

KBV

Kassenärztliche
Bundesvereinigung

QUALITÄTSBERICHT
2004

04



GRUSSWORT

Die Weiterentwicklung der Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung ist eines der Hauptanliegen des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mit seinem Engagement knüpft er an die Qualitätsorientierung des vorherigen Vorstands unmittelbar an. Mit dem Beginn der Qualitätsoffensive im Jahre 2002 hat der vorherige Vorstand deutlich gemacht, dass in durch wirtschaftliche Probleme und chronische Unterfinanzierung gekennzeichneten Zeiten keinesfalls „billigste“ Versorgung, sondern die Qualität im Mittelpunkt eines Wettbewerbs um Gesundheitsleistungen stehen muss.



Mit der Definition stringenter Ziele wird diese Ausrichtung vorangetrieben. Schwerpunkte bilden dabei drei Felder. Mit der Vorlage des zweiten Qualitätsberichts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird die Qualitätsberichterstattung fortgeführt und weiter ausgebaut. So veröffentlichen wir in diesem Jahr erstmalig Zahlen zur Versorgungssituation der unter Genehmigungsvorbehalt stehenden qualitätsgesicherten Leistungen in Deutschland. Durch eine sorgfältige Analyse der schon bestehenden Regelungen auf Bundes- und Landesebene wird kontinuierlich herausgearbeitet, wo die Stärken und Schwächen der bisherigen Arbeit liegen. Gleichzeitig soll deutlich werden, an welchen Stellen Regelungen verschlankt werden können oder gar obsolet geworden sind. Immer häufiger ist festzustellen, dass gleiche Sachverhalte, beispielsweise Hygieneanforderungen, in unterschiedlichsten Regelkreisen behandelt werden. Neben diesen Zielen, die sich in erster Linie auf die Qualitätssicherung beziehen, wurde der Bereich Qualitätsmanagement weiter forciert. Während Qualitätssicherung sich um die Einhaltung von Standards kümmert und bei Unterschreitung sanktionierend in Erscheinung tritt, befasst sich Qualitätsmanagement mit den Voraussetzungen, die Qualität entstehen lassen. Hierzu gehört vorausschauende Planung, Organisation und Zielorientierung. All dies wird aufgegriffen im Qualitätsmanagement-System der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, „Qualität und Entwicklung in Praxen“, einem der Schwerpunkte der Arbeit im Bereich Versorgungsqualität. Ein dritter Bereich gewinnt immer mehr an Bedeutung. Es ist die Patientensicherheit. Versorgung wird komplexer, Anforderungen steigen. Die Gewähr, dass der beabsichtigte Behandlungserfolg eintritt, wird von immer mehr Faktoren abhängig, die auch Fehlerfallen beinhalten können. Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat deshalb dieses Thema auf seine Agenda gesetzt und konkrete Maßnahmen eingeleitet. Dazu enthält dieser Band detaillierte Informationen.

Der Qualitätsbericht fasst die Aktivitäten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Bundesebene zusammen. Weitergehende Informationen finden sich im Internet unter www.kbv.de und auf den Webseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Dr. Andreas Köhler
Vorsitzender des Vorstands



INHALTSVERZEICHNIS

GRUSSWORT

SEITE 1

1 NEUERUNGEN DES BERICHTSZEITRAUMES

SEITE 4 - 7

1.1	EINLEITUNG: QUALITÄTSTRIAS UMFANG, ZUGANG, QUALITÄT DER LEISTUNGEN	4 - 5
1.2	AUSWIRKUNGEN DER GESUNDHEITSREFORM 2004: QUALITÄTSSICHERUNG, QUALITÄTSMANAGEMENT, FORTBILDUNG, QUALITÄTSBERICHTE	6
1.3	HOHE QUALITÄTSANFORDERUNGEN UND ÄRZTEMANGEL ERSCHWEREN SICHERSTELLUNG	6 - 7
1.4	PATIENTENSICHERHEIT	7
1.5	ZUSAMMENFASSUNG	7

2 LAUFENDE MASSNAHMEN DER QUALITÄTSOFFENSIVE

SEITE 8 - 19

2.1	QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN (QEP) – DAS QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG UND DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN	8 - 9
2.2	QUALITÄTSZIRKEL	10 - 11
2.3	DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME	12 - 16
2.4	FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE UND -PSYCHOTHERAPEUTEN	17
2.5	CIRSMEDICAL – CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM	18 - 19

3 STRUKTUR DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORUNG

SEITE 20 - 25

3.1	ZUSTÄNDIGKEITEN UND ORGANISATION	20 - 21
3.2	DER GEMEINSAME BUNDESAUSSCHUSS	21
3.3	NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG	22 - 25

4 REGELUNGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

SEITE 26 - 63

4.1	BUNDESWEIT GELTENDE REGELUNGEN	30 - 47
	Ambulantes Operieren	30
	Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	30 - 31
	Arthroskopie	31
	Blutreinigungsverfahren	31 - 32
	Chirotherapie	32
	Herzschrittmacher-Kontrolle	32
	Invasive Kardiologie	32 - 33
	Kernspintomographie	33 - 34
	▶ Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft	34
	Koloskopie	35 - 37
	▶ Hygieneprüfungen	35 - 36
	▶ Wartezeiten	36 - 37
	Laboratoriumsuntersuchungen (Kapitel O III)	37
	Langzeit-EKG Untersuchungen	38
	Onkologie-Vereinbarung	38
	Otoakustische Emissionen	39
	Photodynamische Therapie	39
	Psychotherapie	40 - 41
	Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie)	42
	Schmerztherapie	42
	Sozialpsychiatrie	42 - 43
	Soziotherapie	43
	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	43
	Strahlendiagnostik/-therapie	44 - 45
	▶ Allgemeine Radiographie	44
	▶ Mammographie	44
	▶ Computertomographie	45
	▶ Osteodensitometrie	45
	▶ Strahlentherapie	45
	▶ Nuklearmedizin	45
	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	46
	Ultraschalldiagnostik	46 - 47
	Zytologie	47
4.2	AUSGEWÄHLTE PROJEKTE DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN	48 - 58
4.3	BESONDERE PROJEKTE/AUSBLICK	59 - 63
	Mammographie-Screening	59 - 60
	Schmerztherapie	61 - 62
	Schlafapnoe	62
	Sonographie der Säuglingshüfte	62 - 63
	Dialyse	63



2
QUALITÄTSBERICHT 2004
3

5 ANHANG

SEITE 64 - 72

5.1	EINZELFALLPRÜFUNGEN NACH STICHPROBEN	64 - 65
5.2	ARZTSTRUKTUR (STAND 31. DEZEMBER 2004)	66 - 67
5.3	HANDBUCH QUALITÄTSZIRKEL	68
5.4	QUELLEN	69
5.5	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	69
5.6	STICHWORTVERZEICHNIS	70 - 71
5.7	ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN	72



1

04

NEUERUNGEN DES BERICHTSZEITRAUMES

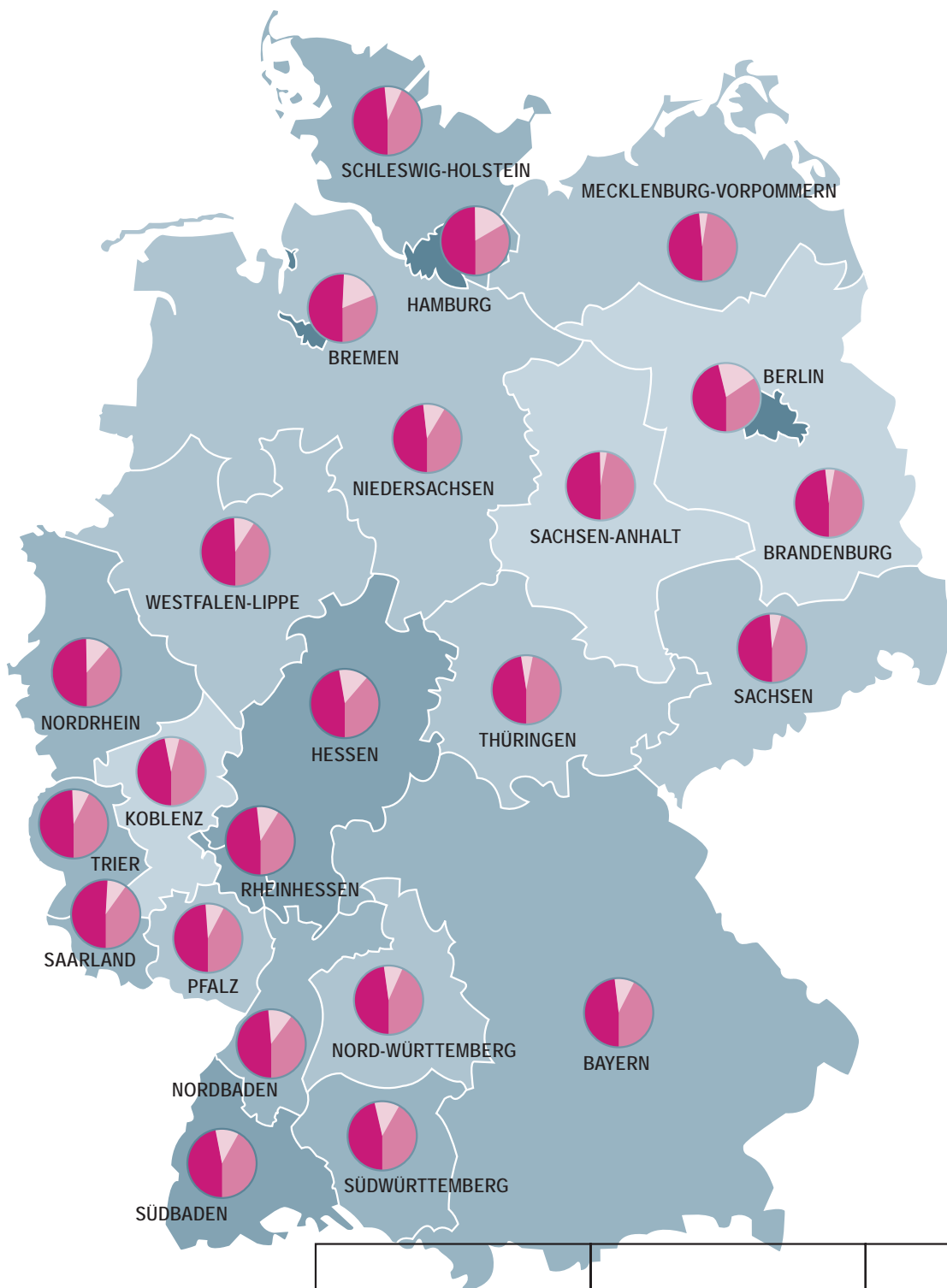
1.1 EINLEITUNG: QUALITÄTSTRIAS UMFANG, ZUGANG, QUALITÄT DER LEISTUNGEN

Trotz des demographischen Wandels und verschärfter Ressourcendiskussionen konnte in Deutschland erhalten werden, was in anderen Gesundheitssystemen nicht mehr selbstverständlich ist: ein umfassender Leistungskatalog, die freie Arztwahl, verhältnismäßig kurze Wartezeiten, keine Beschränkung auf ausgewählte Versorgungsangebote, ein direkter Zugang zu allen notwendigen Leistungsangeboten.

Unabhängig von Vorerkrankungen oder der Höhe der eingezahlten Beiträge haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf eine den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Versorgung, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Dazu gehört die Versorgung kleinerer Gesundheitsstörungen genauso wie komplexe Aufgaben, beispielsweise die Therapie chronischer Krankheiten, die häufig durch eine Vielzahl von Begleiterkrankungen gekennzeichnet sind.




Diese ambulante, gesetzliche Patientenversorgung stellen 17 Kassenärztliche Vereinigungen sicher. Im Jahre 2004, vor den Änderungen durch das GMG, waren es noch 23 Kassenärztliche Vereinigungen. Wesentlicher Be-

standteil des Sicherstellungsauftrags ist die flächendeckende und qualitätsgesicherte Vorhaltung eines umfassenden Leistungsangebots für alle gesetzlich Krankenversicherten. Es handelt sich um Leistungen, die von 140.000 Haus- und Fachärzten sowie durch Psychotherapeuten in über 500 Millionen Versichertenkontakten erbracht werden. Hierfür gelten strenge Auflagen: Neben allgemeinen Zulassungsverfahren als Arzt oder Psychotherapeut gilt bundesweit für mehr als 40 Prozent des Honorarvolumens ohne Berücksichtigung der Ordinations- und Konsultationsvergütung, dass diese Leistungen unter besonderen Qualitätsauflagen erbracht werden. Unter Berücksichtigung der auf Landesebene zusätzlich geschlossenen Vereinbarungen steigt dieser Anteil in einigen Regionen auf weit über 50 Prozent. Dies ist beispielsweise in Niedersachsen der Fall. Konkret heißt dies, dass sich zum Beispiel mammographierende Ärzte regelmäßigen Überprüfungen ihrer diagnostischen Treffsicherheit unterziehen müssen oder Hygienekontrollen in gastroenterologischen Praxen durch neutrale Institute durchgeführt werden. Verliert hierbei eine Einrichtung ihre Genehmigung, so kann diese Leistung nur noch privatärztlich oder in schweren Fällen gar nicht mehr angeboten werden.









**ARZTDICHTE IN
DEUTSCHLAND**

2004

-  Hausärzte (entspr. § 73 Abs. 1a SGB V)
-  Fachärzte
-  Psychologische Psychotherapeuten

Zugelassene und ermächtigte Hausärzte/
Fachärzte/Psychologische Psychotherapeuten;
Stand: 12/2004; ohne Job-Sharing-Junior-Partner;
inkl. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

EINWOHNER JE ARZT

-  weniger als 450
-  450 bis unter 500
-  500 bis unter 550
-  550 bis unter 600
-  600 bis unter 650
-  mehr als 650



1.2 AUSWIRKUNGEN DER GESUNDHEITSREFORM 2004: QUALITÄTSSICHERUNG, QUALITÄTSMANAGEMENT, FORTBILDUNG, QUALITÄTSBERICHTE

Mit der 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsreform wurden dem SGB V weitere Qualitätsanforderungen hinzugefügt. Hierzu gehört die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Die Umsetzung wird konkretisiert in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, der 2004 die Voraussetzungen für eine Verabschiedung der Richtlinien im Jahre 2005 geschaffen hat. Die Einführung des Organisationsprinzips Qualitätsmanagement in deutschen ambulanten Einrichtungen trifft die Selbstverwaltung nicht unvorbereitet, da der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung schon im Jahre 2002 die Entwicklung eines eigenen, auf die vertragsärztliche Versorgung zugeschnittenen Qualitätsmanagement-Systems in Auftrag gegeben hatte. Gleichwohl bleiben Zweifel, ob eine Verordnung der Idee Qualitätsmanagement automatisch zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen wird. Zusätzlich wurde der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich Qualität gestärkt. Die Förderung der Qualität ist gesetzliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Letztere haben darüber einen jährlichen Bericht zu veröffentlichen. Gleichzeitig werden bislang föderal organisierte Stichprobenprüfungen durch ein einheitliches Verfahren abgelöst. Die hierfür zu verabschiedende Richtlinie wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet. Hinzugekommen ist ebenfalls eine Nachweispflicht für absolvierte Fortbildungen. Ärzte und Psychotherapeuten müssen in einem Fünf-Jahres-Zeitraum 250 Fortbildungseinheiten à 45 Minuten absolvieren. Der Nachweis hierüber wird durch die zuständige Landesärztekammer ausgestellt und ist der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen. Hochgerechnet auf 140.000 Ärzte und Psychotherapeuten addiert sich dies auf sieben Millionen Unterrichtseinheiten (entsprechend 5,25 Millionen Zeitstunden) jährlich auf. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zum Verfahren des Nachweises eine Richtlinie veröffentlicht, die verbindlich den Ablauf regelt (siehe www.kbv.de/publikationen/2617.html).

Mit der Schaffung zusätzlicher Vertragsformen wie der integrierten Versorgung nach Paragraph 140 ff. SGB V hat unter Qualitätsgesichtspunkten Intransparenz in das Vertragsgeschehen Einzug

gehalten. Nachdem solche Verträge nicht offen zu legen sind, besteht Unklarheit, inwieweit Mindestqualitätsanforderungen Rechnung getragen wird. Es steht zu befürchten, dass ein Wettbewerb um möglichst billige Versorgungsformen entbrennt, bei dem Qualität nicht im Mittelpunkt stehen wird. Völlig verlassen wurde das Konzept, für jährlich zehn Krankheiten auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien Kriterien zu entwickeln, um Hinweisen auf eine Unter-, Über- und Fehlversorgung entgegenzuwirken. Damit wurde ein Qualitätskonzept aufgegeben, bevor erste tragfähige Ansätze entstehen konnten. Das ist ein Hinweis auf die Kurzatmigkeit der Gesetzgebung im Hinblick auf Qualitätsbelange. Aufgelöst wurde die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ (AQS; Paragraph 137 b SGB V), deren Aufgaben dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen wurden.

Eine zusätzliche Aufgabenstellung kommt mit der jüngsten Gesetzesreform dem neu eingerichteten Gemeinsamen Bundesausschuss zu. Er soll nun sektorenübergreifende Versorgungskonzepte und Qualitätsanforderungen entwickeln. Hierzu gehören – schon aus den Aufgaben des Koordinierungsausschusses herrührend – die Disease-Management-Programme, die zum Teil im Jahre 2004 erstmalig überarbeitet wurden, sowie als neue Aufgabe die Nachfolge der AQS. Eine echte sektorenübergreifende Qualitätssicherung konnte im Berichtszeitraum im Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht etabliert werden.

1.3 HOHE QUALITÄTSANFORDERUNGEN UND ÄRZTEMANGEL ERSCHWEREN SICHERSTELLUNG

Die Definition von Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung führt dazu, dass, obwohl befruchtlich möglich und in der Privatmedizin praktiziert, nicht mehr alle Leistungen durch einen Arzt erbracht werden können. Während es früher durchaus selbstverständlich war, dass ein Arzt das komplette Leistungsspektrum erbracht hat, trägt die immer komplexer werdende Versorgungsrealität dazu bei, dass Ärzte sich spezialisieren und auf bestimmte Leistungsgebiete konzentrieren. Dies ist insbesondere bei aufwändigen fachärztlichen Methoden der Fall. In diesem Spannungsfeld zwischen höchsten Anforderungen und flächendeckender Sicherstellung der Leistung gibt es nur unzureichende evidenzbasierte Hinweise auf das nötige Maß an Qualität. Um zwischen bei-

den Extremen – höchste Anforderungen und nur an wenigen Orten erhältlich oder keine Anforderungen und überall erhältlich – einen angemessenen Mittelweg beschreiten zu können, wird deshalb kontinuierlich das vorgehaltene Leistungsangebot überprüft. Nachdem es nach der Einführung der Koloskopie als präventiver Leistung bei gleichzeitiger Anhebung der Qualitätsanforderungen (zum Beispiel Hygieneprüfungen) zu Versorgungspässen kam, hat sich die Situation zwischenzeitlich insofern entspannt, als dass Wartezeiten für diesen planbaren Eingriff deutlich zurückgegangen sind. Erschwert wird die Situation allerdings durch einen zunehmenden Ärztemangel gerade in strukturschwachen Regionen wie den neuen Ländern. Die Sicherstellung von ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen erfährt deshalb eine neue Bedeutung, nachdem nach jahrelangem Anstieg der Arztzahlen derzeit ein gegenläufiger Trend zu verzeichnen ist.

1.4 PATIENTENSICHERHEIT

Die Patientenversorgung ist mit dem stetig wachsenden Fortschritt und den damit komplexer werdenden Abläufen einem ständigen Wandel unterworfen. In dem gleichen Maße wie neue Diagnose- und Therapieformen zusätzlichen Nutzen für die Patientenversorgung versprechen, geht damit auch eine Komplexierung des Ablaufgeschehens einher, die potenzielle Fehlerfallen beinhaltet. Fehler entstehen häufig dann, wenn verschiedene Sicherungsmaßnahmen durch Zufälle versagen. Noch häufiger ist allerdings, dass gerade noch einmal ein Fehler verhindert werden kann und keine patientenrelevanten Auswirkungen auftreten.

