35	0	0	1	1	1	1
3	Anesthesisten	107	5,9	34	67	1,5	29	0	0	4	4	36	1
4	Augenärzte	104	- 1,0	35	102	0,0	34	0	0	2	1	0	0
5	Chirurgen	115	6,5	7	77	4,1	6	0	0	1	1	37	0
6	Frauenärzte	235	2,6	88	202	- 0,5	80	7	1	5	4	21	3
7	HNO-Ärzte	71	- 2,7	14	69	0,0	13	1	0	1	1	0	0
8	Hautärzte	77	- 3,7	34	70	1,4	28	2	1	5	5	0	0
9	Internisten	350	- 0,6	62	298	- 1,0	59	4	0	3	1	45	2
10	Kinderärzte	143	- 0,7	32	123	- 0,8	30	7	0	2	2	11	0
11	Kinder- und Jugendpsychiater	17	6,3	9	15	7,1	9	0	0	0	0	2	0
12	Laborärzte	11	22,2	2	9	28,6	1	0	0	0	0	2	1
13	Lungenärzte	3	0,0	1	3	0,0	1	0	0	0	0	0	0
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	20	0,0	0	20	0,0	0	0	0	0	0	0	0
15	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	125	0,8	35	106	1,0	33	1	0	1	1	17	1
16	Neurochirurgen	10	11,1	0	8	14,3	0	0	0	0	0	2	0
17	Nuklearmediziner	3	- 40,0	0	3	- 40,0	0	0	0	0	0	0	0
18	Orthopäden	112	- 0,9	3	98	- 1,0	3	6	0	2	0	6	0
19	Pathologen	20	0,0	1	19	0,0	1	0	0	0	0	1	0
20	Ärztliche Psychotherapeuten	134	3,1	77	127	2,4	75	1	1	0	0	6	1
21	Radiologen/Diagnostische Radiolog.	52	4,0	5	36	- 2,7	4	3	0	0	0	13	1
22	Urologen	52	0,0	2	47	- 2,1	2	1	0	0	0	4	0
23	Übrige Arztgruppen ²⁾	15	15,4	7	12	20,0	7	0	0	0	0	3	0
24	Summe Arztgruppen	2 839	0,5	760	2 557	0,2	715	36	4	36	30	210	11
25	Dar.: Hausärzte	1 320	0,5	362	1 310	0,2	361	10	1	0	0	0	0
26	Fachärztlich tätige Internisten	157	- 3,1	26	153	- 3,2	26	4	0	0	0	0	0

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Biochemiker, Humangenetiker, Klinische Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner



An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus

Tabelle 1.0
Bezirksdirektion
Stuttgart
Stand: 31. 12. 2005

Lfd. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte ¹⁾		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Anzahl Sp.4+7+9+11	Verändg. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Verändg. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl
0													
1	Allgemeinärzte	1 535	2,5	509	1 532	2,4	507	0	0	1	1	2	1
2	Praktische Ärzte / Ärzte	439	- 9,3	200	425	- 9,2	187	0	0	13	12	1	1
3	Anästhesisten	174	3,6	54	108	0,0	43	0	0	2	2	64	9
4	Augenärzte	238	0,8	93	230	0,4	92	0	0	2	1	6	0
5	Chirurgen	275	3,8	18	158	1,3	12	0	0	2	2	115	4
6	Frauenärzte	481	1,9	185	428	0,7	171	0	0	3	2	50	12
7	HNO-Ärzte	176	- 0,6	27	165	- 0,6	27	0	0	0	0	11	0
8	Hautärzte	148	0,0	42	140	0,0	40	0	0	1	1	7	1
9	Internisten	948	2,9	142	796	0,4	130	0	0	0	0	152	12
10	Kinderärzte	318	3,9	94	273	0,7	89	0	0	0	0	45	5
11	Kinder- und Jugendpsychiater	26	0,0	12	19	5,6	12	0	0	0	0	7	0
12	Laborärzte	48	2,1	6	38	5,6	5	0	0	0	0	10	1
13	Lungenärzte	15	0,0	5	12	0,0	5	0	0	0	0	3	0
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	43	10,3	4	40	5,3	4	0	0	0	0	3	0
15	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	232	1,3	70	202	- 0,5	69	0	0	0	0	30	1
16	Neurochirurgen	15	7,1	0	12	9,1	0	0	0	0	0	3	0
17	Nuklearmediziner	16	14,3	1	10	11,1	1	0	0	0	0	6	0
18	Orthopäden	246	1,2	11	223	0,5	11	0	0	1	0	22	0
19	Pathologen	22	- 8,3	6	20	0,0	6	0	0	0	0	2	0
20	Ärztliche Psychotherapeuten	157	1,3	95	148	2,8	94	0	0	0	0	9	1
21	Radiologen/Diagnostische Radiolog.	165	5,1	34	101	2,0	18	0	0	0	0	64	16
22	Urologen	118	0,0	6	105	0,0	6	0	0	0	0	12	0
23	Übrige Arztgruppen ²⁾	13	0,0	10	10	0,0	9	0	0	0	0	3	1
24	Summe Arztgruppen	5.848	1,4	1.624	5.196	0,3	1.538	0	0	25	21	627	65
25	Dar.: Hausärzte	2.724	0,0	873	2.724	0,0	873	0	0	0	0	0	0
26	Fachärztlich tätige Internisten	286	0,0	31	286	0,0	31	0	0	0	0	0	0