Damit das Wissen um die Vermeidung von Fehlern nicht auf die jeweilige Praxis beschränkt bleibt, hat der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2004 beschlossen, Vertragsärzten ein so genanntes anonymes Fehlermeldesystem anzubieten. Nach jahrelangen guten Erfahrungen in der Schweiz soll damit Ärzten eine Plattform angeboten werden, die es erlaubt, ohne Möglichkeit der Identifizierung des Meldenden (Beinahe-)Fehler zu melden und den Kollegen Hinweise auf die Fehlervermeidung zu geben. Gleichzeitig werden für die über 5.000 Qualitätszirkel Lehrinhalte für die Vermeidung von und den Umgang mit Fehlern entwickelt. Als Weiteres wird das Qualitätsmanagement-System Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP) noch stärker auf das Element Patientensicherheit ausgerichtet.

1.5 ZUSAMMENFASSUNG

Im Berichtszeitraum wurde die Qualitätsorientierung der ambulanten Versorgung konsequent fortgesetzt, wobei nach wie vor der Vorzug einheitlichen Qualitätsanforderungen über Kollektivverträge als Fundament einer bundesweit einheitlich qualitätsgesicherten Versorgungslandschaft gegeben wurde. Daneben wurden weitere Maßnahmen der Qualitätsverbesserung auf den Weg gebracht: Mit der Veröffentlichung des ersten Qualitätsberichts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im vergangenen Jahr wurde erstmals die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen systematisch dargestellt. Zwischenzeitlich haben alle Kassenärztlichen Vereinigungen auch regionale Berichte herausgebracht. Zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in Kraft getreten, die außerhalb gesetzlicher Anforderungen das Versorgungsniveau verbessern sollen. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen aus dem Bereich Patientensicherheit.



2

04

LAUFENDE MASSNAHMEN DER QUALITÄTSOFFENSIVE

2.1 QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN (QEP): DAS QUALITÄTSMANAGEMENT-SYSTEM DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG UND DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Für den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahre 1999 Anlass, in den Jahren 2002 und 2003 ein eigenes, auf die besonderen Bedürfnisse der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxis zugeschnittenes Qualitätsmanagement-System zu entwickeln.

Die Planung und Konzeption eines spezifischen Qualitätsmanagement-Verfahrens für den niedergelassenen Bereich (QEP®) durch eine Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen war im Jahr 2003 weitgehend abgeschlossen worden.

Im Jahr 2004 stand die Testung dieses Konzeptes unter Alltagsbedingungen in Form einer Pilotphase im Mittelpunkt der Aktivitäten. Neben dem Herzstück von QEP, einem Qualitätszielkatalog, der im Rahmen eines Pre-Tests geprüft worden war, wurden weitere Bausteine, ein Schulungscurriculum für die Einführungsseminare sowie ein Manual, welches Anleitungen und Hinweise zur Umsetzung der Qualitätsziele, Musterdokumente, Vorlagen, Checklisten etc. enthielt, eingesetzt. Die

Gesamtlaufzeit der Pilotphase erstreckte sich von März 2004 bis Juni 2005, wobei der Zeitraum der Hauptaktivitäten in den Praxen im Sommerhalbjahr 2004 lag. Für die Teilnahme an der Pilotphase wurden 61 Praxen aus ganz Deutschland ausgewählt. Diese wurden stratifiziert nach den Merkmalen Fachrichtung, Praxisgröße und Qualitätsmanagement-Vorerfahrungen. Im März 2004 startete die Pilotphase mit vier Einführungsseminaren für die beteiligten Pilotpraxen, welche anschließend sowohl umfangreiche Fragenkataloge zu bearbeiten hatten als auch im Rahmen der Pilotphase konkret anhand ausgewählter Qualitätsziele aus dem QEP-Qualitätszielkatalog Qualitätsmanagement in ihren Praxen einführen sollten. Als Ansprechpartner wurde eine Gruppe von so genannten Pilotbegleitern gegründet, um die Abteilung Qualitätsmanagement bei der Koordination der Pilotphase zu unterstützen. Für den Austausch der Pilotpraxen untereinander wurde im Internet ein Diskussionsforum eingerichtet. Auf einem zweitägigen Treffen der Pilotpraxen Ende November 2004 konnten bereits erste Zwischenergebnisse durch das evaluierende Institut (imi, Tübingen) vorgestellt werden. Die Befragung der Pilotpraxen bestätigt die Konzeption von QEP für Niedergelassene und die Auswahl der Qualitätsziele im Qualitätszielkatalog weitestgehend. Sie zeigt aber auch konkreten Überarbeitungsbedarf auf. Auf dieser Grundlage erfolgt seit Ende 2004 die Überarbeitung des Qualitätszielkataloges und des sich daraus ableitenden QEP-Manuals für die Umsetzung in den Praxen.

Weiterführende Informationen zum Qualitätsmanagement in der Arztpraxis sind erhältlich unter www.kbv.de/qm.

Bei der Implementierung von QEP und Bereitstellung dieses Angebotes für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten ist es erforderlich, auf ein großes Netz an Umsetzungspartnern zurückgreifen zu können. Dies sind in erster Linie die Kassenärztlichen Vereinigungen, von denen einige unmittelbar an der Entwicklung beteiligt waren und von denen viele seit 2005 QEP-Einführungsseminare anbieten. Darüber hinaus wurden Kontakte und ein Austausch mit verschiedenen Berufsverbänden gepflegt. So sollten einerseits fachspezifische Kompetenzen, beispielsweise für die Erstellung von Musterdokumenten, synergetisch einfließen und die vorhandene Erfahrung einiger Berufsverbände mit Qualitätsmanagement-Angeboten aus dem Bereich Qualitätsmanagement für Niedergelassene genutzt werden und andererseits weitere Partner für die Unterstützung der Niedergelassenen bei der Einführung des praxisinternen Qualitätsmanagements gefunden werden. Deswegen fand Ende November eine Informationsveranstaltung für alle Berufsverbände statt. Sie griff neben den Themen Qualitätsmanagement/QEP auch das Thema Fehlermanagement auf. Seit November 2004 werden auch QEP-Trainer ausgebildet, die später lizenziert werden und dann im Auftrag von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Berufsver-

bänden QEP-Einführungsseminare für Niedergelassene geben können. Mit der Entwicklung und Bereitstellung eines spezifischen Qualitätsmanagement-Systems verfolgt die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den kooperierenden Kassenärztlichen Vereinigungen das Ziel, den Niedergelassenen einen praxisnahen, umsetzbaren Service anzubieten. Dies ermöglicht es, die Definition und Bearbeitung des Themas Qualität in den Händen der niedergelassenen Professionen zu halten und somit die eigene Steuerungskompetenz zu stärken. QEP ist ein QM-System der vertragsärztlichen Selbstverwaltung.

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

BAUSTEINE DES QEP-KONZEPTE



2.2 QUALITÄTSZIRKEL

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

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

Qualitätszirkel arbeiten demnach

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

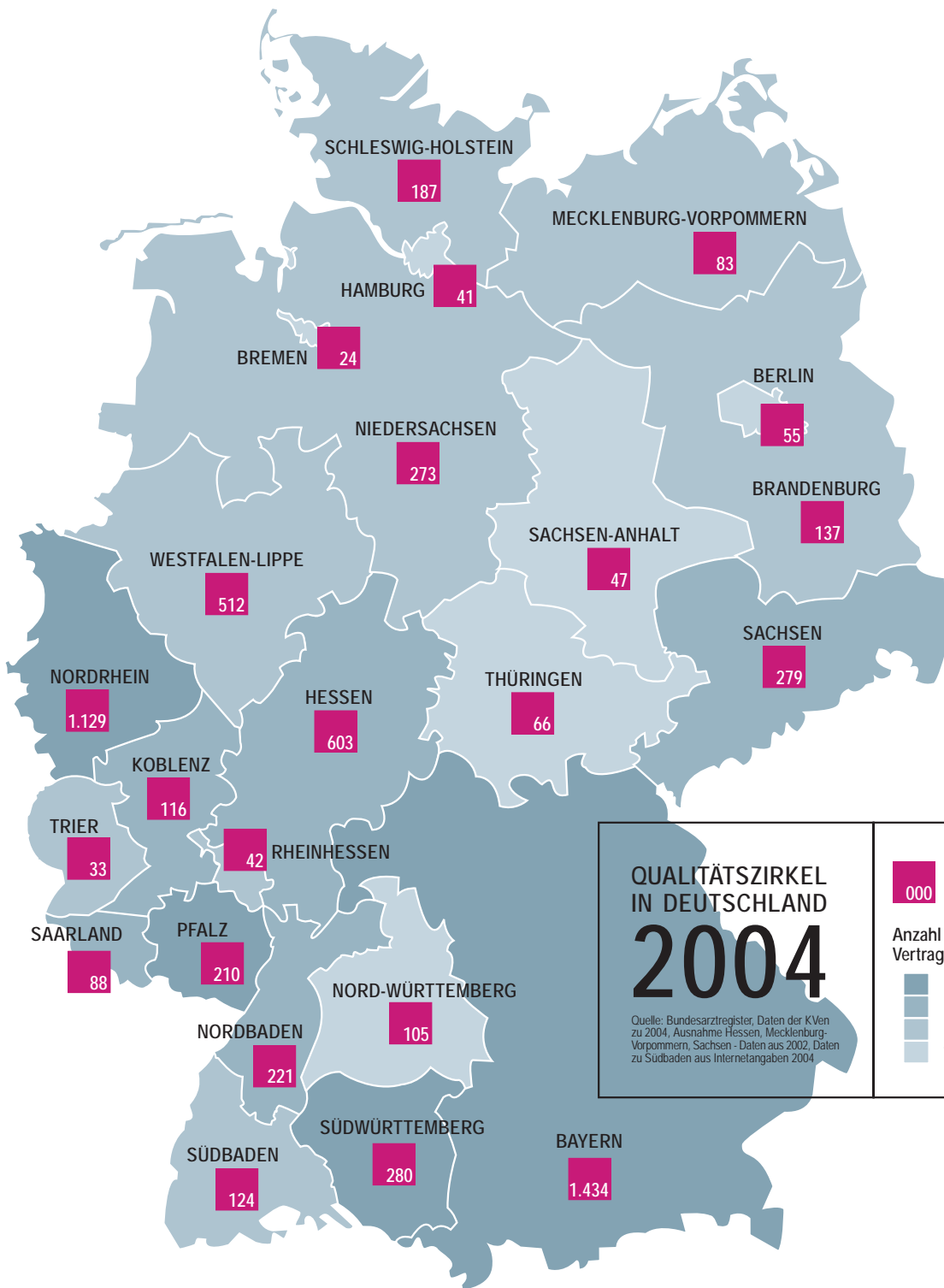
Die jahrelange Erfahrung mit Qualitätszirkeln, die verschiedene Kassenärztliche Vereinigungen sammeln, hat gezeigt, dass die Unterstützung der Moderatoren und die Entwicklung beziehungs-

weise die Aufbereitung von Qualitätszirkelthemen von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg der Zirkelarbeit sind. Kassenärztliche Vereinigungen sind deshalb dazu übergegangen, regelmäßige Moderatorentreffen abzuhalten sowie Inhalte und Ablaufpläne für die Zirkelsitzungen (zum Beispiel Patientenfallkonferenz oder „evidenzbasierte Medizin“) entwickeln zu lassen. Als Ergebnis einer systematischen Sichtung der regionalen Aktivitäten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung diese bewährten Ansätze aufgegriffen, von kompetenten Fachwissenschaftlern überarbeiten lassen und, entsprechend aufbereitet, allen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Moderatoren von Qualitätszirkeln zur Verfügung gestellt (Best-practice-Ansatz). Das hierzu erstellte Handbuch enthält deshalb neben Curricula zur Vermittlung der aufbereiteten Zirkelinhalte auch Lehrmedien sowie relevante Hinweise und Informationen für Moderatoren zur Durchführung und Pflege von Qualitätszirkeln (siehe Anhang 5.3).

Die Einrichtung und Unterstützung von Diskussionsplattformen, wie sie Qualitätszirkel darstellen, ist eine Aufgabe, der es sich kontinuierlich zu widmen gilt. Dabei wird deutlich, dass diese zunächst rein innerärztliche Aktivität die Aufmerksamkeit sowohl der Politik als auch der Gesetzlichen Krankenversicherung erlangt hat. Qualitätszirkel entsprechen Maßnahmen der Qualitätsförderung, wie sie durch die jüngste SGB V-Gesetzesreform den Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen wurden. Qualitätszirkel sind zudem in das Visier der Disease-Management-Programme der Gesetzlichen Krankenversicherung geraten, da die Verträge zur Durchführung von Disease-Management-Programmen eine obligate Beteiligung aller teilnehmenden Ärzte an Qualitätszirkeln vorsehen.

Nebenstehende Grafik gibt einen Überblick über die Anzahl der Qualitätszirkel in Deutschland im Jahr 2004.





**QUALITÄTSZIRKEL
IN DEUTSCHLAND
2004**

Quelle: Bundesarztregister, Daten der KVen zu 2004, Ausnahme Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen - Daten aus 2002, Daten zu Südbaden aus Internetangaben 2004

Zahl der Qualitätszirkel in der KV
000

Anzahl Qualitätszirkel pro 1.000 Vertragsärzte/-psychotherapeuten

- mehr als 60
- 40 bis unter 60
- 20 bis unter 40
- weniger als 20

2.3 DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Strukturierte Behandlungsprogramme fokussieren auf die Behandlung chronisch Kranker, deren Versorgung sich in vielerlei Hinsicht von der akut Erkrankter unterscheidet. Disease-Management-Programme unterstützen diesen Prozess durch

- ▶ die Zusammenfassung von Eckpunkten durch die Diagnostik und Therapie des jeweiligen Erkrankungsbildes
- ▶ die Definition von Schnittstellen, die die Zusammenarbeit der Sektoren erleichtern sollen
- ▶ das Angebot von Schulungen für chronisch Kranke, die damit zum Manager ihrer eigenen Krankheit werden sollen sowie
- ▶ die Dokumentation und Rückspiegelung behandlungsrelevanter Daten an die betreuenden Ärzte.

Nachdem es für Krankenkassen wenig attraktiv war, chronisch Kranke zu versichern, sollte durch die Anbindung der Disease-Management-Programme an den Risikostrukturausgleich für jeden eingeschriebenen Patienten diese Situation umgekehrt werden.

Mit anderen Worten: Die Betreuung chronisch Kranker wird für die Krankenkassen wieder attraktiv. Damit verbunden ist allerdings ein kaum noch zu überblickender bürokratischer Aufwand, der insbesondere in Arztpraxen zu erheblichen Zeitverzögerungen und Ärgernissen führt. Durch die papiergebundene Dokumentation, die jeweils vom Arzt gegengezeichnet werden muss, sind zeitnahe Rückinformationen kaum möglich. Hinzu kommt, dass aus Wettbewerbsgründen Krankenkassen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln versuchen, Teilnehmer für die Programme zu rekrutieren. Das führt teilweise zu erheblichen Verunsicherungen bei Patienten. Überwacht wird die Durchführung der Disease-Management-Programme vom Bundesversicherungsamt. Aufgrund des zu betreibenden bürokratischen Aufwands treten teilweise erhebliche Verzögerungen ein.

RÜCKMELDESYSTEME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

Zentrale Bestandteile jedes Disease-Management-Programms sind Schulungsmaßnahmen der Patienten und regelmäßige Informationen über den Erfolg des Programms für Arzt und Patient. Als Instrument der Qualitätssicherung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein automatisiertes Verfahren entwickelt, mit dem die in den Disease-Management-Verträgen vereinbarten Qualitätsindikatoren an den Arzt zurückgespiegelt werden können.

Dieses strukturierte Rückmeldesystem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kostenlos zur Verfügung gestellt und kann von den regionalen, zusammen mit den Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Einrichtungen genutzt werden. Die Rückmeldesysteme für die jeweiligen Indikationen werden immer zeitgleich mit den aktuellen Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung angepasst. Der aktuelle Stand ist hier:

Diabetes mellitus Typ 2
Rückmeldesystem in Anwendung

Brustkrebs
Rückmeldesystem in Anwendung

Koronare Herzerkrankung
Rückmeldesystem in Anwendung

Diabetes mellitus Typ 1
Rückmeldesystem in der Implementation,
in Anwendung Ende 2005

Nach einer Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz des Rückmeldesystems der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stichtag: 31. Juli 2005) ist die Anzahl der versandten Arzt-Feedbackberichte aus der Tabelle unten zu entnehmen.



	Diabetes mellitus Typ 2	Brustkrebs	KHK
KV Baden-Württemberg	✘	✘	✘
KV Bayerns	3.700	✘	✘
KV Berlin	✘	✘	✘
KV Brandenburg	300	✘	✘
KV Bremen	500	✘	✘
KV Hamburg	600	✘	✘
KV Hessen	–	–	–
KV Mecklenburg-Vorpommern	400	✘	✘
KV Niedersachsen	2.700	400	✘
KV Nordrhein	–	–	–
KV Rheinland-Pfalz	2.100	200	✘
KV Saarland	✘	✘	✘
KV Sachsen	–	–	–
KV Sachsen-Anhalt	1.400	✘	✘
KV Schleswig-Holstein	1.000	✘	✘
KV Thüringen	1.300	✘	✘
KV Westfalen-Lippe	8.700	1.000	✘

– kein Einsatz des KBV-Systems ✘ zum Stichtag 31. Juli 2005 noch keine Berichte versandt

Als Beispiele sind im Folgenden aus dem Arzt-Feedbackbericht zu Diabetes mellitus Typ 2 die

Darstellung der Blutdruckeinstellung und die Übersicht zu den Kernindikatoren angefügt.

THEMA: BLUTDRUCKEINSTELLUNG

Unabhängig von der blutzuckersenkenden Therapie reduziert die blutdrucksenkende Therapie bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 die Morbidität und Mortalität. Eine Senkung des Blutdrucks auf Werte systolisch unter 140 mmHg und diastolisch unter 90 mmHg ist anzustreben. Die antihypertensive Therapie umfasst folgende Maßnahmen:

- ▶ Basistherapie
- ▶ strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramme
- ▶ medikamentöse Maßnahmen

Als Qualitätsziel wurde in Ihrem DMP-Vertrag vereinbart, dass

- ▶ im 1. Jahr mindestens 10 %
- ▶ im 2. Jahr mindestens 15 %
- ▶ im 3. Jahr mindestens 20 %

der Patienten mit zunächst hypertensiven Blutdruckwerten in der folgenden Dokumentation auf normotensive Werte gebracht werden.

IHR ERGEBNIS

Nebenstehende Abbildung: Anteile und Anzahl Ihrer Patienten, die im Vergleich zur vorangegangenen Dokumentation unverändert hypertensive Werte aufwiesen oder auf normotensive Werte (< 140 mmHg und < 90 mmHg) gebracht werden konnten.

40,0 % der Patienten Ihrer Praxis (KV: 29,7 %), die bei der letzten Dokumentation erhöhte Blutdruckwerte (> = 140 mmHg systolisch bzw. > = 90 mmHg diastolisch) hatten, sind jetzt normotensiv.

Das Qualitätsziel von mindestens 15 % ist somit in Ihrer Praxis erreicht worden. Im Durchschnitt aller Praxen Ihrer KV wurde das Qualitätsziel erreicht. Ihre Praxis weist im Vergleich zum Durchschnitt aller Praxen der KV einen besseren Zielerreichungsgrad auf.

Die DMP-Fallnummern Ihrer Patienten, die unverändert hypertensiv sind, können Sie zusammen mit der Information über antihypertensive Therapie und Hypertonie-Schulung der Liste A 2 im Anhang entnehmen.