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Biochemiker, Humangenetiker, Klinische Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus

Tabelle 1.0
Baden-
Württemberg
Stand: 31. 12. 2005

Lfd. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte ¹⁾		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Anzahl ²⁾	Verändg. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Verändg. zum Vorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl
1	Allgemeinärzte	5 057	1,0	1 628	4 950	0,9	1 543	24	16	76	66	7	3
2	Praktische Ärzte / Ärzte	729	- 7,8	351	676	- 8,3	306	2	2	37	33	14	10
3	Anesthesisten	484	4,1	154	319	2,9	131	1	0	11	7	153	16
4	Augenärzte	660	0,2	243	634	- 0,3	232	4	3	10	7	12	1
5	Chirurgen	698	3,1	45	436	2,1	32	2	0	10	6	250	7
6	Frauenärzte	1 373	1,5	528	1 201	0,0	472	24	12	25	23	123	21
7	HNO-Ärzte	473	- 0,6	86	447	- 0,2	82	1	0	3	2	22	2
8	Hautärzte	437	0,5	155	407	0,5	137	5	3	16	14	9	1
9	Internisten	2 618	2,2	421	2 204	0,7	369	21	6	32	20	361	26
10	Kinderärzte	885	2,2	293	756	0,4	252	19	7	25	24	85	10
11	Kinder- und Jugendpsychiater	98	5,4	52	82	6,5	49	0	0	2	1	14	2
12	Laborärzte	108	2,9	24	91	3,4	21	0	0	2	1	15	2
13	Lungenärzte	45	- 2,2	10	41	- 2,4	10	0	0	1	0	3	0
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	123	3,4	4	118	1,7	4	0	0	0	0	5	0
15	Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	747	1,1	218	654	0,6	205	10	2	5	4	78	7
16	Neurochirurgen	47	14,6	0	37	15,6	0	0	0	0	0	10	0
17	Nuklearmediziner	47	6,8	8	38	5,6	8	0	0	0	0	9	0
18	Orthopäden	699	0,1	33	628	- 0,2	30	21	1	10	2	40	0
19	Pathologen	73	- 3,9	14	65	- 1,5	13	0	0	1	1	7	0
20	Ärztliche Psychotherapeuten	756	1,2	453	731	1,7	447	2	2	0	0	23	4
21	Radiologen/Diagnostische Radiolog.	398	3,1	73	269	0,7	42	6	2	10	7	113	22
22	Urologen	325	0,0	14	289	- 0,3	11	6	0	3	3	27	0
23	Übrige Arztgruppen ³⁾	56	5,7	24	47	6,8	23	0	0	0	0	9	1
24	Summe Arztgruppen	16 936	1,0	4 831	15 120	0,3	4 419	148	56	279	221	1 389	135
25	Dar.: Hausärzte	7 714	0,1	2 355	7 667	0,0	2 330	47	25	0	0	0	0
26	Fachärztlich tätige Internisten	891	1,1	118	873	0,6	113	18	5	0	0	0	0