ABBILDUNG/TABELLE

Veränderung der Blutdruckeinstellung

	Ihre Praxis		Ihre KV	
weiterhin hypertensiv	51	60 %	12.603	70,3 %
bisher hypertensiv, jetzt normotensiv	34	40 %	5.317	29,7 %

Grundgesamtheit:

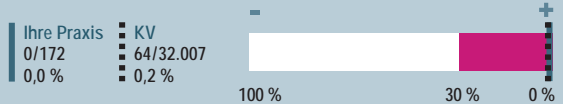
- ▶ Ihre Praxis: 85 Patienten
- ▶ Ihre KV: 17.920 Patienten

ZUSAMMENFASSUNG DES KERNBERICHTES DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

1. Stoffwechselentgleisungen

Anteil der Patienten, die im aktuellen Berichtszeitraum mehr als zwei behandlungsbedürftige Stoffwechselentgleisungen hatten

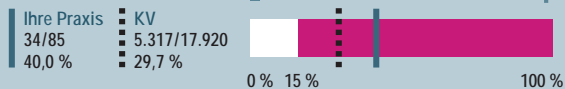
▶ an allen Patienten



2. Blutdruckeinstellung

Anteil der Patienten, die im Vergleich zur vorangegangenen Dokumentation auf normotensive Werte (< 140/90 mmHg) gebracht werden konnten

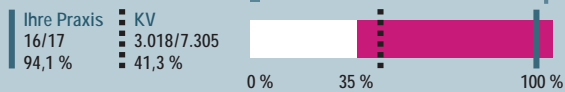
▶ an allen Patienten mit vorher hypertensiven Werten



3. Diabetes-typische Symptome

Anteil der Patienten, bei denen seit vorangegangener Dokumentation Diabetes-typische Symptome abgeklungen sind

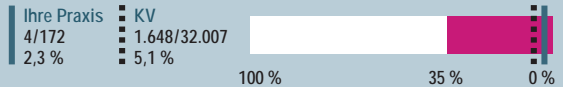
▶ an allen Patienten mit vorher Diabetes-typischen Symptomen



4. Folgeerkrankungen

Anteil der Patienten, bei denen mindestens eine diabetische Folgeerkrankung neu aufgetreten ist

▶ an allen Patienten



5. Medikamentöse Therapie

Anteil der Patienten, die nicht mit einem der zum vorrangigen Einsatz in Monotherapie empfohlenen Wirkstoffe (Insulin, Sulfonylharnstoffe, Biguanide) in Monotherapie behandelt wurden

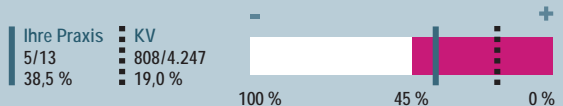
▶ an allen Patienten mit antihyperglykämischer Medikation



6. Behandlung mit Biguaniden

Anteil der Patienten, die Biguanide erhalten

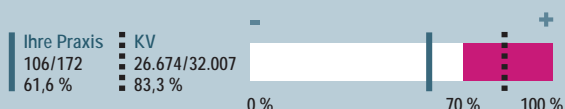
▶ an allen Patienten, die weder übergewichtig noch adipös sind (BMI < 25)



7. Funduskopie

Anteil der Patienten, bei denen eine Funduskopie durchgeführt wurde

▶ an allen Patienten



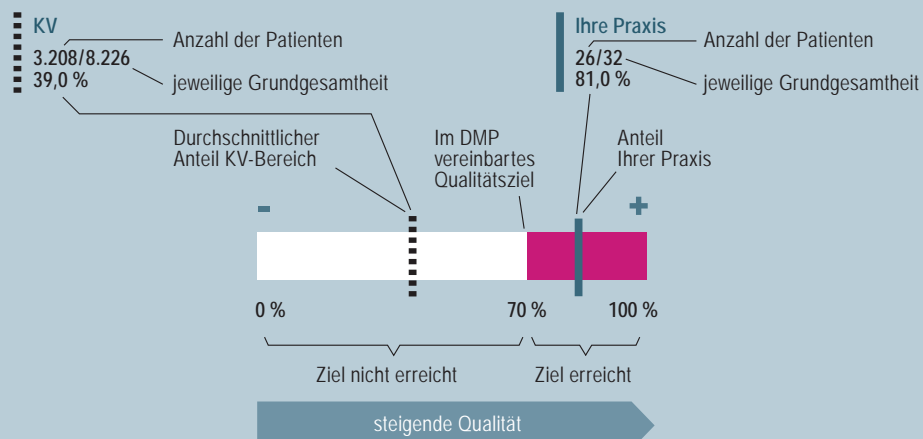
8. Überweisung bei auffälligem Fußstatus

Anteil der Patienten mit auffälligem Fußbefund, die an eine spezialisierte Einrichtung (Diab. Fußambulanz oder Diabetologe) überwiesen wurden

▶ an allen Patienten mit auffälligem Fußstatus



ERLÄUTERUNG DER GRAFIKEN



VERTRAGSÜBERSICHT DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME 2004

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

	Vertragspartner	Ärzte	Patienten
KV Bayerns	KV – alle Kassen	✘	✘
KV Berlin	KV – alle Kassen	1.600	54.000
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	970	26.000
KV Bremen	KV – alle Kassen	380	11.000
KV Hamburg	KV – alle Kassen	760	✘
KV Hessen	kein KV-Vertrag, sondern mit BDA	–	–
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	910	41.000
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	3.900	65.000
KV Nordbaden	KV – alle Kassen	1.500	46.000
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	2.200	260.000
KV Nord-Württemberg	KV – alle Kassen	2.200	✘
KVen Rheinland-Pfalz (Koblenz, Pfalz, Rheinhessen, Trier)	KVen Rheinland-Pfalz – alle Kassen, außer AOK	2.300	47.000
KV Saarland	KV – alle Kassen	550	18.000
KV Sachsen	KV – alle Kassen	✘	✘
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.100	88.000
KV Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.200	39.000
KV Südbaden	KV – alle Kassen	✘	✘
KV Südwürttemberg	KV – alle Kassen	1.00	24.000
KV Thüringen	KV – alle Kassen	1.100	63.000
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.300	120.000



DMP KORONARE HERZERKRANKUNG

	Vertragspartner	Ärzte	Patienten
KV Bayerns	KV – alle Kassen	✘	✘
KV Berlin	KV – alle Kassen	1.300	9.100
KV Brandenburg	KV – alle Kassen	850	1.400
KV Bremen	–	–	–
KV Hamburg	–	–	–
KV Hessen	KV – alle Kassen	✘	✘
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV-IKK, BKK, AOK	670	11.000
KV Niedersachsen	–	–	–
KV Nordbaden	–	–	–
KV Nordrhein	KV – alle Kassen	3.200	18.000
KV Nord-Württemberg	–	–	–
KVen Rheinland-Pfalz (Koblenz, Pfalz, Rheinhessen, Trier)	KVen Rheinland-Pfalz – alle Kassen, außer AOK	✘	✘
KV Saarland	KV – alle Kassen	✘	✘
KV Sachsen	KV – alle Kassen	✘	✘
KV Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	210	220
KV Schleswig-Holstein	–	–	–
KV Südbaden	–	–	–
KV Südwürttemberg	–	–	–
KV Thüringen	KV – alle Kassen	510	2.100
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	3.200	6.800

DMP BRUSTKREBS

	Vertragspartner	Ärzte	Patienten
KV Bayerns	KV – AOK	✘	✘
KV Berlin	§ 140b-Vertrag mit 7 KH ohne KV	–	–
KV Brandenburg	3-seitiger Vertrag alle Kassen – KV – LKG	150	640
KV Bremen	2-seitige Verträge KK – KV, KK – LKG	70	560
KV Hamburg	KV – alle Kassen	190	✘
KV Hessen	kein KV-Vertrag, sondern BV Frauenärzte mit KH und Kassen	–	–
KV Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	–	–
KV Niedersachsen	KV – alle Kassen	580	250
KV Nordbaden	KVen Baden-Württemberg – LKG – alle Kassen (§ 115 SGB V)	260	380
KV Nordrhein	KV – alle Kassen, 2-seitiger Vertrag KK – LKG zu Brustkrebschwerpunkten	940	7.900
KV Nord-Württemberg	KVen Baden-Württemberg – LKG – alle Kassen (§ 115 SGB V)	290	620
KVen Rheinland-Pfalz (Koblenz, Pfalz, Rheinhessen, Trier)	KVen Rheinland-Pfalz – alle Kassen, außer AOK	330	930
KV Saarland	KV – alle Kassen	✘	✘
KV Sachsen	–	–	–
KV Sachsen-Anhalt	§ 140b-Vertrag mit LKG ohne KV	–	–
KV Schleswig-Holstein	3-seitiger Vertrag alle Kassen – KV – LKG	430	✘
KV Südbaden	KVen Baden-Württemberg – LKG – alle Kassen (§ 115 SGB V)	✘	✘
KV Südwürttemberg	KVen Baden-Württemberg – LKG – alle Kassen (§ 115 SGB V)	130	✘
KV Thüringen	KV – alle Kassen	40	✘
KV Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	800	6.600



bisher keine Verträge



Daten aus 2004 liegen nicht vor

204

LAUFENDE
MASSNAHMEN DER
QUALITÄTSOFFENSIVE



2.4 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE UND -PSYCHOTHERAPEUTEN

Vertragsärzte und -psychotherapeuten unterliegen den Anforderungen ihrer Berufskammern, die unter anderem die regelmäßige Fortbildung als eine Säule zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung vorsehen. Gefordert wird die Absolvierung von Fortbildungen in unterschiedlichen Kategorien. Hierzu gehören Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne genauso wie die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, neuerdings die interaktive Fortbildung oder aber auch Workshops. Insgesamt wird erwartet, dass 50 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten jährlich absolviert werden. Hochgerechnet auf 140.000 Ärzte und Psychotherapeuten summiert sich dies auf 7.000.000 Unterrichtseinheiten, entsprechend 5.250.000 Stunden jährlich – eine stattliche Zahl von Stunden, die helfen soll, dass in Zeiten ständiger Wissensvermehrung und Neuerung dieses Wissen Eingang in die tägliche Diagnostik und Behandlung findet.

Mit der jüngsten Gesundheitsreform wurde zusätzlich eingeführt, dass der Nachweis dieser Fortbildung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geführt werden muss. Erstmals wird das nach Ablauf einer Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall sein.

Im Folgenden sind die Kernpunkte der Richtlinie zur Fortbildungsverpflichtung zusammengefasst, wie sie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer beschlossen worden und zum 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist:

Umfang der Fortbildungsverpflichtung

- ▶ Nachweis der Fortbildungsverpflichtung durch Fortbildungszertifikat der Ärztekammer oder Psychotherapeutenkammer.
- ▶ Das Zertifikat muss den Musterregelungen der Bundesärztekammer oder Bundespsychotherapeutenkammer für ein Fortbildungszertifikat entsprechen.
- ▶ Innerhalb des Fünfjahreszeitraums sind insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen.

- ▶ Für Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten, welche ab dem 1. Juli 2004 zugelassen werden, beginnt der Fünfjahreszeitraum mit dem Zeitpunkt des Beginns der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit.

Ermächtigte und angestellte Ärzte

- ▶ Die Fortbildungsverpflichtung gilt auch für ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten sowie in Medizinischen Versorgungszentren oder bei einem Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten angestellte Ärzte und Psychotherapeuten.

Nachweis der Fortbildung

- ▶ Das Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer oder Psychotherapeutenkammer wird von der Kassenärztlichen Vereinigung ohne weitere Prüfung anerkannt.
- ▶ Andere Fortbildungsnachweise können nur anerkannt werden, wenn sie den Kriterien der Musterregelungen von Bundesärztekammer oder Bundespsychotherapeutenkammer entsprechen.

Folgen unzureichender Fortbildung

- ▶ Honorarkürzung (Verfahren und Einzelheiten der Honorarkürzung regelt die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung).
- ▶ Bei Versäumen einer Frist von zwei Jahren zum Nachholen der gebotenen Fortbildung ist ein Antrag auf Entziehung der Zulassung vorgesehen.

Übergangsregelung

- ▶ Für den ersten Fünfjahreszeitraum können Fortbildungspunkte, die bereits vor dem 1. Juli 2004, jedoch nicht früher als vor dem 1. Januar 2002 erworben wurden, ohne Erweiterung des Umfangs der notwendigen Fortbildung anerkannt werden.

2.5 CIRSMEDICAL – CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM

Freiwillige anonyme Berichtssysteme für Fehler und kritische Ereignisse werden in der Medizin immer wichtiger. Sie werden in der Hauptsache in Kliniken eingesetzt. In Deutschland hat sich nun die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit an die Spitze der Bewegung gestellt. Mit CIRSmEdical hat die Ärzteorganisation das erste sektorenübergreifende Internetportal für die Meldung von (Beinahe-)Fehlern geschaffen. Dabei konnte sie auf ein System zurückgreifen, das sich bereits in der Schweiz bewährt hat: CIRSmEdical. CIRSm steht dabei für Critical Incident Reporting System. Die Plattform hat Prof. Daniel Scheidegger von den Universitätskliniken Basel entwickelt. 2002 wurde er dafür mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet. Die Vorbereitungen für die Version der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liefen im Jahr 2004 an. Die Website <http://cirsmedical.kbv.de> wurde im April 2005 freigeschaltet.

Der Grundgedanke von Berichtssystemen wie CIRSmEdical ist, nicht erst alle Fehler selbst machen zu müssen, um aus ihnen lernen zu können. Durch die Beschreibung kritischer Situationen und Fehler und deren Veröffentlichung wird eine Diskussionsplattform geschaffen und die Möglichkeit gegeben, systematische Erkenntnisse über Fehlerarten, -häufigkeiten und ihre Ursachen zu gewinnen. Unbedingte Voraussetzung für ein solches System ist dabei die Gewährleistung der Anonymität des Meldenden.

Dass CIRSmEdical gerade jetzt ans Netz ging, kam nicht von ungefähr. Zum einen bestehen erst seit wenigen Jahren die technischen Voraussetzungen für ein solches System. Zum anderen ist der Bedarf an Fehleranalyse gestiegen. Das hängt damit zusammen, dass Diagnostik und Therapie heutzutage komplexer sind als früher, nicht zuletzt, weil sie die Zusammenarbeit von mehr Fachdisziplinen voraussetzen als dies früher der Fall war. Dies steigert auch die Wahrscheinlichkeit von Fehlern. So gingen nach Angaben der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern im Jahre 2003 bei den Schlichtungsstellen etwa 4.000 Anträge ein, 1978 waren es nicht einmal 800. Rechnet man die Vorwürfe hinzu, die bei den Verbraucherzentralen, beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen und bei den Gerichten landen, so ist von 40.000 erhobenen Vorwürfen pro Jahr auszugehen. Davon werden immerhin 12.000 Fehler nachgewiesen.

Abgefragt werden bei CIRSmEdical neben dem eigentlichen Fehler oder Beinahe-Fehler auch Begleitumstände wie Arbeitsbelastung und Ausbildungsstand der am Vorfall beteiligten Personen. Die eingehenden Meldungen werden auf einem Schweizer Rechner und damit fernab aller deutschen Behörden hinterlegt und ausgewertet. Da theoretisch jeder Internetnutzer (Beinahe-) Fehler melden kann, prüfen Fachleute die Einsendungen unter anderem auf Seriosität. Ebenso untersuchen sie, ob die Meldungen detailliert genug sind, um den Kollegen zu nützen. Nur wenn das gewährleistet ist, werden sie in einem Forum zur Diskussion gestellt.

Ein großer Anteil (rund ein Drittel) an Fehlern und Beinahe-Fehlern tritt im Zusammenhang mit einer Arzneimitteltherapie auf. Das liegt zum einen daran, dass der Markt unübersichtlich ist: 2.000 Substanzen in 50.000 Medikamenten sind zugelassen. Zum anderen werden Präparate und ihre Verpackungen oft so gestaltet, dass sie eindeutig einem Hersteller, aber nicht der enthaltenen Wirkstoffgruppe zuzuordnen sind. Auch Namensähnlichkeiten tragen zu Verwechslungen bei. All diesen Dingen möchte die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf den Grund gehen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt großen Wert darauf, dass es nicht um Schuldzuweisungen geht, sondern um die Sache. Wichtiger als der Informant ist die Information. Experten geben schon seit Jahren die Parole aus: „Jeder Fehler ist ein Schatz.“ Das soll heißen: Wenn klar ist, weshalb ein Missgeschick (fast) passiert, können die Kollegen bei der eigenen Arbeit besser darauf achten, dass es ihnen selbst nicht unterläuft.

Die Chancen, dass die Ärzte reichlich Gebrauch von dem neuen System machen, schätzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung positiv ein. Inzwischen hat sich schließlich die Erkenntnis durchgesetzt, dass zumeist so genannte Fehlerketten zum Unglück führen. Untersucht werden muss also das Zusammenspiel von Faktoren, die unter Umständen einzeln völlig harmlos sind, sich aber in Kombination zur Katastrophe auswachsen können. Dabei ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf die Mithilfe der Ärzte angewiesen. Ergeben sich systematische Fehlerquellen, so will die Organisation auf Hersteller und Fachgruppen zugehen.



CIRS medical
INCIDENT-FORMULAR | AKTUELLE FÄLLE | AUSWERTUNGEN

Strukturierte Erfassung des kritischen Ereignisses

🏠 🔍 🔄 📄

Bitte benutzen Sie dieses Formular zur Eingabe eines **kritischen Ereignisses** *, das ohne Intervention zu einem unerwünschten Ausgang, d.h. einer physischen od. psychischen Beeinträchtigung eines Patienten hätte führen können oder trotz Intervention dazu geführt hat. (*Ereignis verursacht durch die Behandlung/Betreuung des Patienten und nicht durch das Grundleiden des Patienten alleine).

1. Berichtersteller

Wer berichtet: Berufsgruppe?

Bezug des Berichterstatters zum Ereignis:

2. Patient (falls anwendbar)

Alter: Jahre

Versorgungsart:

Routinebetrieb

Notfall

3. Ereignis

Kontext?

Arbeitsbelastung Anzahl Arbeitsstunden bis zum Ereignis

Zu welcher Uhrzeit ist das Ereignis passiert?

Wo ist das Ereignis passiert

Hausbesuch Praxis sonstige ärztliche Einrichtungen (z.B. Medizinisches Versorgungszentrum, Poliklinik)

Notfalldienst, Rettungswesen anderer Ort

Berufsgruppe des Verursachenden

Ausbildung des Verursachenden

Arztgruppe / Gebietsbezeichnung

Was ist passiert? Bitte beschreiben Sie das Ereignis.
(Bitte Beschreiben Sie die Situation bis zum Eintreten des Ereignisses, ohne jene Details, die den Patienten oder Sie identifizieren könnten)

Bitte beschreiben Sie Management & Konsequenzen der Situation (Ab Eintreten des Ereignis)

Folge des (Beinahe-) Fehlers (falls bereits bekannt)

Vermeidbarkeit

das Ereignis war vermeidbar

das Ereignis war **nicht** vermeidbar

4. Einschätzung

Was hat zu diesem Zwischenfall geführt (Ursache)?

Persönliche Faktoren ?

sehr hohe Arbeitsbelastung

Krankheit

verminderte Aufmerksamkeit ohne Schlafdefizit

verminderte Aufmerksamkeit mit Schlafdefizit

sehr grosse private Belastung

ungenügendes fachliches Wissen/Fertigkeit

falsche Planung des Vorgehens

keine Beachtung von Leitlinien, Vorschriften, Checklisten

Systemfaktoren?

zu wenig Personal

ungewohnte Umgebung

Zeitdruck wegen möglicher Patientengefährdung (Notfallsituation)

Kommunikationsprobleme (Arzt steht synonym für das ganze Praxisteam)?

Kommunikation Behandlungsteam <-> Patient

Kommunikation im Praxisteam

Interdisziplinäre Kommunikation

Kommunikation Arzt <-> Angehörige

Kommunikation Arzt <-> überweisender Arzt

Sind die Angaben korrekt, klicken Sie bitte auf



3

04

STRUKTUR DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

3.1 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:



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 und
- ▶ der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztammer und KV).