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V
2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Biochemiker, Humangenetiker, Klinische Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Kommissionen der Qualitätssicherung

Kommissionen	Bezirksdirektion	Sitzungen im Jahr 2005
Ambulante Katarakt-OP	Gemeinsame Kommission	1
Ambulante Operationen	BD FR, BD KA, BD RT BD ST	7 Umlaufverfahren
Apheresen (nach § 5 der RL)	Gemeinsame Kommission	3
Arthroskopie	Gemeinsame Kommission der BD RT und BD ST BD FR, BD KA	Umlaufverfahren Umlaufverfahren
Blutreinigungsverfahren (Dialyse)	Gemeinsame Kommission	Umlaufverfahren
Herzschrittmacher	BD FR, BD KA, BD RT	Umlaufverfahren
Invasive Kardiologie	Gemeinsame Kommission	Umlaufverfahren
Koloskopie	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	5
Kernspintomographie	Gemeinsame Kommission	Umlaufverfahren
Labor	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	11
Langzeit-EKG	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	Umlaufverfahren
Mammographie	BD FR, BD RT	3
Onkologie	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	5
Photodynamische Therapie	Gemeinsame Kommission	1
Polysomnographie	Gemeinsame Kommission	1
Psychotherapie	BD KA	Umlaufverfahren
Schmerztherapie	Gemeinsame Kommission der BD RT und BD ST BD FR, BD KA	4 3
Strahlentherapie, Diagnostische Radiologie, Nuklearmedizin	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	14
Substitution	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	15
Ultraschall	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	28
Zytologie	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	Umlaufverfahren

Koloskopie / BD Freiburg

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Oktober 2002		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1. Januar 2005 15	31. Dezember 2005 10	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	1. Januar 2005 77	1. Januar 2005 81	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	5	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	5	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	5	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	5	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (von ausschließlich kurativ zu kurativ und präventiv)	2		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl totaler Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl totaler Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität
	-	2	-
Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wegen fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	3		

Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien (EBM alt Nr. 156, 764 EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	< 125	125–174	175–199	200–224	225–274	> 274
	7	2	2	2	16	60
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	-	-	-			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)	< 5	5–7	8–9	10–11	12–14	> 14
	2	4	5	1	0	77
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	-	-	-			
Anzahl Kolloquien	1					
• davon bestanden	1					
• davon nicht bestanden	-					
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter Einrichtungen	82					
Anzahl der Prüfungen	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs. 8a)		3. Prüf. (6 Wo.) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)		
	165	5		-		

Koloskopie / BD Karlsruhe

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Oktober 2002		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1. Januar 2005 39	31. Dezember 2005 28	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	1. Januar 2005 70	1. Januar 2005 78	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	2	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	2	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	8	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	8	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (von ausschließlich kurativ zu kurativ und präventiv)	1		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl totaler Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl totaler Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität
	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wegen fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	13		

Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien (EBM alt Nr. 156, 764 EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	< 125	125–174	175–199	200–224	225–274	> 274
	9	2	4	1	3	80
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	-	-	-			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)	< 5	5–7	8–9	10–11	12–14	> 14
	4	1	1	3	-	90
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	-	-	-			
Anzahl Kolloquien	-					
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter Einrichtungen	96					
Anzahl der Prüfungen	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs. 8a)		3. Prüf. (6 Wo.) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)		
	174	12		-		

Koloskopie / BD Reutlingen

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Oktober 2002		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1. Januar 2005 77	31. Dezember 2005 77	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	1. Januar 2005 62	31. Dezember 2005 66	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	2	-	
	• davon Anzahl Genehmigungen	2	-
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	2	-	
	• davon Anzahl Genehmigungen	2	-
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (von ausschließlich kurativ zu kurativ und präventiv)	-		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl totaler Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl totaler Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität
	-	1	-
Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wegen fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	1 x wegen Nichterreichen der Mindestzahl 1 x wegen Verzicht auf Zulassung		

Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien (EBM alt Nr. 156, 764 EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	< 125	125–174	175–199	200–224	225–274	> 274
	10	2	6	8	1	46
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	10	2	6			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)	< 5	5–7	8–9	10–11	12–14	> 14
	4	2	-	-	2	-
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	4	2	-			
Anzahl Kolloquien	-					
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter Einrichtungen	61 Praxen pro Kalenderhalbjahr = 122 Prüfungen pro Jahr					
Anzahl der Prüfungen	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs. 8a)	3. Prüf. (6 Wo.) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)			
	122	4	-			

Koloskopie / BD Stuttgart

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Oktober 2002		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1. Januar 2005 30	31. Dezember 2005 26	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	1. Januar 2005 101	1. Januar 2005 108	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	2	3	
• davon Anzahl Genehmigungen	2	1	
• davon Anzahl Ablehnungen	7	-	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005 (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	7	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	7	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (von ausschließlich kurativ zu kurativ und präventiv)	-		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl totaler Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl totaler Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität
	2	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wegen fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	6		

Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien (EBM alt Nr. 156, 764 EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	< 125	125–174	175–199	200–224	225–274	> 274
	10	2	1	5	7	85
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	5	1	3			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)	< 5	5–7	8–9	10–11	12–14	> 14
	2	-	1	4	-	103
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	1	1	-			
Anzahl Kolloquien	-					
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter Einrichtungen	130					
Anzahl der Prüfungen	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs. 8a)		3. Prüf. (6 Wo.) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)		
	267	12		-		

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund / BD Freiburg

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 1. August 2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand zum	1. Januar 2005	31. Dezember 2005	
	6	5	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6	
	1	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	1	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen/Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1. Überprüfung (§ 7 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 2)
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 5 S. 3	-		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2		

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund / BD Karlsruhe

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 1. August 2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand zum	1. Januar 2005	31. Dezember 2005	
	7	10	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6	
	3	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	3	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen/Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1. Überprüfung (§ 7 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 2)
	3	1	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 5 S. 3	-		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-		

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund / BD Reutlingen

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 1. August 2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand zum	1. Januar 2005	31. Dezember 2005	
	11	12	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6	
	1	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	1	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	-	
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen/Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1. Überprüfung (§ 7 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 2)
	-	-	-
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 5 S. 3	-		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-		

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund / BD Stuttgart

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 1. August 2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand zum	1. Januar 2005	31. Dezember 2005	
	11	12	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6	
	1	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	1	1	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	1	
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen/Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1. Überprüfung (§ 7 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 7 Abs. 5 S. 2)
	11	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 5 S. 3	-		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-		

Psychotherapie / BD Freiburg

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Januar 1999 zuletzt geändert: 7. Februar 2005		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl beschiedener Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	198 (zuzügl. 48 Befreiungen)		
• davon Anzahl Genehmigungen	193 (davon 162 Ärzte)		
• davon Anzahl Ablehnungen	5 (davon 4 Ärzte)		
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	-		
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31. Dezember 2005	832		
• davon Ärzte	381		
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
• Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	342	71	17
• davon Ärzte	235	50	4
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	194	89	16
• davon Ärzte	52	14	4
• Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	113	86	50
• davon Ärzte	63	40	1
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	209		
• davon Ärzte	112		

• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	99		
• davon Ärzte	32		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	150		
• davon Ärzte	23		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	insgesamt	davon Einzeltherapie	davon Gruppentherapie
	629	600	29
• davon Ärzte	254	233	21
Genehmigungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung , Stand 31. Dezember 2005			
• Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	2.260		
• Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	375		
• davon Ärzte	253		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	236		
• davon Ärzte	108		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	181		
• davon Ärzte	110		

Psychotherapie / BD Karlsruhe

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Januar 1999 zuletzt geändert: 7. Februar 2005		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl beschiedener Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	51		
• davon Anzahl Genehmigungen	51		
• davon Anzahl Ablehnungen	-		
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen (Therapeuten)	16		
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31. Dezember 2005	1.019		
• davon Ärzte	454		
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
• Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	578	55	109
• davon Ärzte	368	32	25
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	249	44	19
• davon Ärzte	41	4	9
• Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	218	30	82
• davon Ärzte	134	13	2
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	166		
• davon Ärzte	136		

• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	76		
• davon Ärzte	55		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	76		
• davon Ärzte	23		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	insgesamt	davon Einzeltherapie	davon Gruppentherapie
	793	746	47
• davon Ärzte	295	264	31
Genehmigungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung , Stand 31. Dezember 2005			
• Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	2.296		
• Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	501		
• davon Ärzte	466		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	396		
• davon Ärzte	246		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	277		
• davon Ärzte	231		