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

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

3.2 DER GEMEINSAME BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen des Paragraphen 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 Vertretern der Kassenseite

sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Zur Stärkung der Kompetenz der Patientinnen und Patienten stellt der Gemeinsame Bundesausschuss Informationen zu Krankheiten, die hohe soziale und volkswirtschaftliche Folgen verursachen und somit eine hohe Versorgungsrelevanz haben, zur Verfügung. Diese Informationen sind in einer allgemein verständlichen und für medizinische Laien nachvollziehbaren Form aufzuarbeiten.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten geschaffen. Diese Regelungen finden sich in Paragraph 140 f SGB V. Abs. 2 regelt, dass den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sachkundigen Personen sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Diese für die Bundesebene geltende Regelung findet sich für die auf der Landesebene tätigen Gremien in Abs. 3. Betroffen sind hier insbesondere die Landesausschüsse sowie die Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse.

Insgesamt sollen diese Regelungen die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig stärker in die Entscheidungsprozesse der Gesetzlichen Krankenversicherung, die die Versorgung betreffen, eingebunden sein.

3.3 NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

Wichtige Qualitätssicherungsparagrafen im SGB V:

Paragraph 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.

Paragraph 73 c: Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

Mit diesem Paragraphen ist die Möglichkeit geschaffen worden, besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung zu tragen, die sich von der Regelversorgung durch spezielle Anforderungen an die Strukturqualität oder die Art und Weise der Leistungserbringung unterscheidet und hierzu in den Gesamtverträgen Versorgungsaufträge zu vereinbaren.

Paragraph 115 b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Nach dieser Vorschrift sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung 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 Paragraph 115 b vor, dass von den Beteiligten Folgendes vereinbart wird:

- ▶ ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe

- ▶ eine einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
- ▶ Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

Paragraph 135: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

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

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

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

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

Paragraph 135 a: 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 Versor-



gungsvertrag nach Paragraph 111 a besteht, sind nach Maßgabe der Paragraphen 136 a, 136 b, 137 und 137 d 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 verpflichtet, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern.

Paragraph 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 Kassenärztliche Bundesvereinigung 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 Paragraph 92 SGB V Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung.

Paragraph 136 a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

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

- ▶ Maßnahmen der Qualitätssicherung nach Paragraph 135 a Abs. 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.

Paragraph 137 b: 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.

Paragraph 137 f: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

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

- ▶ Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten
- ▶ Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung
- ▶ Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien
- ▶ sektorübergreifender Behandlungsbedarf
- ▶ Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
- ▶ hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Paragraph 139 a: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Der Gemeinsame Bundesausschuss gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Es wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

- ▶ Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- ▶ Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der

im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten

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

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

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

Weitere Informationen sind im Qualitätsbericht 2003 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausgeführt, zu erreichen unter <http://www.kbv.de/6793.html>.



REGELUNG	ERSTELLT VON:
§ 73 C Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung ▶ Definition von Strukturanforderungen	Partner der Bundesmantelverträge oder auf Landesebene zwischen Krankenkassenverbänden und KV
§ 115 b Ambulantes Operieren ▶ Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität	dreiseitige Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung/ Deutschen Krankenhausgesellschaft/ Spitzenverbände der Krankenkassen
§ 135 Abs. 2 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ▶ Definition von Strukturanforderungen ▶ Definition von sog. Kernleistungen	Partner der Bundesmantelverträge
§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung ▶ Stichprobenprüfung ▶ Qualitätsberichte	Gemeinsamer Bundesausschuss, Kassenärztliche Vereinigungen
§ 136 a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung ▶ Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit von aufwändigen Leistungen ▶ Definition von grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	Gemeinsamer Bundesausschuss
§ 137 b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin ▶ Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung ▶ Regelmäßige Berichte	Gemeinsamer Bundesausschuss
§ 137 f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten ▶ DMP ▶ Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung	Gemeinsamer Bundesausschuss
§ 139 a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit ▶ Health-Technology-Assessment ▶ Bewertung evidenzbasierter Leitlinien ▶ Empfehlung zu Disease-Management-Programmen ▶ Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln ▶ Bürgerinformationen	Eigene Einrichtung



4

04

REGELUNGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung gesetzlich Krankenversicherter ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Versorgung beinhaltet die ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Betreuung. Viele medizinische Methoden und Verfahren sind unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien wirksam, aber erst, wenn die Leistungen standardisiert und

qualitätsgesichert erbracht werden, kann ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden. Dazu gehört die zeitnahe und flächendeckende Vorhaltung und Umsetzung dieser Leistungen

in der vertragsärztlichen Versorgung. Dies sicherzustellen ist eine der zentralen Aufgaben der Qualitätssicherung. Darüber hinaus ist es ein Zeichen einer qualitativ hochwertigen Versorgung, dass medizinisch notwendige Leistungen zeit- und ortsnah durch qualifizierte Ärzte oder Psychotherapeuten erbracht werden und für alle Versicherten, die der Behandlung bedürfen, zugänglich sind. Damit wird deutlich, dass Qualitätssicherung nicht nur die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden direkt, sondern auch deren flächendeckende Vorhaltung und Umsetzung in der vertragsärztlichen Versorgung betrifft. Qualitätssicherung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden setzt an verschiedenen Punkten an. Das bedeutet, dass die Ärzte, die diese

Leistungen erbringen, über ihre Ausbildung in Studium und Weiterbildung hinaus besondere Qualifikationen erwerben müssen. Hierzu wurden detaillierte Regelungen erlassen, in denen die Weiterbildungsvoraussetzungen sowie exakte Eingangs- und Verlaufsprüfungen genau beschrieben werden. Damit wird sichergestellt, dass Leistungen, deren Ergebnis in besonderem Maße von bestimmten Qualitätsanforderungen abhängt, nur von qualifizierten Ärzten angeboten werden. Ärzte, die nicht über die geforderten Qualifikationen verfügen, dürfen diese Leistungen für die Gesetzliche Krankenversicherung nicht erbringen. Diese Form der Qualitätssicherung wird schon seit vielen Jahren von den hierfür zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Kern dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die Erteilung von qualifikationsabhängigen Genehmigungen. Nur wer nachweist, dass er über eine entsprechende Qualifikation als Grundlage für die Qualität einer Leistung verfügt, darf diese auch erbringen und abrechnen. In den Genehmigungsverfahren müssen Ärzte oder Psychotherapeuten ihre fachliche Qualifikation nachweisen. Dafür ist in der Regel die Vorlage von Weiterbildungszeugnissen ausreichend. Grundsätzlich kann über die Anträge bereits auf Verwaltungsebene entschieden werden. In den Fällen, in denen die fachliche Qualifikation keine eindeutige Einschätzung zulässt oder in denen nach den Richtlinien, Vereinbarungen und Verträgen besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, über-

Der Volltext aller Richtlinien ist im Internet veröffentlicht und (unter anderem) über das Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erreichbar: <http://www.kbv.de/rechtsquellen/85.html>

nehmen die fachkundig besetzten Qualitätssicherungskommissionen die Beurteilung. Diesen Kommissionen obliegen auch die Kolloquien (Fachgespräche).

Um eine Genehmigung zu erlangen, sind je nach Genehmigungsbereich neben dem Nachweis der fachlichen Qualifikation zusätzlich

- ▶ apparativ-technische
- ▶ personelle
- ▶ hygienische
- ▶ räumliche und
- ▶ praxisorganisatorische

Voraussetzungen zur Sicherstellung der Betreuung der Patienten zu erfüllen oder eine bestimmte Anzahl an Dokumentationen vorzulegen. Darüber hinaus gibt es eine Reihe genehmigungspflichtiger Verfahren (zum Beispiel Koloskopie, invasive Kardiologie, Schmerztherapie), in denen nach Erteilung der Genehmigung jährlich bestimmte Auflagen zu erfüllen und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen sind. Hier finden zunehmend weitere Qualitätssicherungselemente Eingang:

Rezertifizierung (zum Beispiel Mammographie) Mammographierende Ärzte müssen, um weiter an der Versorgung teilnehmen zu können, zweijährliche Prüfungen durchlaufen.

Kontinuierliche Fortbildung (zum Beispiel Schmerztherapie) Die Behandlung chronisch Schmerzkranker im Rahmen einer Vereinbarung mit den Ersatzkassen setzt den Nachweis einer festgelegten Anzahl von jährlichen Fortbildungen voraus.

Frequenzregelungen (zum Beispiel invasive Kardiologie) Nur Ärzte, welche die Leistung entsprechend häufig erbringen, dürfen an der Versorgung teilnehmen. Dieses Instrument wird insbesondere bei solchen Maßnahmen zur Voraussetzung gemacht, bei denen die Häufigkeit der Durchführung einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung hat.

Interkollegialer Austausch (zum Beispiel interdisziplinäre Fallkonferenzen) Für viele Fragestellungen ist die gemeinsame Besprechung sowohl der Diagnose als auch der sich anschließenden Behandlung von großem Nutzen für Patienten. Zunehmend wird dieses im Rahmen von Vereinbarungen zur Voraussetzung der Leistungserbringung gemacht.

Feedback-Systeme (zum Beispiel Hüftsonographie) Ärzte erhalten Auskunft über die Häufigkeit ihrer Diagnosen und die daraus resultierenden Therapien und dies im anonymisierten Vergleich zum Durchschnitt ihrer Kollegen. Dies ermöglicht eine Standortbestimmung und zeigt gegebenenfalls Verbesserungspotenziale auf.

Hygiene-Prüfungen/Praxisbegehungen (zum Beispiel Koloskopie) Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung wird die Praxis in regelmäßigen Abständen auf die Einhaltung der Hygiene-Vorschriften geprüft. Treten Mängel auf, werden Nachprüfungen durchgeführt, die bei Nichtbestehen mit dem Entzug der Genehmigung verbunden sind.

Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen werden bundesweit einheitlich für alle gesetzlich Krankenversicherten vorgehalten. Damit wird gewährleistet, dass unabhängig von der gewählten Krankenkasse oder dem Ort, an den sich Versicherte zur Behandlung begeben, ein gleichmäßig hohes medizinisches Niveau gewährleistet wird. Diese besonderen Maßnahmen sind Voraussetzung für die ambulante Behandlung von Kassenpatienten und haben derzeit noch keine Gültigkeit für die privatärztliche oder die Krankenhausbehandlung.



BUNDESWEIT GELTENDE QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNGEN UND -RICHTLINIEN



1989	1992/94	1995/96	1997
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Chirotherapie ▶ Kernspin ▶ Labor O III ▶ Röntgen ▶ Ultraschall ▶ Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ amb. Operationen ▶ Arthroskopie ▶ Dialyse ▶ LDL-Apherese ▶ Onkologie ▶ Schmerztherapie ▶ Sozialpsychiatrie ▶ Substitution ▶ Ultraschall 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lithotripsie ▶ otoak. Emmission. ▶ Stressechokardiogr. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ phys.- med. Leist.
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Chirotherapie ▶ Herzschrittmacher ▶ Kernspin ▶ Labor O III ▶ Langzeit-EKG ▶ Psychotherapie ▶ Röntgen ▶ Schlafapnoe ▶ Ultraschall ▶ Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ amb. Operationen ▶ Arthroskopie ▶ Chirotherapie ▶ Dialyse ▶ Herzschrittmacher ▶ Kernspin ▶ Labor O III ▶ Langzeit-EKG ▶ LDL-Elimination ▶ Onkologie ▶ Psychotherapie ▶ Röntgen ▶ Schlafapnoe ▶ Schmerztherapie ▶ Sozialpsychiatrie ▶ Substitution ▶ Ultraschall ▶ Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ phys.- med. Leist.

1999/2001	2002	2003	2004
<ul style="list-style-type: none"> ▶ inv. Kardiologie ▶ Psychotherapie ▶ amb. Operationen ▶ Kernspin-Mamma 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ DMP Brustkrebs ▶ DMP DM2 ▶ Dialyse ▶ Mammographie ▶ Koloskopie ▶ PDT ▶ Soziotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apherese ▶ DMP KHK ▶ Substitution 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ DMP DM1 ▶ Mammo.-Screening ▶ Rehabilitation
<ul style="list-style-type: none"> ▶ amb. Operationen ▶ Arthroskopie ▶ Chirotherapie ▶ Dialyse ▶ Herzschrittmacher ▶ Kernspin ▶ Labor O III ▶ 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"> ▶ amb. Operationen ▶ Arthroskopie ▶ Chirotherapie ▶ Dialyse ▶ Herzschrittmacher ▶ inv. Kardiologie ▶ Kernspin ▶ Labor O III ▶ 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"> ▶ amb. Operationen ▶ Arthroskopie ▶ Chirotherapie ▶ Dialyse ▶ DMP Brustkrebs ▶ DMP DM2 ▶ Herzschrittmacher ▶ inv. Kardiologie ▶ Kernspin ▶ Koloskopie ▶ Labor O III ▶ Langzeit-EKG ▶ Lithotripsie ▶ Onkologie ▶ otoak. Emmission. ▶ PDT ▶ phys.- med. Leist. ▶ Psychotherapie ▶ Röntgen/Mammo. ▶ Schlafapnoe ▶ Schmerztherapie ▶ Sozialpsychiatrie ▶ Soziotherapie ▶ Substitution ▶ Ultraschall ▶ Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ amb. Operationen ▶ Apherese ▶ Arthroskopie ▶ Chirotherapie ▶ Dialyse ▶ DMP Brustkrebs ▶ DMP DM2 ▶ Herzschrittmacher ▶ inv. Kardiologie ▶ Kernspin ▶ Koloskopie ▶ Labor O III ▶ Langzeit-EKG ▶ Lithotripsie ▶ Onkologie ▶ otoak. Emmission. ▶ PDT ▶ phys.- med. Leist. ▶ Psychotherapie ▶ Röntgen/Mammo. ▶ Schlafapnoe ▶ Schmerztherapie ▶ Sozialpsychiatrie ▶ Soziotherapie ▶ Substitution ▶ Ultraschall ▶ Zytologie

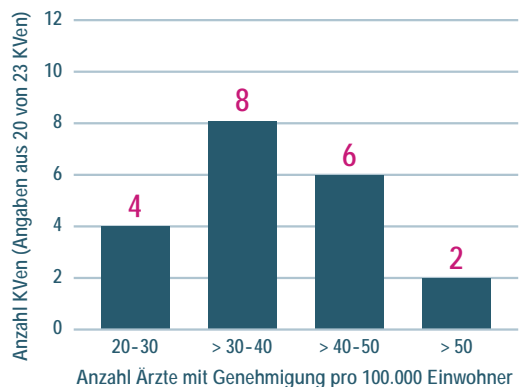
4.1 BUNDESWEIT GELTENDE REGELUNGEN

Nachfolgend wird die Versorgungsstruktur für die bundesweit geltenden Vereinbarungen in Relation zur Bevölkerungszahl (Anzahl der Ärzte mit Genehmigungen pro 100.000 Einwohner) dargestellt. Aus dieser Darstellung resultiert die sich je nach Genehmigungsbereich ändernde Legende. So bewegt sich die zum Beispiel auf Grund der geringen Prävalenz der zu behandelnden Erkrankung selten anzuwendenden Apherese bei ein bis zwei Genehmigungen pro 100.000 Einwohner, bei Ultraschalluntersuchungen sind dies bis zu 90. Zur Interpretation der Angaben werden zusätzlich der Mittelwert und der Median angegeben. Diese für Deutschland erstmals genannten Zahlen zeigen, dass die Versorgung flächendeckend (von Bereichen wie zum Beispiel der substituionsgestützten Behandlung Opitatabhängiger abgesehen) auf ähnlichem Niveau liegt.

AMBULANTES OPERIEREN

In dem dreiseitigen Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Partner Regelungen zur Sicherung der Qualität für ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Leistungen vereinbart. Operationen und Anästhesien sind nach Facharztstandard, gegebenenfalls erst nach Abschluss einer zusätzlichen Weiterbildung, zu erbringen. Bauliche, apparativ-technische, hygienische und personelle Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren, **Rechtsgrundlage:** § 15 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV, **Gültigkeit:** seit 1.10.1994, zuletzt geändert 1.4.2005, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



Mittelwert: 39 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 39 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

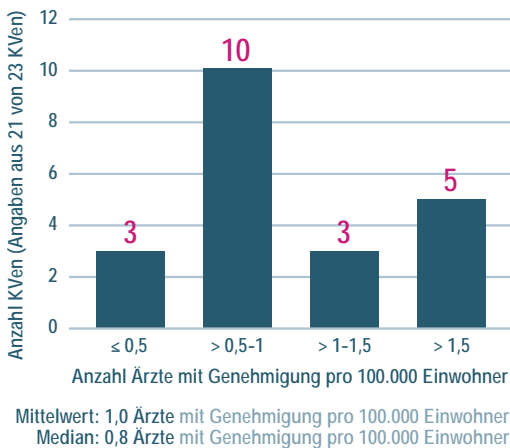
APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Die Richtlinie zur ambulanten Durchführung von Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren regelt als Maßnahme der Qualitätssicherung die generellen fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen in der Hauptsache zur Durchführung und Abrechnung von ambulanten LDL-Eliminationen (LDL = low density lipoprotein). Neben der Überprüfung der fachlichen Qualifikation des Arztes ist im Einzelfall eine Beratung über die Indikationsstellung durch die zuständige Fachkommission vorgeschrieben. Zum März 2003 kam zusätzlich die Immun-Apherese bei Patienten mit aktiver rheumatoider Arthritis hinzu. Neu ist hier eine enumerative Auflistung, welche Sachverhalte zur Indikationsstel-



lung und während des Behandlungsverlaufes zu dokumentieren sind. Weiterhin ist der Indikationsstellung zur Apherese bei der rheumatoiden Arthritis eine ergänzende ärztliche Beurteilung des Patienten durch einen Internisten oder Orthopäden, der die Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie führt, beizulegen. Zudem darf hier nur eine bestimmte Form der Apherese angewendet werden (Immun-Apherese mittels Adsorbersäulen mit an Silikat gebundenem Staphylokokkenprotein-A).

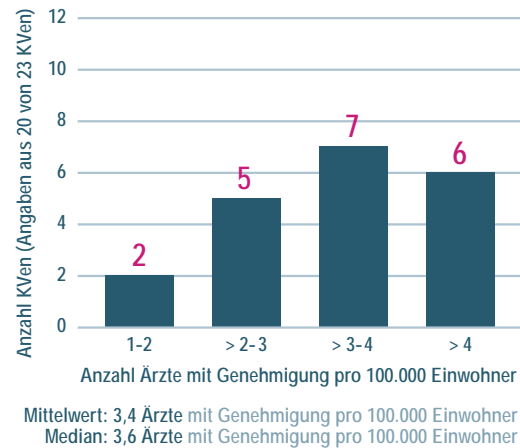
Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 1 SGB V i.V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren), **Gültigkeit:** seit 1.1.1991, zuletzt geändert 9.7.2003, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



ARTHROSKOPIE

Eine Genehmigung wird erteilt, wenn der Arzt zusätzlich zu den in der Vereinbarung zum ambulanten Operieren geforderten Voraussetzungen die fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie im Gebiet Orthopädie erworben hat oder zur arthroskopischen Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung berechtigt ist. Weitere arthroskopische Behandlungen sind nur unter Nachweis bestimmter Untersuchungszahlen möglich. Sollten Zweifel an der Befähigung des Arztes offen bleiben, kann der Sachverhalt in einem Kolloquium geprüft werden. Zusätzlich zu den im Vertrag zum ambulanten Operieren genannten räumlichen und apparativen Voraussetzungen ist unter anderem die räumliche Trennung des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes nachzuweisen.

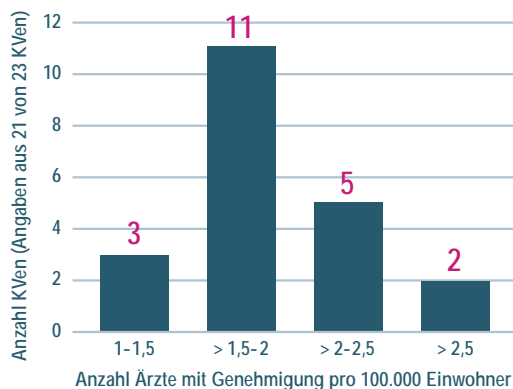
Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.10.1994, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



BLUTREINIGUNGSVERFAHREN

Zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse sind Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie berechtigt. Abweichend davon wird für den Bereich der Kinderdialyse die Gebietsbezeichnung Kinderheilkunde sowie eine kindernephrologische Qualifikation gefordert. Die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium ist hier obligat. Neben der fachlichen Befähigung des Arztes werden in dieser Vereinbarung die besonderen Voraussetzungen an die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten geregelt, außerdem ist eine patientenbezogene Dokumentation zu führen. Die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten unterliegt zur Sicherung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung besonderen Versorgungsaufträgen, die – nach Art und Schwere der Nierenerkrankung gestaffelt – unterschiedliche Anforderungen voraussetzen. Hierzu gehört ein festgelegter Arzt-Patienten-Schlüssel der festlegt, wie viele qualifizierte Ärzte für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehen müssen. Für die Genehmigung von Versorgungsaufträgen muss zusätzlich zum Nachweis der Fachkunde und der Erfüllung der weiteren Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung auch die kontinuierliche wirtschaftliche Versorgungsstruktur für die Dialysepraxis gewährleistet sein. Die Feststellung, ob die Anforderungen an eine wirtschaftliche Versorgungsstruktur erfüllt sind, wird am Auslastungsgrad der im Umkreis der beabsichtigten Niederlassung bestehenden Dialysepraxen gemessen.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 i.V. mit Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.10.1997, zuletzt geändert 1.7.2002, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich

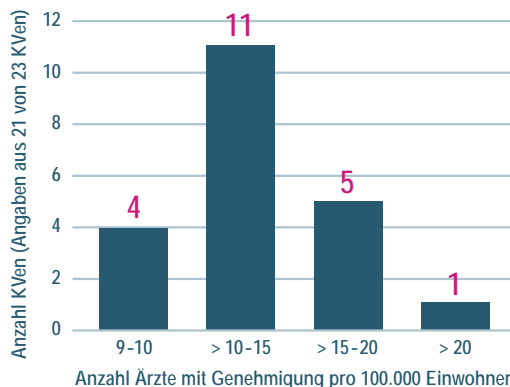


Mittelwert: 1,9 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 1,9 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

CHIROTHERAPIE

Gezielte chirotherapeutische Eingriffe können an der Wirbelsäule und/oder an den Extremitätengelenken zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung vom Arzt durchgeführt und abgerechnet werden. Der Vertragsarzt muss die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Chirotherapie haben oder über eine vergleichbare Qualifikation verfügen, die durch Teilnahme an mehreren Kursen erworben werden kann (die Regelungen sind in den Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls unterschiedlich).

Chirotherapie, **Rechtsgrundlage:** § 87 Abs. 1 SGB V, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), **Gültigkeit, Geltungsbereich:** Kassenärztliche Vereinigungen



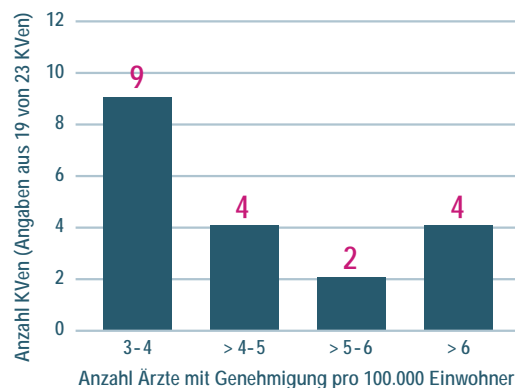
Mittelwert: 14 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 14 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen besitzen. Dabei gelten für die ärztliche Qualifikation zwei Stufen. Die erste betrifft die Überprüfung der Reizbeantwortung und -wahrnehmung sowie die Beurteilung der Batteriekapazität, die zweite die komplette Funktionsanalyse der programmierbaren Parameter, gegebenenfalls einschließlich Umprogrammierung und telemetrischer Abfragen. Bestehen Zweifel, ob die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllt sind, können diese in einem Kolloquium geklärt werden.

Funktionsanalyse und/oder Umprogrammierung

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.4.1992, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



Mittelwert: 4,7 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 4,2 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

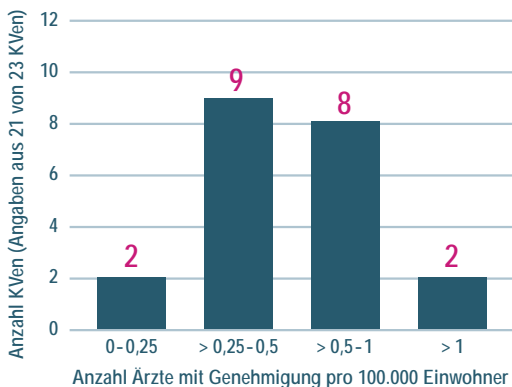
INVASIVE KARDIOLOGIE

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 (Linksherzkatheteruntersuchungen und therapeutische Katheterinter-

ventionen) in der vertragsärztlichen Versorgung. In dieser Vereinbarung ist erstmalig der Erhalt einer Genehmigung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gekoppelt. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Invasive Kardiologie in der Diagnostik und/oder Therapie (PTCA) (PTCA = perkutane transluminale coronare Angioplastie)

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.10.1999, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



Mittelwert: 0,60 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 0,50 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

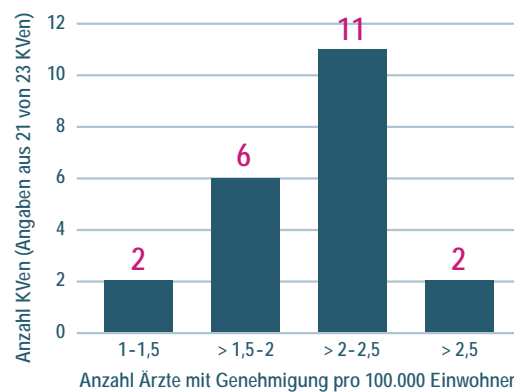
KERNSPINTOMOGRAPHIE

In dieser Vereinbarung werden unter anderem die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Antragsberechtigt für die allgemeine Kernspintomographie sind Ärzte mit der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie, Neuroradiologie oder Nuklearmedizin. Sofern keine eingehende Kenntnisse nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern für die vorgenannten Bezeichnungen vorgeschrieben sind, ist unter anderem der Nachweis einer 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik mit einer bestimmten Anzahl von Untersuchungen in den einzelnen Gebieten und in jedem Fall die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Die mit einer Weiterbildung zum Facharzt erwor-

benen Kenntnisse werden gesondert berücksichtigt. Für die Magnetresonanztomographie ist die Genehmigung zusätzlich an den Nachweis der besonderen Erfahrung (200 mit mindestens 50 Prozent histologisch gesicherten Befunden) in diesem Bereich und an die Erbringung einer bestimmten Anzahl dieser Leistung (50) pro Jahr gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologisch/zytologische Abklärung veranlasst, ist diese mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

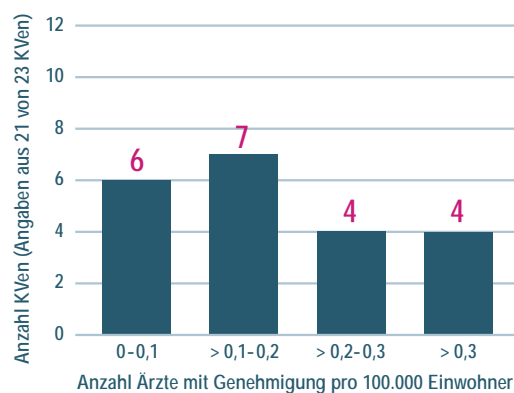
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.4.1993, zuletzt geändert 1.10.2001, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich

Magnetresonanztomographie



Mittelwert: 2,0 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 2,1 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Magnetresonanztomographie



Mittelwert: 0,19 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 0,18 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Bemerkung: Nach § 4 a Abs. 3 der Vereinbarung ist der Arzt verpflichtet, Maßnahmen zur histologisch/zytologischen Abklärung, die auf Grund der MRM veranlaßt wurden, zu dokumentieren und seiner vorgenommenen prospektiven Diagnostik zuzuordnen.

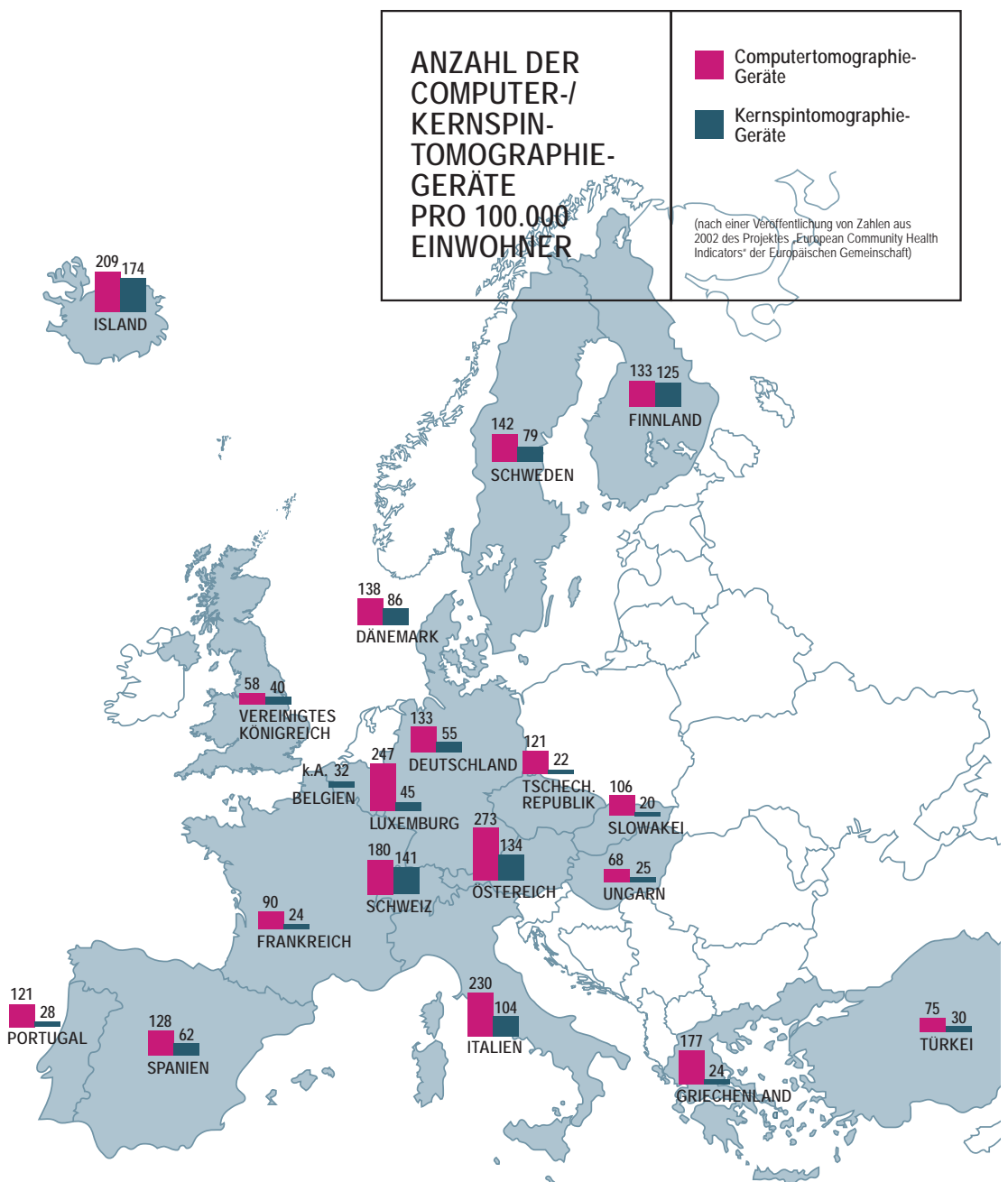
Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft

Im Rahmen des Aktionsprogramms zur Gesundheitsberichterstattung und des Aktionsprogramms der Europäischen Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit wurde mit dem Projekt European Community Health Indicators – Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft (ECHI) eine Reihe von Indikatoren für den Bereich der öffentlichen Gesundheit veröffentlicht.

Diese Indikatoren umfassen die Bereiche:

- ▶ demographische und sozioökonomische Faktoren
- ▶ Gesundheitszustand
- ▶ Gesundheitsfaktoren und
- ▶ Medizinische Interventionen: Gesundheitsdienstleistungen

Unter dem letztgenannten Punkt wurde die Anzahl der MRT und CT-Geräte bezogen auf die Bevölkerung veröffentlicht. Danach liegt Deutschland im Mittelfeld der bekannt gemachten Daten http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_21_en.pdf.

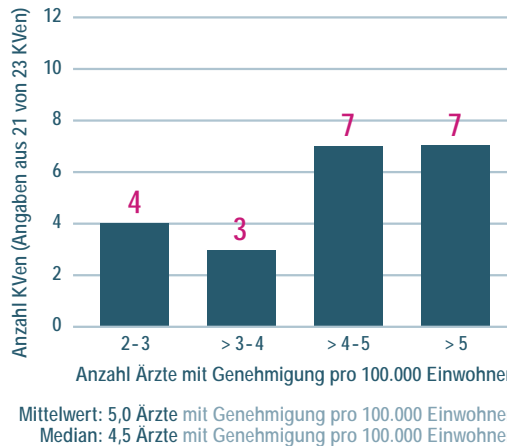


KOLOSKOPIE

Zur Durchführung der Koloskopie sind Ärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie beziehungsweise der Fachkunde Sigmoido-Koloskopien, beziehungsweise Ärzte für Kinderchirurgie mit der Fachkunde Sigmoido-Koloskopien berechtigt. Weiterhin können auch Ärzte für Chirurgie eine Genehmigung erhalten, sofern der Chirurg nach der für ihn maßgeblichen Weiterbildungsordnung zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist (im allgemeinen ist diese Voraussetzung erfüllt bei Ärzten für Chirurgie, die zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Visceralchirurgie“ berechtigt sind). Für die Genehmigung gilt, dass in den vergangenen zwei Jahren vor Antragstellung die aktuelle Befähigung, die hohe Koloskopie durchführen zu können, durch den Nachweis der selbstständigen Indikationsstellung, Durchführung und Befundbewertung von 200 totalen Koloskopien und 50 Polypektomien (bei Kinderchirurgen ist der Nachweis von 100 Sigmoido-Koloskopien ausreichend) erbracht werden muss. Die Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Koloskopie regelt darüber hinaus die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung beinhaltet, dass der koloskopierende Arzt jeweils in einem Zeitraum von zwölf Monaten die Durchführung von mindestens 200 totalen Koloskopien (einschließlich des Zökums) nachweisen kann. Im Rahmen dieser 200 Koloskopien müssen zehn Fälle einer Polypektomie dokumentiert werden. Können diese Nachweise zwei Jahre in Folge nicht erbracht werden, wird die Genehmigung widerrufen. Die Genehmigung kann auf Antrag des Arztes nur wieder erteilt werden, sofern der Nachweis geführt wird, dass der Arzt innerhalb von sechs aufeinander folgenden Monaten seit Widerruf der Genehmigung mindestens 50 Koloskopien einschließlich der erforderlichen Polypektomien unter Anleitung durchgeführt hat.

Kurative und/oder präventive Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV),
Gültigkeit: seit 1.10.2002, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



Hygieneprüfungen

Besondere Anforderungen werden an die Hygienequalität gestellt: Es wird obligatorisch eine stichprobenhafte Überprüfung der Hygienequalität in der Arztpraxis einmal pro Kalenderhalbjahr durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkanntes Hygieneinstitut durchgeführt. Mängel, die hierbei auftreten und nicht innerhalb kürzester Zeit abgestellt werden können, führen zu einem vorübergehenden, bei schweren Mängeln zu einem dauerhaften Entzug der Genehmigung.

Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle

- ▶ von maximal zwei Koloskopen mittels Durchspülung von Endoskopkanälen (z. B. Instrumentierkanal und L/W-Kanal) und Abstrichen von Endoskopstellen (z. B. Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zugänglich sind
- ▶ der während der Koloskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme.

Soweit manuelle und maschinelle Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, sind maximal zwei Koloskope je Aufbereitungsverfahren zu kontrollieren.

Die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität gelten als erfüllt bei

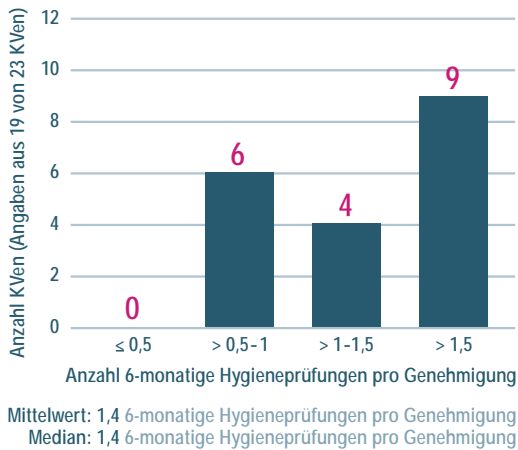
- ▶ fehlendem Nachweis von *Escherichia coli*, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken
- ▶ bei fehlendem Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa*, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern

- ▶ fehlendem Nachweis von weiteren hygiene-relevanten Erregern wie Staphylococcus aureus sowie
- ▶ maximaler Keimbelastung von < 10 KBE pro ml in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung der Optikspülsysteme.

Wartezeiten

Mit der Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien zum 1. Oktober 2002 wurden die Maßnahmen zur Darmkrebsfrüherkennung ausgedehnt. Danach hat jeder Versicherte mit Vollen-dung des 55. Lebensjahres Anspruch auf eine Darmspiegelung und kann eine zweite zehn Jahre nach der ersten durchführen lassen. Anspruchsbe-rechtigt sind damit über 20 Millionen Versicherte in der GKV.

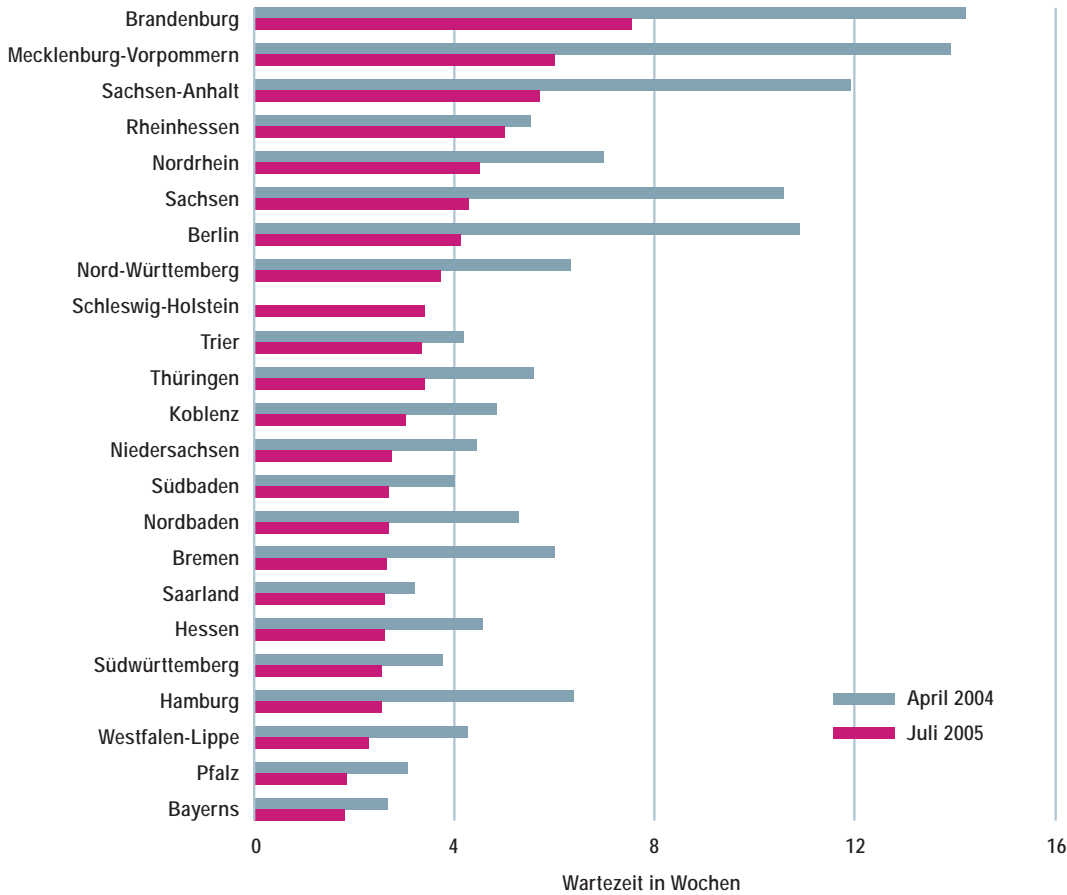
In der Umsetzung dieses Angebots war es deshalb vor allem in der Anfangsphase zu längeren Warte-zeiten gekommen, die aber bis Mitte 2005 deut-lich zurückgegangen sind. Weiterhin bestehen allerdings regionale Unterschiede. Im Mittel be-trägt die Wartezeit für eine Koloskopie in der Prä-vention 3,4 Wochen, für eine Koloskopie in der Kuration 2,2 Wochen. Akut- und Notfälle werden in der Regel sofort behandelt beziehungsweise bei der Terminvergabe bevorzugt.