Psychotherapie / BD Reutlingen

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Januar 1999 zuletzt geändert: 7. Februar 2005		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl beschiedener Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	160		
• davon Anzahl Genehmigungen	157		
• davon Anzahl Ablehnungen	3		
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen (Therapeuten)	-		
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31. Dezember 2005	611		
• davon Ärzte	249		
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
• Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	249	26	68
• davon Ärzte	179	15	11
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	154	52	16
• davon Ärzte	35	3	1
• Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	36	9	49
• davon Ärzte	24	3	-
• Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie	112	9	50
• davon Ärzte	48	3	2

• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	117		
• davon Ärzte	93		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	41		
• davon Ärzte	21		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	50		
• davon Ärzte	9		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	insgesamt	davon Einzeltherapie	davon Gruppentherapie
	436	421	15
Genehmigungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung , Stand 31. Dezember 2005			
• Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	1.697		
• Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	270		
• davon Ärzte	229		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	131		
• davon Ärzte	71		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	140		
• davon Ärzte	84		

Psychotherapie / BD Stuttgart

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 1. Januar 1999 zuletzt geändert: 7. Februar 2005		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl beschiedener Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	286		
• davon Anzahl Genehmigungen	276		
• davon Anzahl Ablehnungen	-		
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	-		
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31. Dezember 2005	927		
• davon Ärzte	353		
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
• Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	384	82	189
• davon Ärzte	246	63	30
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	220	84	27
• davon Ärzte	30	14	9
• Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	157	61	151
• davon Ärzte	68	45	3
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	190		
• davon Ärzte	144		

• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	103		
• davon Ärzte	61		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	98		
• davon Ärzte	28		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	insgesamt	davon Einzeltherapie	davon Gruppentherapie
	604	604	15
• davon Ärzte	141	141	3
Genehmigungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung , Stand 31. Dezember 2005			
• Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	3.088		
• Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	485		
• davon Ärzte	360		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	485		
• davon Ärzte	360		
• Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	170		
• davon Ärzte	101		

Invasive Kardiologie / BD Karlsruhe

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 1. Oktober 1999					
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)					
Geltungsbereich	bundeseinheitlich					
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gemäß § 7 Abs. 2)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1. Januar 2005			31. Dezember 2005		
	-			-		
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu			erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)		
	-			-		
• davon Anzahl Genehmigungen	-			-		
• davon Anzahl Ablehnungen	-			-		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl			sonstiger Gründe		
	-			-		
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und 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
	-	-	-	-	-	-
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	-	-	-	/	/	/
Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gemäß § 7 Abs. 1)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1. Januar 2005			31. Dezember 2005		
	8			11		
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu			erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)		
	3			-		
• davon Anzahl Genehmigungen	3			-		
• davon Anzahl Ablehnungen	-			-		

Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl			sonstiger Gründe		
	gesamt	ges. und therap.	therap.			
	-	-	-	-		
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	-					
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	-					
Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100–129	130–149	150–169	170–199	>199
	2	-	-	2	1	6
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben	-	-	-			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5122 / 34292)	<33	33–42	43–49	50–56	57–66	>66
	4	-	4	2	-	1
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben	-	-	-			
Anzahl Kolloquien	-					

Invasive Kardiologie / BD Reutlingen

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 1. Oktober 1999					
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)					
Geltungsbereich	bundeseinheitlich					
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gemäß § 7 Abs. 2)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1. Januar 2005			31. Dezember 2005		
	2			2		
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu			erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)		
	-			-		
• davon Anzahl Genehmigungen	-			-		
• davon Anzahl Ablehnungen	-			-		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl			sonstiger Gründe		
	-			-		
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	keine Angaben					
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	-
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	-	-	-			
Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gemäß § 7 Abs. 1)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1. Januar 2005			31. Dezember 2005		
	8			9		
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu			erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)		
	2			-		
• davon Anzahl Genehmigungen	2			-		
• davon Anzahl Ablehnungen	-			-		

Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl			sonstiger Gründe		
	gesamt	ges. und therap.	therap.			
	-	-	-			
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	-					
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	-					
Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100–129	130–149	150–169	170–199	>199
	1	1	1	-	-	6
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben	3	-	-			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5122 / 34292)	<33	33–42	43–49	50–56	57–66	>66
	1	-	-	-	3	4
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben	4	-	-			
Anzahl Kolloquien	-					

Invasive Kardiologie / BD Stuttgart

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 1. Oktober 1999					
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)					
Geltungsbereich	bundeseinheitlich					
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gemäß § 7 Abs. 2)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1. Januar 2005			31. Dezember 2005		
	10			10		
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu			erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)		
	1			-		
• davon Anzahl Genehmigungen	1			-		
• davon Anzahl Ablehnungen	-			-		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl			sonstiger Gründe		
	-			-		
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und 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
	3	1	3	1	2	-
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	3	-	3			
Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gemäß § 7 Abs. 1)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1. Januar 2005			31. Dezember 2005		
	15			16		
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu			erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)		
	1			-		
• davon Anzahl Genehmigungen	1			-		
• davon Anzahl Ablehnungen	-			-		

Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl			sonstiger Gründe		
	gesamt	ges. und therap.	therap.			
	-	-	-	-		
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	-					
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	-					
Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100–129	130–149	150–169	170–199	>199
	7	1	-	2	1	2
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben	6	1	-			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5122 / 34292)	<33	33–42	43–49	50–56	57–66	>6
	9	-	-	1	1	3
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben	7	-	-			
Anzahl Kolloquien	-					

Strahlendiagnostik und -therapie / BD Freiburg

Verinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Verinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	Diagnostische Radiologie	Kurative Mammographie (siehe Folgeseite)	Computertomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	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. Dezember 2005	629		61	20	13	54
Anzahl beschiedener Anträge	25		5	5	2	1
• davon Anzahl Genehmigungen	24		5	5	2	1
• davon Anzahl Ablehnungen	3		-	-	-	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1		-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	33		4	1	1	4
Anzahl Kolloquien	1		-	4	-	1
• davon bestanden	1		-	4	-	1
• davon nicht bestanden	-		-	-	-	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben						
Anzahl geprüfter Ärzte	30		1	-	-	-
• davon ohne Beanstandung	17		-	-	-	-
• davon mit leichten Beanstandungen	10		-	-	-	-
• davon mit schweren Beanstandungen	3		1	-	-	-

Kurative Mammographie / BD Freiburg

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	
hier: Kurative Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	63	
Anzahl beschiedener Anträge	3	
• davon Anzahl Genehmigungen	3	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien gemäß Vereinbarung (§ 6 Abs. 3)	-	
• davon bestanden	-	
• davon nicht bestanden	-	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	3	-
	• davon bestanden	-
• davon nicht bestanden	-	-
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§ 7 Abs. 2b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	*	*
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	1	24
	• davon erfüllt	23
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	-	-
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	-	1
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gemäß § 6 Abs. 2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	-	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	-	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	2	

* für 2005 nicht relevant

Strahlendiagnostik und -therapie / BD Karlsruhe

Einzelantrag	Diagnostische Radiologie	Kurative Mammographie (siehe Folgeseite)	Computertomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	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. Dezember 2005	536		91	92	24	55
Anzahl beschiedener Anträge	26		4	2	3	5
<ul style="list-style-type: none"> davon Anzahl Genehmigungen davon Anzahl Ablehnungen 	26		4	2	3	5
<ul style="list-style-type: none"> davon Anzahl Ablehnungen 	-		-	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-		-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	27		5	1	4	6
Anzahl Kolloquien	-		-	2	-	4
<ul style="list-style-type: none"> davon bestanden davon nicht bestanden 	-		-	2	-	4
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-		-	-	-	-
Anzahl geprüfter Ärzte	10		-	-	-	-
<ul style="list-style-type: none"> davon ohne Beanstandung davon mit leichten Beanstandungen davon mit schweren Beanstandungen 	8		-	-	-	-
	2		-	-	-	-
	-		-	-	-	-