WARTEZEIT FÜR EINEN KURATIVEN KOLOSKOPIETERMIN 2004-2005 NACH KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN



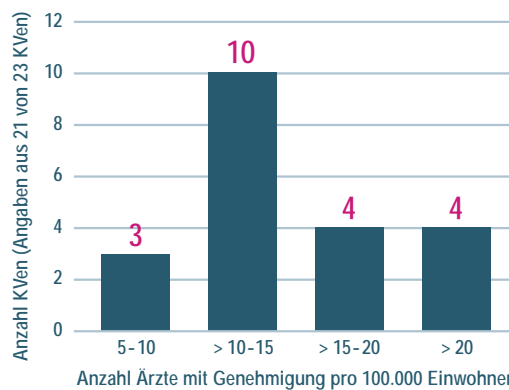
WARTEZEIT FÜR EINEN PRÄVENTIVEN KOLOSKOPIETERMIN 2004-2005 NACH KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN



LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN (KAPITEL O III)

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels O III und Leistungen des Kapitels B des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit hierzu getroffenen vertraglichen Vereinbarungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte und in der Ersatzkassen-Gebührenordnung. 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. Bei einem Folgeantrag kann im Einzelfall von der Durchführung eines erneuten Kolloquiums abgesehen werden. Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung (Kapitel O III des „alten“ EBM), **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-A/EKV), § 75 Abs. 7 SGB V, Richtlinien der BÄK, **Gültigkeit:** seit 1.1.1993, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



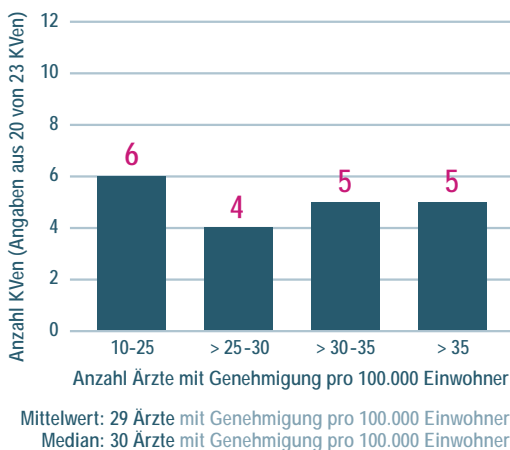
Mittelwert: 17 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 15 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

LANGZEIT-EKG UNTERSUCHUNGEN

Langzeitelektrokardiographische (EKG) Untersuchungen dürfen in der kassenärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, welche entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können. Diese Befähigung gilt bei Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Innere Medizin als nachgewiesen. Von anderen Ärzten ist der Nachweis über die selbstständige Durchführung und Auswertung von mindestens 100 Langzeit-EKG Untersuchungen zu erbringen. Der Nachweis der apparativen Voraussetzungen kann über die Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers bezüglich der geforderten Parameter geführt werden. Unklarheiten können in einem Kolloquium der Kassenärztlichen Vereinigung beseitigt werden.

Aufzeichnung und/oder Auswertung eines Langzeit-EKGs

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen), **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-A/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.4.1992, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich

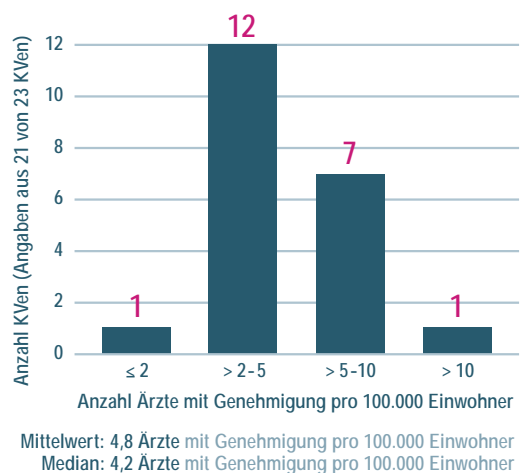


ONKOLOGIE-VEREINBARUNG

Ziel dieser mit den Verbänden der Ersatzkassen geschlossenen Vereinbarung ist die wohnortnahe, ambulante Behandlung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt voraus, dass der Vertrags-

arzt 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 an einem Tumorzentrum oder einem onkologischem Schwerpunkt nachweisen. Er muss insbesondere den Nachweis erbringen, in der Anwendung von zytostatischen Substanzen, Zytokinen und Hormonpräparaten besonders erfahren zu sein. Für die Durchführung einer intravasalen zytostatischen Therapie sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen, beispielsweise die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie beziehungsweise die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen von mehreren hundert durchgeführten Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen. Die Behandlung krebskranker Patienten kann jeder Arzt selbstverständlich im Rahmen seines Fachgebietes durchführen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, den Vertrag zu erfüllen.

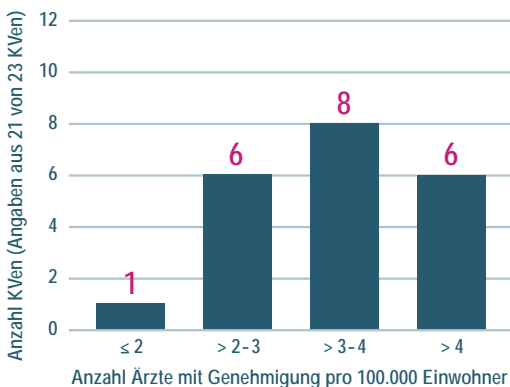
Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung, **Rechtsgrundlage:** § 82 Abs. 1 SGB V Anlage 7 BMV EKV, **Gültigkeit:** seit 1.7.1995, zuletzt geändert 1.1.2002, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich für Versicherte des VdAK/AEV



OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

Anträge zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen können nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde oder der Phoniatrie und Pädaudiologie gestellt werden. Eine Genehmigung kann von der Kassenärztlichen Vereinigung 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, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 1 SGB V, **Gültigkeit:** seit 24.11.1995, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



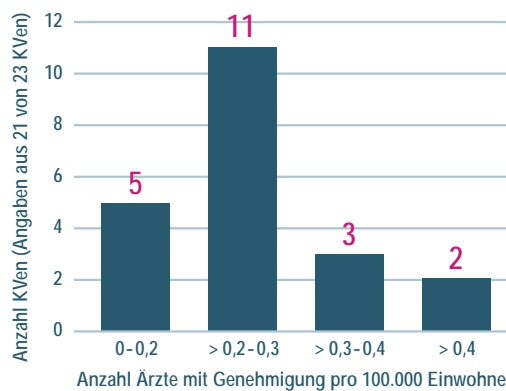
Mittelwert: 3,4 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 3,4 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE

Diese Vereinbarung dient der Qualitätssicherung der photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer klassischer choroidaler Neovaskularisation. Antragsberechtigt sind Ärzte, die über die Gebietsbezeichnung Augenheilkunde verfügen. Darüber hinaus müssen sie nachweisen können, dass sie unter Anleitung eines zur Weiterbildung berechtigten Arztes selbstständig 200 Fluoreszenzangiographien des Augenhintergrundes zur Differentialdiagnose der fraglichen Indikation ausgewertet haben. Zusätzlich müssen die antragstellenden Ärzte aktuell an einem speziellen Kurs teilgenommen haben. Weiterhin ist die Genehmigung zur Ausführung und Anwendung der photodynami-

schen Therapie bei diesem Krankheitsbild an die Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden, die jährlich durchgeführt wird. Die Erfüllung der apparativen Anforderungen an das für diese Therapie benötigte Lasergerät ist durch Nachweis entsprechender Unterlagen des Herstellers ebenfalls nachzuweisen.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV, **Gültigkeit:** seit 1.8.2001, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



Mittelwert: 0,26 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 0,26 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Bemerkung: Jährlich werden von der Kassenärztlichen Vereinigung zehn Fälle ausgewählt, für die der Arzt die Dokumentation vorlegen muss.

PSYCHOTHERAPIE

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Die Vereinbarung beinhaltet:

die Richtlinienverfahren

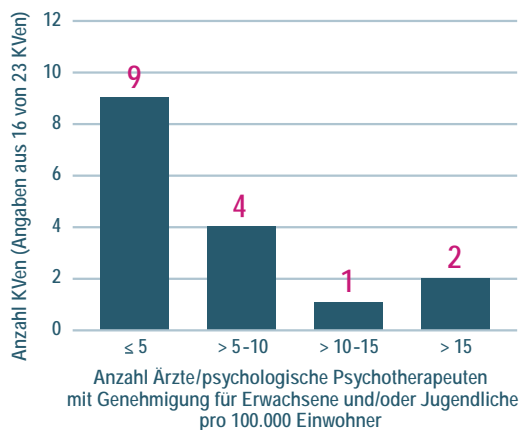
- ▶ analytische Psychotherapie
- ▶ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ▶ Verhaltenstherapie

die psychosomatische Grundversorgung

- ▶ verbale Interventionen
- ▶ übende (Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxation)
- ▶ suggestive Techniken (Hypnose).

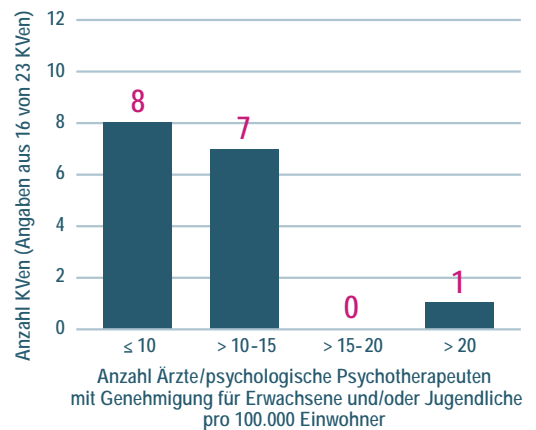
RICHTLINIENVERFAHREN:

analytische Psychotherapie



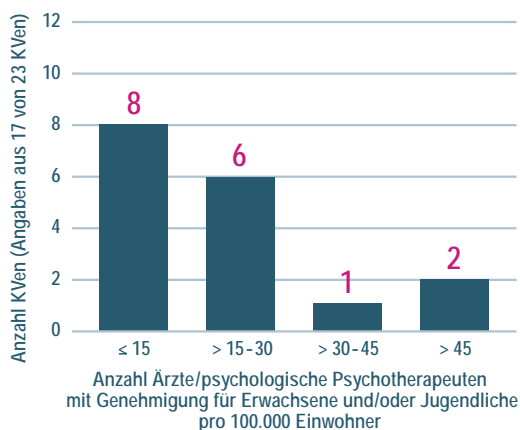
Mittelwert: 7,7 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
 Median: 2,9 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Verhaltenstherapie



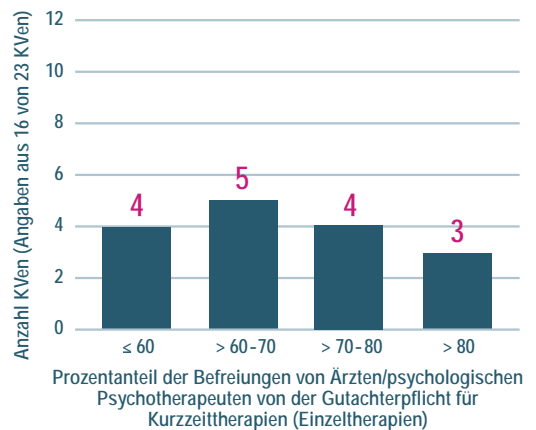
Mittelwert: 10 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
 Median: 9 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie



Mittelwert: 22 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
 Median: 15 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Befreiung von der Gutachterpflicht für Kurzzeitherapien (Einzeltherapie)



Mittelwert: 69 Prozent
 Median: 68 Prozent



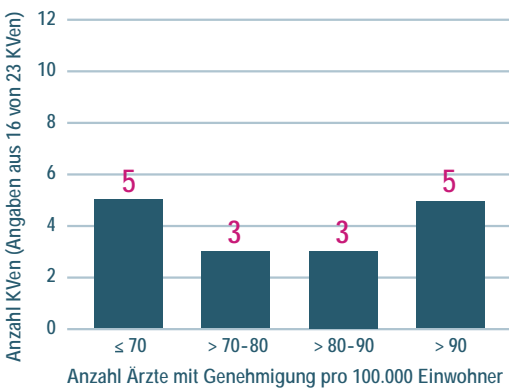
Neben dem Recht zum Führen einer Gebietsbezeichnung beziehungsweise Zusatzbezeichnung im psychotherapeutischen Bereich sind entsprechend der beantragten Leistung zusätzliche Weiterbildungszeugnisse und Kursbescheinigungen gefordert. Der psychologische Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut muss gegebenenfalls ebenfalls zusätzlich zum Fachkundenachweis weitere Zeugnisse aus anerkannten Ausbildungsstätten oder von anerkannten Kursen (je nach Antragsstellung) nachweisen. Die Genehmigung der Durchführung

einer Psychotherapie ist an ein Gutachterverfahren gebunden. Bezüglich der Kurzzeittherapie kann der Therapeut unter bestimmten Voraussetzungen von dieser Pflicht befreit werden.

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), **Rechtsgrundlage:** § 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV); § 92 Abs. 6 a SGB V (Befreiung von der Gutachterpflicht), **Gültigkeit:** 1.1.1999, zuletzt geändert am 1.4.2005, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich

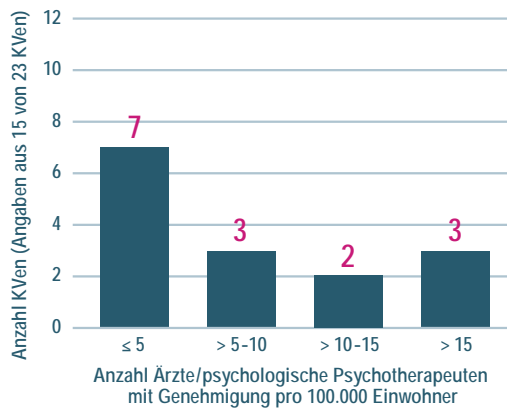
PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG:

verbale Interventionen



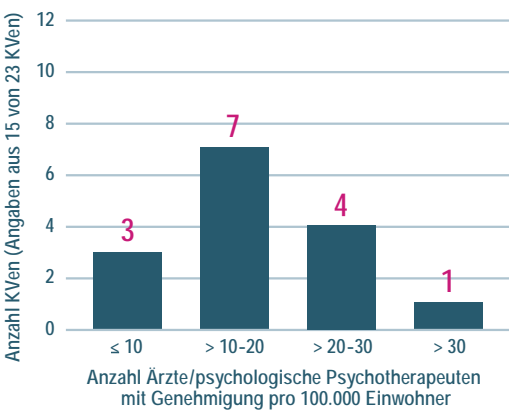
Mittelwert: 83 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 81 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Jacobsonische Relaxationstherapie



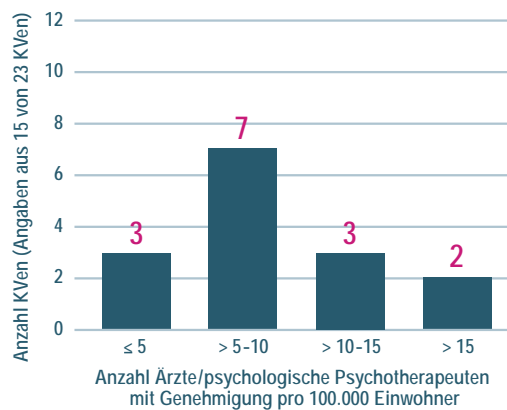
Mittelwert: 10 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 7 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

autogenes Training



Mittelwert: 17 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 14 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Hypnose

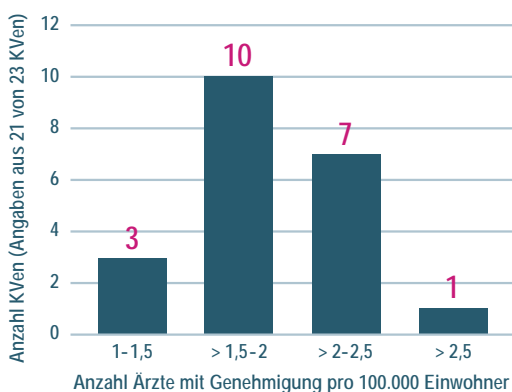


Mittelwert: 10 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 8 Ärzte/psychologische Psychotherapeuten mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

SCHLAFAPNOE (DIAGNOSTIK UND THERAPIE)

Die Durchführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Dazu sind entsprechende Qualifikationen und die Teilnahme an einem fünftägigen von der KV anerkannten Kurs nachzuweisen. Die Stufendiagnostik der Hypersomnie reicht von der Anamnese des Schlaf/Wachverhaltens über die Polygraphie bis in ihrer vierten Stufe zur Polysomnographie, eingeschlossen ist auch die Kontrolle einer gegebenenfalls eingeleiteten Therapie (eine Überarbeitung der Richtlinie wurde 2004 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgenommen, siehe auch Seite 62).

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 1 SGB V, **Gültigkeit:** seit 1.10.1991, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



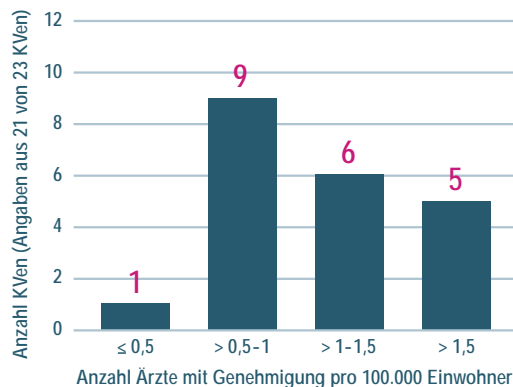
Mittelwert: 1,9 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 1,9 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

SCHMERZTHERAPIE

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Zusatzvereinbarung mit den Ersatzkassen. Ziel dieser Vereinbarung ist die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch besonders dafür qualifizierte Vertragsärzte. Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung differenzierte Zeugnisse oder Bescheinigungen nachweisen. Dieser Nachweis kann (je nach Bundesland) auch durch die Zusatzbezeichnung Schmerztherapie ersetzt werden. Neben apparativ-technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen ist unter anderem auch die jährliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie eine entsprechende Dokumentation nachzuweisen. Die Behandlung

schmerzkranker Patienten kann jeder Arzt im Rahmen seines Fachgebietes durchführen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, den Vertrag zu erfüllen. Schmerztherapievereinbarungen als Zusatzvereinbarungen zum Bundesmantelvertrag wurden zum Teil auch auf Landesebene für die Primärkassen getroffen. Für das Jahr 2005 ist vorgesehen, dieses Versorgungsangebot auf die Versicherten aller Krankenkassen auszudehnen (siehe auch Seite 61).

Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten, **Rechtsgrundlage:** Anlage 12 BMV-EKV, **Gültigkeit:** seit 1.7.1997, zuletzt geändert 1.1.2002, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich für Versicherte des VdAK/AEV

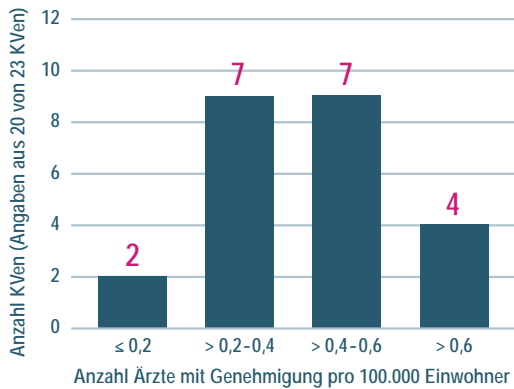


Mittelwert: 1,2 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 1,1 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

SOZIALPSYCHIATRIE

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sogenannten 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 zweijähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt werden.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), **Rechtsgrundlage:** § 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV), **Gültigkeit:** seit 1.7.1994, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich für Versicherte des VdAK/AEV

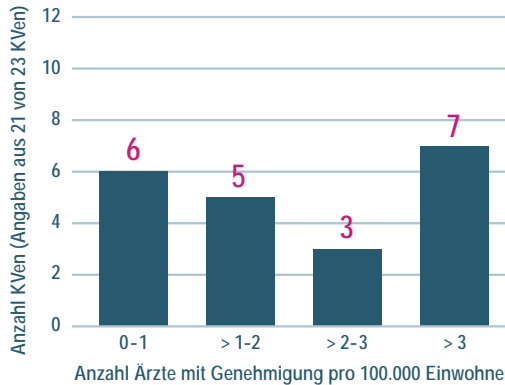


Mittelwert: 0,48 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 0,45 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

SOZIOtherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen. Der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Die Therapie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Zielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen. Allein die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antrag stellende Arzt berechtigt ist, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern und die Therapie gegebenenfalls abzubrechen.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien), **Rechtsgrundlage:** § 37 a SGB V i.V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V, **Gültigkeit:** seit 1.1.2002, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich

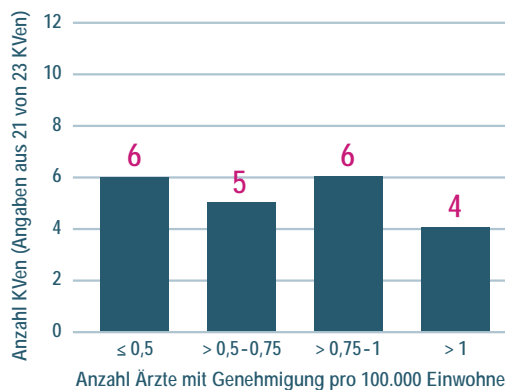


Mittelwert: 2,2 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 1,9 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

STOSSWELLENLITHOTRIpsIE BEI HARNSTEINEN

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die in der Richtlinie beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen. Außerdem muss er die Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen des Anwendungsbereiches Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzen. Unklarheiten bezüglich der fachlichen Qualifikation können in Kolloquien beseitigt werden.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 1 SGB V, **Gültigkeit:** seit 24.11.1995, zuletzt geändert 22.3.2000, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



Mittelwert: 0,72 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 0,64 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

STRALENDIAGNOSTIK/-THERAPIE

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

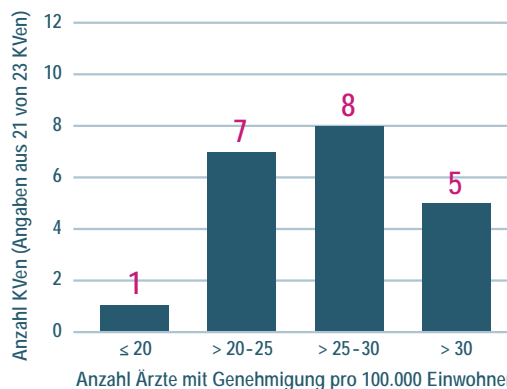
- ▶ allgemeine Radiographie
- ▶ Mammographie
- ▶ Computertomographie
- ▶ Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- ▶ Strahlentherapie
- ▶ Nuklearmedizin.

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft, ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden. Hierbei werden die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zu den Prüfungen herangezogen. Wurden die fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, müssen diese in einem Kolloquium nachgewiesen werden. Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung (RöV) und der Strahlenschutzverordnung (StrSchV), die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung ist die Fachkunde im Strahlenschutz, ausgestellt von der Ärztekammer, nachzuweisen. 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 beantragen, erfolgreich an der Beurteilung einer Prüfsammlung teilgenommen haben. Nach erfolgreicher Beurteilung dieser Überprüfung erfolgt eine zweijährliche Selbstüberprüfung. Des Weiteren findet eine regelmäßige Überprüfung der Dokumentationen statt. Darüber hinaus gelten seit dem 1. Januar 2004 weitere Regelungen für die Erbringung von Mammographien im Rahmen eines Mammographie-Screenings (siehe auch Seite 59).

Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) (Screening-Mammographie nach Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.4.1993, zuletzt geändert 1.4.2002 (Screening-Mammographie: 1.1.2004), **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich

allgemeine Radiographie

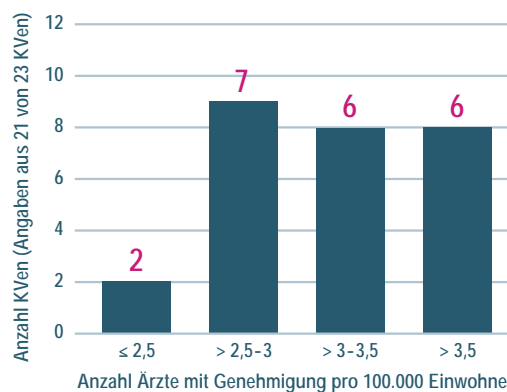
Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)



Mittelwert: 35 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 27 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Mammographie

Anlage IV, Anlage 1 - Klasse VII



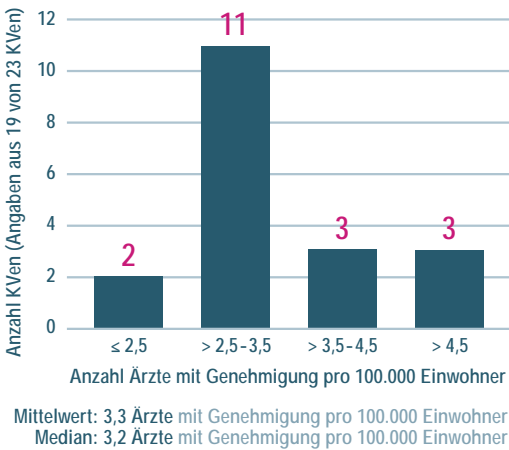
Mittelwert: 3,2 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 3,1 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

Mit Wirkung vom 1. April 2002 wurden die Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) für die kurative Mammographie neu geregelt. Danach müssen diejenigen Ärzte, die erstmals eine Genehmigung beantragen, zusätzlich zum Nachweis der fachlichen Qualifikation, die erfolgreiche Beurteilung einer sogenannten Fall-

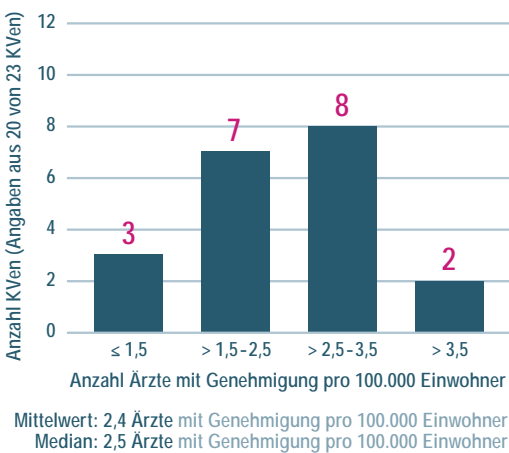


sammlung nachweisen. Bei dieser Eingangsprüfung sind insgesamt 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammæ jeweils in zwei Ebenen) innerhalb von maximal sechs Stunden zu begutachten. Die Teilnahme an der Prüfung ist erfolgreich, wenn insgesamt höchstens sieben Bilder falsch beurteilt werden, wobei davon höchstens zwei falschnegative Befunde zulässig sind. Die Vereinbarung schreibt als qualitätssichernde Maßnahme weiterhin vor, dass der mammographierende Arzt alle 24 Monate an einer Selbstüberprüfung seines Wissens teilnimmt. Ergebnisse der Eingangsüberprüfung wurden im Qualitätsbericht 2003 dargestellt.

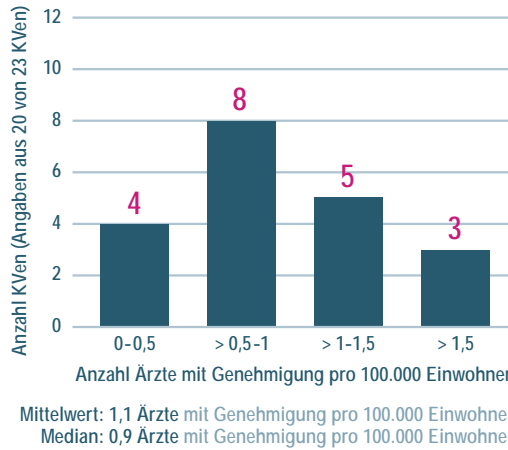
Computertomographie Anlage I - Klasse VIII



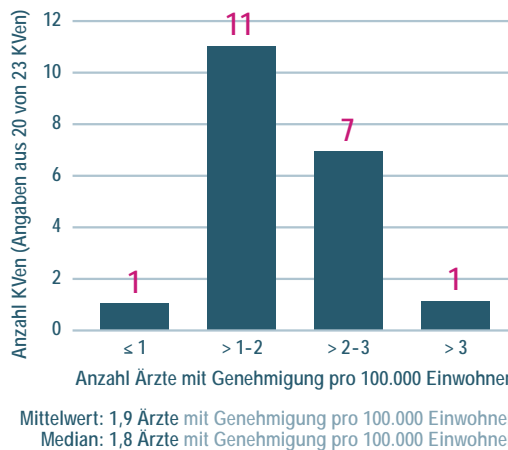
Osteodensitometrie Anlage I - Klasse XI, Anlage III - Klasse VI



Strahlentherapie Anlage II



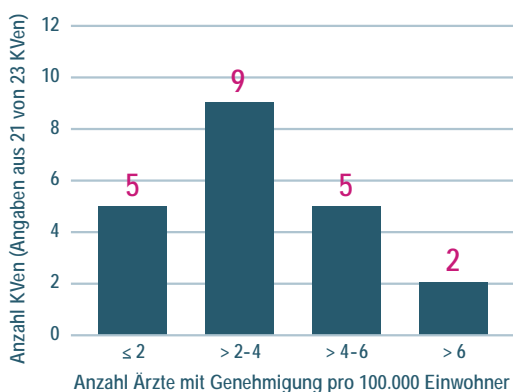
Nuklearmedizin Anlage III nach Klassen I-V



SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

Die Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sind seit ihrem Inkrafttreten im Jahre 1991 mehrfach geändert worden. Mit der letzten Überarbeitung zum 1. Januar 2003 wurden verschiedene Neuerungen eingeführt. Danach wird die Indikation allein von qualifizierten Ärzten mit der Zusatzqualifikation Suchtmedizinische Grundversorgung gestellt. Diese Ärzte entscheiden über den Beginn und die Fortsetzung einer Substitutionsbehandlung. Für jeden substituierten Patienten muss zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellt werden (das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht), der Verlauf ist daran kritisch zu überprüfen. Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat. Im Rahmen von Strichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Behandlungsfällen pro Quartal wird die Indikationsstellung und das Therapiekonzept durch die Qualitätssicherungskommission geprüft.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 1 SGB V, **Gültigkeit:** seit 1.10.1991, zuletzt geändert 1.1.2003, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



Mittelwert: 3,6 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
Median: 3,2 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

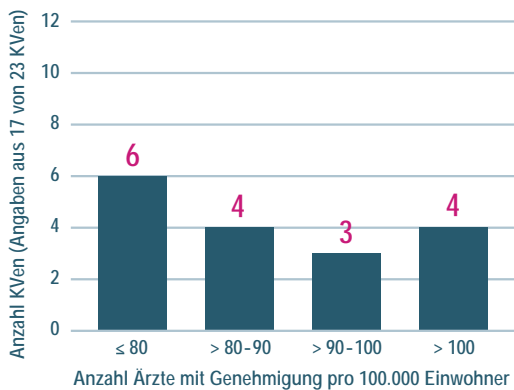
Eine Genehmigung zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen, wie sie detailliert in den Paragraphen 4, 5 beziehungsweise 6 der Vereinbarung beschrieben sind und dem Nachweis der apparativen Ausstattung durch eine Gerätebestätigung der Hersteller-/Lieferfirma, zu erteilen. Die Genehmigung kann für insgesamt 31 verschiedene Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei drei Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch die fachliche Qualifikation zur Durchführung der Leistungen bei Erwachsenen und Kindern. Soll die fachliche Qualifikation für Kinder nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei Kindern durchgeführt wurden.

Anwendungsbereiche:

- 1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte
- 2.1 gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle
- 2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke
- 3 Nasennebenhöhlen
- 4 Gesichtsweichteile und Weichteile des Halses (einschließlich der Speicheldrüse)
- 5 Schilddrüse
 - 6.1.1 Echokardiographie – Erwachsene
 - 6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschließlich Säuglinge und Kleinkinder)
 - 6.2.1 Doppler-Echokardiographie – Erwachsene
 - 6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschließlich Säuglinge und Kleinkinder)
 - 6.3 Belastungs-Echokardiographie
- 7 Thoraxorgane (ohne Herz)
- 8 Brustdrüse
- 9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) – Erwachsene
- 9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) – Kinder
- 10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)
- 10.2 weibliche Genitalorgane
- 11.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik
- 11.2 weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko

- 12 Bewegungsorgane (ohne Säuglings Hüften)
- 13 Säuglings Hüften
- 14.1.1 extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler) (CW = continuous wave)
- 14.1.2 extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)
- 14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)
- 14.1.4 feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)
- 14.2.1 intrakranielle Gefäße (PW-Doppler) (PW = pulsed wave)
- 14.3.1 extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)
- 14.3.2 extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)
- 14.3.3 abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)
- 14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)
- 14.3.5 fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)
- 14.3.6 feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)
- 14.4.1 Venen der Extremitäten (B-Mode)
- 15 Haut und Subcutis (einschließlich subkutaner Lymphknoten)

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-A/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.4.1993, zuletzt geändert 31.1.2003, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich

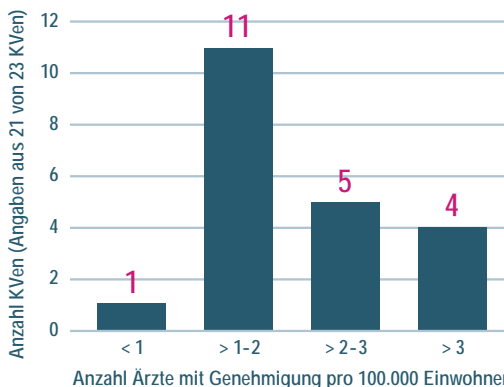


Mittelwert: 88 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
 Median: 85 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

ZYTOLOGIE

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. Diese Nachweise müssen Angaben darüber enthalten, worauf sich die Prüfung in der zytologischen Diagnostik nach Art und Umfang erstreckt hat. Kann dies nicht nachgewiesen werden, ist eine Präparateprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (Begutachtung von 20 Präparaten) abzulegen. Dafür stehen dem Arzt vier Stunden Zeit zur Verfügung.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale, **Rechtsgrundlage:** § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-A/EKV), **Gültigkeit:** seit 1.7.1992, zuletzt geändert 1.10.1994, **Geltungsbereich:** bundeseinheitlich



Mittelwert: 2,3 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner
 Median: 1,8 Ärzte mit Genehmigung pro 100.000 Einwohner

4.2 AUSGEWÄHLTE PROJEKTE DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Neben den bundesweit geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung haben die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen eine Vielzahl von regionalen Vereinbarungen, zum Beispiel auf Grundlage von Paragraph 63 ff. (Modellvorhaben) oder Paragraph 73 a (Strukturverträge) getroffen. Hinzu kommen einzelne Projekte wie die Erweiterung der Internet-Arztsuche. Im Folgenden wird hier eine beispielhafte Übersicht dieser zusätzlich getroffenen Vereinbarungen/Schwerpunkte (wie von den Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilt oder im Internet veröffentlicht) dargestellt, ohne dass damit ein Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität verbunden wäre.

BAYERN



In Bayern haben Vertragsärzte die Möglichkeit die Zuschlagsposition 9412 bei der ambulanten umfassenden kontinuierlichen Betreuung von AIDS-Patienten abzurechnen. Dies bedarf einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Bis zum 31. Dezember 2004 verfügten 44 Ärzte über eine entsprechende Genehmigung. Rechtsgrundlage für diese Vereinbarung sind die Vereinbarung zur Strukturverbesserung und Qualitätssicherung bei der Behandlung von AIDS-kranken Patienten und die Frankfurter Nomenklatur.

Im Rahmen der regionalen Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen sollen ambulante Kataraktoperationen durch niedergelassene Augenärzte strukturell und finanziell gefördert werden. Die Vertragspartner wollen erreichen, dass ein nicht unerheblicher Teil der bisher durchgeführten stationären Kataraktoperationen bei gleicher Qualität durch niedergelassene Augenärzte ambulant durchgeführt und teure Krankenhausbehandlung vermieden werden. Voraussetzung für die Anwendung dieses Vertrages auf den Vertragsarzt ist die schriftliche Teilnahmeerklärung des Arztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Die teil-

nehmenden Ärzte müssen die Qualifikationsvoraussetzungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß Paragraph 15 des Vertrages nach Paragraph 115 b Abs. 1 SGB V erfüllen.

Im Oktober 2002 wurde in Bayern die regionale Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter internistischer Leistungen abgeschlossen. Durch diesen Vertrag sollen die vorgenannten Leistungen strukturell und finanziell weiter gefördert werden. Die Vertragspartner wollen erreichen, dass ein nicht unerheblicher Teil der in den Anlagen eins und zwei der Bundespflegesatzverordnung aufgeführten stationären Operationen beziehungsweise internistischen Leistungen bei gleicher Qualität von niedergelassenen Vertragsärzten ambulant durchgeführt werden und teure Krankenhausbehandlungen vermieden werden. Ziel des Strukturvertrages ist es auch, das Belegarztwesen zu fördern, indem für ausgewählte Leistungsbereiche, die einer ambulanten Versorgung in der Regel nicht zugänglich sind, eine qualitativ hochwertige und kostengünstige stationäre Versorgung gesichert wird. Die teilnehmenden Ärzte müssen die Qualifikationsvoraussetzungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß Paragraph 15 des Vertrages nach Paragraph 115 b Abs. 1 SGB V erfüllen.

Im April 2003 startete das Bayerische Mammographie-Screening (BMS) in zwei Pilotregionen Bayerns. Es setzt auf vorhandenen Versorgungsstrukturen auf, das heißt das Screening findet in Praxen niedergelassener Ärzte statt. Bis Dezember 2004 konnten alle Regionen Bayerns an das Programm angebunden werden mit insgesamt 182 Ärzten (Gynäkologen und Radiologen) als Erstbefundern, 25 als Zweitbefundern, 14 als Drittbefundern, 20 Assessmentärzten und 32 Pathologen. Inzwischen unterstützen alle Krankenkassen das BMS, so dass für die gesamte Zielgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen (1,3 Millionen bayernweit) die Möglichkeit besteht, am Programm teilzunehmen. Das Programm soll im Jahre 2006 auf die Anforderungen des bundesweiten Screenings umgestellt werden.