Kurative Mammographie / BD Karlsruhe

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	
hier: Kurative Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	103	
Anzahl beschiedener Anträge	3	
• davon Anzahl Genehmigungen	3	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien gemäß Vereinbarung (§ 6 Abs. 3)	1	
• davon bestanden	1	
• davon nicht bestanden	-	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	3	-
	• davon bestanden	-
• davon nicht bestanden	-	-
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§ 7 Abs. 2b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	*	*
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	46	-
	• davon erfüllt	-
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	-	-
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	2	-
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gemäß § 6 Abs. 2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	-	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	-	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	-	

* für 2005 nicht relevant

Strahlendiagnostik und -therapie / BD Reutlingen

Verinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	Diagnostische Radiologie	Kurative Mammographie (siehe Folgeseite)	Computertomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	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. Dezember 2005	457		40	66	13	41
Anzahl beschiedener Anträge	28		5	4	1	1
• davon Anzahl Genehmigungen	26		4	4	1	1
• davon Anzahl Ablehnungen	2		1	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1		-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-		-	-	-	-
Anzahl Kolloquien	-		-	4	-	-
• davon bestanden	-		-	4	-	-
• davon nicht bestanden	-		-	-	-	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben						
Anzahl geprüfter Ärzte	147		12	-	-	-
• davon ohne Beanstandung	38		8	-	-	-
• davon mit leichten Beanstandungen	100		4	-	-	-
• davon mit erheblichen Beanstandungen	9		-	-	-	-
• davon mit schweren Beanstandungen	-		-	-	-	-

Kurative Mammographie / BD Reutlingen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	
hier: Kurative Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	42	
Anzahl beschiedener Anträge	-	
• davon Anzahl Genehmigungen	-	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien gemäß Vereinbarung (§ 6 Abs. 3)	-	
• davon bestanden	-	
• davon nicht bestanden	-	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	-	-
	• davon bestanden	-
• davon nicht bestanden	-	-
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§ 7 Abs. 2b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	15	-
	• davon erfolgreiche Teilnahme	-
• davon nicht erfolgreiche Teilnahme	-	-
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 5 Abs. 6e/§ 5 Abs. 7b)	-	
Widerruf der Genehmigung (§ 5 Abs. 7c)	-	
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 5 Abs. 5)	-	

Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	22	-
• davon erfüllt	16	-
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	3	-
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	3	-
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gemäß § 6 Abs. 2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben		-
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7		-
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen		-

Strahlendiagnostik und -therapie / BD Stuttgart

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	Diagnostische Radiologie Anlage I nach Klassen I – XIII (außer VII und XI)	Kurative Mammographie (siehe Folgeseite) Anlage IV Anlage I – Klasse VII	Computertomographie Anlage I – Klasse VIII	Osteodensitometrie Anlage I – Klasse XI Anlage III – Klasse VI	Strahlentherapie Anlage II	Nuklearmedizin Anlage III nach Klassen I – V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	935		123	111	56	89
Anzahl beschiedener Anträge	83		8	5	4	3
• davon Anzahl Genehmigungen	81		8	5	4	3
• davon Anzahl Ablehnungen	2		-	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-		-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-		-	-	-	-
Anzahl Kolloquien	-		2	5	-	2
• davon bestanden	-		2	5	-	2
• davon nicht bestanden	-		-	-	-	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben						
Anzahl geprüfter Ärzte	134		7	-	-	-
• davon ohne Beanstandung	27		4	-	-	-
• davon mit leichten Beanstandungen	105		3	-	-	-
• davon mit schweren Beanstandungen	2		-	-	-	-

Kurative Mammographie / BD Stuttgart

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 1. April 1993 zuletzt geändert: 1. August 2005	
hier: Kurative Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31. Dezember 2005	106	
Anzahl beschiedener Anträge	8	
• davon Anzahl Genehmigungen	8	
• davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien gemäß Vereinbarung (§ 6 Abs. 3)	-	
• davon bestanden	-	
• davon nicht bestanden	-	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	11	1
	• davon bestanden	1
• davon nicht bestanden	2	-
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§ 7 Abs. 2b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	*	*
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	27	1
	• davon erfüllt	1
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	2	-
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	-	-
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gemäß § 6 Abs. 2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	-	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	-	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	-	

* für 2005 nicht relevant

www.kvbawue.de

Alles Gute.

KVBW 