BERLIN



Überleitungsvereinbarung bis zum Abschluss eines Vertrages über ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach Paragraph 137 f SGB V für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 vom 11. September 2003, in Kraft getreten am 1. April 2003.

Zusatzvereinbarungen zur „Förderung des ambulanten Operierens beziehungsweise Anästhesierens“ mit den BKKen (gültig seit dem 1. Oktober 2002), zur „Förderung der Vermeidung von Krankenhausfällen“ mit den IKKs (gültig seit dem 1. Januar 2003), zur „Förderung des ambulanten Operierens“ mit der AOK (gültig seit dem 1. April 1998) und zur „Förderung ausgewählter krankenhauseretzender Leistungen“ mit dem VdAK (gültig seit dem 1. Januar 1998).

Versorgung von AIDS-Patienten: Vereinbarung mit der AOK Berlin vom 26. Oktober 1992, den Landesverbänden der BKK vom 29. Januar 1990, der IKK vom 17. August 1993 und den Verbänden der Ersatzkassen vom 13. September 1994.

Strukturvertrag zur Förderung von ambulanten Endoskopien: Vereinbarung über die Förderung von gastroenterologisch-endoskopischen Leistungen vom 28. Juni 2001.

IKK.hautnah-Vereinbarung (Modellvorhaben für Hautärzte): Vereinbarung über ein Projekt zur Verzahnung ambulanter und arbeitsmedizinischer Kompetenzen zwischen der Kassennärztlichen Vereinigung Berlin und IKK Berlin und Brandenburg (IKK-hautnah-Vereinbarung) vom 22. Dezember 1999 und 1. Änderungsvereinbarung vom 13. Dezember 2001.

IKK-home-check ab 1. Februar 2004 (Hausbesuch zur Überprüfung der ärztlichen Verordnung nach einem Krankenhausaufenthalt): Vereinbarung mit der IKK Berlin und Brandenburg.

Onkologie-Vereinbarung: zusätzliche Vereinbarung und Ergänzungsvereinbarung mit der AOK Berlin vom 14. April 2003.

Pflegeheime (Teilnahme an der Grundversorgung von Pflegeheimbewohnern): Rahmenvereinbarung vom 22. Mai 2003 der Krankenkassenverbände, der Kassennärztlichen Vereinigung Berlin und dem Verband privater Träger der freien Kinder-, Jugend und Sozialhilfe (VPK) zur medizinischen Versorgung in den ehemaligen Krankenhäusern/Abteilung für chronisch Kranke und Krankenhäuser, die zum 1. Juli 1996 in vollständige Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden. Ergänzende Vereinbarung zur Rahmenvereinbarung der Krankenkassenverbände, der Kassennärztlichen Vereinigung Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft und dem VPK vom 26. März 1998 (verlängert bis 31. März 2006) vom 22. Mai 2003 – mit Kooperationsvertrag. Vereinbarung zwischen der Kassennärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen über die vertragsärztliche Versorgung in Krankenhäusern/Abteilungen für chronisch Kranke und Krankenhäusern vom 1. September 1999 (verlängert bis 31. März 2006) vom 22. Mai 2003 – ohne Kooperationsvertrag.

Sozialpsychiatrie: zusätzliche Vereinbarung mit der AOK Berlin (vom 18. Juni 2001, in Kraft getreten am 1. Juli 2001) und dem BKK-Landesverband Ost (vom 17. Juli 1998, in Kraft getreten am 1. Juli 1998).

Schmerztherapie: zusätzliche Vereinbarungen mit der IKK Berlin und Brandenburg (gültig ab 1. Oktober 1998), der AOK Berlin (gültig ab 1. Oktober 2000) und dem BKK-Landesverband Ost, (gültig ab 1. Oktober 2002).

Erweiterung der Arzt- und Psychotherapeuten-suche um qualitätsgesicherte Leistungen im Internet: Auf Beschluss des Vorstandes veröffentlichte die Kassennärztliche Vereinigung Berlin im Sommer 2005 die qualitätsgesicherten Leistungen der an der vertragsärztlichen beziehungsweise -psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer im Internet im Rahmen der Arzt- und Psychotherapeuten-suche.

BRANDENBURG



Bereits mit Wirkung vom 1. Juli 1996 wurde mit dem IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin eine Vereinbarung getroffen, in der geregelt wird, dass der besondere Aufwand beim Hausbesuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung beziehungsweise einer AIDS-Erkrankung zusätzlich honoriert wird. Die Abrechnung der Zuschläge bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Kassennärztliche Vereinigung. Voraussetzung zum Erwerb der Genehmigung sind eingehende Erfahrungen und Kenntnisse des Vertragsarztes bei der Behandlung sterbender Patienten, was in geeigneter Weise zu belegen ist. Der berechnete Vertragsarzt verpflichtet sich zur engen und dauerhaften Zusammenarbeit mit einem onkologischen Schwerpunkt- beziehungsweise AIDS-Zentrum.

Die Kassennärztliche Vereinigung Brandenburg hat mit der AOK Brandenburg sowie der IKK Brandenburg-Berlin, der Bundesknappschaft, dem VdAK/AEV und der LKK das bundesweit derzeit einzige Screening-Programm für Schwangerschaftsdiabetes vereinbart. Werdende Mütter, die bei diesen Krankenkassen versichert sind, können diese Leistung als Kassenleistung unentgeltlich in Anspruch nehmen.

Zwischen der Kassennärztliche Vereinigung Brandenburg und den Ersatzkassenverbänden des Landes besteht seit 1. Juli 2002 ein Strukturvertrag zur Behandlung und Betreuung von Patienten im Zusammenhang mit ambulant durchführbaren Kataraktoperationen. Die Vereinbarung betrifft alle Leistungen und Sachkosten gemäß den Inhalten der Gebührenordnungsnummer 1353 des EBM, sowie die Vorbereitung und die Nachbetreuung der Patienten. Zur Unterstützung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wurde eine Qualitätskommission „Ambulante Kataraktchirurgie“ gebildet. Die Vereinbarung wurde mit Erscheinen des neuen EBM zum 31. März 2005 gekündigt.

BREMEN



Im Auftrag der Kassennärztlichen Vereinigung Bremen werden Diagnosen und Therapieempfehlungen im Rahmen der Sonographie von Säuglingshüften an eine dritte unabhängige Stelle gemeldet und dort ausgewertet. Bei Abweichungen führt die Kassennärztliche Vereinigung Stichprobenprüfungen durch und lässt die Dokumentationen von spezialisierten Kinderärzten oder Orthopäden begutachten. Bei gravierenden Mängeln muss der Arzt seine Befähigung in einem Kolloquium erneut nachweisen.

HAMBURG



Seit dem 28. Dezember 1994 dürfen Vertragsärzte in Hamburg die ambulante Behandlung rheumatischer Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung durchführen, sofern sie der Kassennärztlichen Vereinigung Hamburg nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen. Die Vereinbarungen regeln, dass nur Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie eine Genehmigung erhalten können, wenn der Anteil der Rheumatiker in der Vertragsarztpraxis mindestens 50 Prozent beträgt. Darüber hinaus ist die regelmäßige Teilnahme an rheumatologisch ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen/Qualitätszirkeln mindestens viermal jährlich nachzuweisen.

Die ambulante Behandlung von HIV-Patienten dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die der Kassennärztlichen Vereinigung Hamburg nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen. Der Vertragsarzt muss eine ausreichende praktische Erfahrung in der Behandlung AIDS-kranker Patienten besitzen. Auch die regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen des AIDS-Arbeitskreises der Kassennärztlichen Vereinigung Hamburg oder eines ähnlichen Fortbildungsangebotes/Qualitätszirkels, mindestens sechsmal jährlich, muss erfüllt werden. Dieser Vertrag wurde am 28. Dezember 1994 (Ersatzkassen) und am 1. Januar 1995 mit den Primärkassen abgeschlossen.



Die Vereinbarung zur Umweltmedizin trat am 1. April 1996 in Kraft, sie wurde zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und dem BKK-Landesverband Nord geschlossen. Diese Vereinbarung regelt, dass Ärzte mit der Bezeichnung Umweltmedizin eine Genehmigung in der vertragsärztlichen Versorgung erhalten können. An die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist der Nachweis einer mindestens viermal jährlichen Teilnahme an umweltmedizinischen Fortbildungsangeboten/Qualitätszirkeln gebunden.

HESSEN



In Hessen wurde im Juni 2005 mit neun Ersatzkassen ein Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung geschlossen. Versicherte der Gmünder Ersatzkasse, der Deutschen Angestellten Krankenkasse, der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse, der Hamburg Münchner Krankenkasse, der Hanseatischen Krankenkasse, der HZK – Die ProfiKrankenkasse für Bau- und Holzberufe, der KEH-Ersatzkasse und der hkk-Handelskrankenkasse Bremen können gegenüber ihrem Hausarzt die Teilnahme an diesem Programm erklären. Das Hausarztmodell basiert auf einem an der Universität Frankfurt am Main entwickelten Qualitätskonzept und entspricht dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgungsforschung. Es beinhaltet die verpflichtende Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie, den Einsatz evidenzbasierter und zugleich praxiserprobter Leitlinien für die hausärztliche Praxis und strukturierte hausärztliche Fortbildungsmaßnahmen (vorrangig zu patientenzentrierter Gesprächsführung, psychosomatischer Grundversorgung, Palliativmedizin, Schmerztherapie und ambulanter Geriatrie) sowie die Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Arztpraxis.

KOBLENZ (SIEHE RHEINLAND-PFALZ)



MECKLENBURG- VORPOMMERN



Am 3. Dezember 2004 wurde die Vereinbarung über die ärztliche Versorgung mit klassischer Homöopathie unterzeichnet. Diese Vereinbarung trat zum 1. Januar 2005 in Kraft. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und der IKK-Landesverband Nord beabsichtigen mit dieser Vereinbarung, im Rahmen eines Modellvorhabens gemäß Paragraph 63 ff. SGB V die ärztliche Versorgung von IKK-Versicherten mittels klassischer Homöopathie zu erproben mit dem Ziel, die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der Behandlung der Versicherten zu verbessern. Das Modellprojekt wird wissenschaftlich begleitet und soll Erkenntnisse über die Effizienz der klassischen Homöopathie erbringen und eine Aussage über deren Kosten ermöglichen.

NIEDERSACHSEN



Die Deutsche BKK hat zusammen mit dem Institut für Arterioskleroseforschung an der Universität Münster und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen ein innovatives Vorsorgeangebot in Niedersachsen eingeführt – den Gesundheits-TÜV. Ab sofort können niedersächsische Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin sowie praktische Ärzte Versicherten der Deutschen BKK im Alter zwischen 35 und 65 Jahren anstatt des bisherigen Check-up 35 (Gesundheitsuntersuchung) alle zwei Jahre den Gesundheits-TÜV anbieten. Im Unterschied zur bisherigen Gesundheitsuntersuchung kann der teilnehmende Kassenarzt beim Gesundheits-TÜV zusätzlich das individuelle Herzinfarkttrisiko anhand der Risikofaktoren eines Patienten mittels eines Computerprogramms berechnen. Mit Hilfe eines Punktesystems (PRO-CAM-Score) kann er eine Einteilung in Risikogruppen vornehmen. Somit kann bei der ärztlichen Beratung die notwendige Behandlung auf die Höhe des Risikos abgestimmt werden. Bei eventuellen therapeutischen Maßnahmen steht eine Verringerung des Herzinfarkttrisikos durch Änderungen des Lebensstils (Ernährungsumstellung, Verzicht auf das Rauchen, mehr Bewegung) im Vordergrund. Der Gesundheits-TÜV wird über

zwei Jahre wissenschaftlich vom Institut für Arterioskleroseforschung begleitet, um die Effektivität und Wirtschaftlichkeit dieser neuen Vorsorgeleistung zu überprüfen. Letztendlich soll die Frage geklärt werden, ob er in weiteren Bundesländern von der Deutschen BKK angeboten und später gegebenenfalls in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wird.

NORDBADEN



Zum 1. Quartal 1997 wurde bereits eine Betreuungspauschale für HIV/AIDS-Patienten bei der Kassenzentralen Vereinigung Nordbaden eingeführt. Diese Pauschale kann sowohl zu Lasten der Primär- als auch zu Lasten der Ersatzkassen abgerechnet werden. Die Pauschale soll die bei der Behandlung von HIV/AIDS-Patienten auftretenden zusätzlichen Kostenbelastungen ausgleichen. Die Abrechnungsfähigkeit dieser Leistung ist nur gegeben, wenn der Vertragsarzt die Qualitätskriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-infizierter e. V. (DAFNÄ) erfüllt. Weiterhin ist jährlich der Nachweis der Teilnahme an mindestens sechs themenspezifischen Fortbildungsveranstaltungen der Kassenzentralen Vereinigung Nordbaden vorzulegen.

Mit Wirkung zum 1. Oktober 1997 wurde mit dem BKK-Landesverband Baden-Württemberg die Vereinbarung über die vertragsärztliche Behandlung mittels Homöopathie geschlossen. Vertragsärzte, die über die Zusatzbezeichnung Homöopathie und über eine dreijährige Berufspraxis verfügen, sind zur Durchführung dieser Leistung berechtigt. Zusätzlich müssen die Vertragsärzte sich bereit erklären, mit der homöopathischen Behandlung zu wesentlichen Einsparungen bei der Arzneimittelverordnung beizutragen. Die Fallzahl darf 800 Scheine im Quartal nicht überschreiten. Zum 1. Dezember 2002 wurde eine gleichlautende Vereinbarung mit der IKK und zum 1. Juli 2003 mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossen.

NORDRHEIN



Mit der Vereinbarung über ambulante netzhaut- und glaskörperchirurgische Eingriffe (vitreoretinale Chirurgie) sehen die Vertragspartner in der ambulanten Vitreoretinal-Chirurgie eine Alternative zur stationären Operation. Die Vertragspartner fördern mit dieser Vereinbarung die Etablierung einer qualifizierten und qualitätsgesicherten ambulanten vitreoretinalen Chirurgie. Die Vereinbarung gilt für folgende Krankenkassen: AOK Rheinland, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Bundesknappschaft und Ersatzkassen. Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung setzt eine Genehmigung durch die Kassenzentrale Vereinigung Nordrhein voraus. Bei der Erbringung von Leistungen nach dieser Vereinbarung wird ein hoher Qualifikationsstandard des Operators sowie eine personelle, räumliche und apparative Infrastruktur vorausgesetzt. Zusätzlich setzt die Vereinbarung einen für die netzhaut- und glaskörperchirurgische Augenoperation klinischen Standard voraus.

Die AIDS-Vereinbarung regelt den zusätzlichen Aufwand personeller und sachlicher Mittel bei der Behandlung therapiebedürftiger HIV-/AIDS-infizierter Patienten. Die AIDS-Vereinbarung gilt für folgende Krankenkassen: AOK Rheinland, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, Bundesknappschaft und Ersatzkassen. Die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach der AIDS-Vereinbarung setzt eine Genehmigung durch die Kassenzentrale Vereinigung Nordrhein voraus. Die nach dieser Vereinbarung tätigen Ärzte müssen persönliche Voraussetzungen für die Abrechnung erfüllen und die erforderlichen fachlichen Nachweise gegenüber der Kassenzentralen Vereinigung Nordrhein vorlegen. Darüber hinaus setzt die AIDS-Vereinbarung für den verantwortlichen Arzt die Teilnahme an einem HIV-/AIDS-Qualitätszirkel einmal pro Quartal voraus. Diesen Qualitätszirkeln sollen neben den bei diesem Krankheitsbild häufig angesprochenen Ärzten weitere Fachgruppen angehören sowie Pflegedienste, Sozialstationen, Sozialarbeiter, psychosoziale Hilfsorganisationen, Hospize, Selbsthilfegruppen etc.

NORD-WÜRTTEMBERG



Zwischen der Kassennärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, der AOK Baden-Württemberg und der Techniker Krankenkasse wurde am 1. Juli 2002 die Vereinbarung zur Etablierung und Erprobung interdisziplinärer Schmerzkonferenzen (ISK) abgeschlossen. Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Versorgung und der Lebensqualität chronisch schmerzkranker Patienten. Jeder Vertragsarzt kann Schmerzpatienten beim Leiter einer regionalen ISK anmelden, sofern der Patient hierfür die Voraussetzungen erfüllt. Die ISK ist eine konsiliarische Patientenfallbesprechung, bei der Diagnostik und Therapie für einen chronisch schmerzkranken Patienten von Ärzten verschiedener Fachrichtungen zur Diskussion gestellt wird. Unter der Leitung qualifizierter Schmerztherapeuten wird ein Therapieplan erstellt und es werden Empfehlungen über das weitere Vorgehen besprochen.

Im Rahmen des Kooperationsvertrages zwischen einigen Krankenkassen und der KVNW sind entsprechend qualifizierte Vertragsärzte zur Durchführung und Abrechnung umweltmedizinischer Beratungen berechtigt. Sie können gegebenenfalls diejenigen Erkrankungen diagnostizieren und adäquat behandeln, deren Entstehung auf Schadstoffeinwirkung zurückgeführt werden kann. Die Abrechnung umweltmedizinischer Leistungen kann erfolgen, wenn der Vertragsarzt über die Gebietsbezeichnung Hygiene und Umwelt oder über die Zusatzbezeichnung Umweltmedizin verfügt oder erfolgreich an einer Fortbildungsveranstaltung zur Umweltmedizin teilgenommen hat.

Die Kassennärztliche Vereinigung Nord-Württemberg startet gemeinsam mit der Gmünder Ersatzkasse, der Deutscher Angestellten Krankenkasse, der Techniker Krankenkasse und weiteren Kassen ein Modell zur hausarztzentrierten Versorgung. Das Modell sieht eine Steuerungsfunktion für den Hausarzt im ambulanten Sektor vor und sichert das hohe Niveau der medizinischen Behandlung für die Patienten. Ziel ist es, die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten zu intensivieren und die Zahl der Fehlbelegungen im Krankenhaus zu reduzieren. Der Vertrag gilt auch für andere Kassen des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV).

PFALZ (SIEHE RHEINLAND-PFALZ)



RHEINHESSEN (SIEHE RHEINLAND-PFALZ)



RHEINLAND-PFALZ: KOBLENZ, PFALZ, RHEINHESSEN, TRIER



Strukturvertrag ambulantes Operieren: Zum 1. Juli 2003 beziehungsweise 1. Oktober 2003 traten die neuen Verträge zwischen der Kassennärztlichen Vereinigung und den Rheinland-Pfälzischen Landesverbänden der BKK, der IKK und der LKK sowie der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulant durchgeführter und stationsersetzender Operationen und deren Qualitätssicherung durch Komplexpauschalen und pauschale Vergütungszuschläge in Kraft. Durch die gezielte finanzielle Förderung der ambulanten Tätigkeit sollen spezielle Operationen, die bisher noch fast ausschließlich unter stationären Bedingungen erfolgen – soweit medizinisch indiziert – künftig qualitativ gleichwertig ambulant erbracht werden. Die Teilnahme an den Strukturverträgen zur Förderung des ambulanten Operierens setzt eine Abrechnungsgenehmigung zum ambulanten Operieren/Anästhesieren voraus. Die Erbringung der ambulanten Operationen erfolgt nach Facharztstandard in einem operativen Fachgebiet und ist mit der regelmäßigen Erbringung ambulanter Operationsleistungen sowie der regelmäßigen Teilnahme an einem Qualitätszirkel verbunden.

Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Behandlung von Typ-1-Diabetikern in diabetologischen Schwerpunktpraxen: In Rheinland-Pfalz bestehen Vereinbarungen der Kassennärztlichen Vereinigung mit dem BKK-, IKK-, LKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland vom 17. März 1998 und

mit dem Verband der Angestellten Krankenkassen sowie dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband vom 1. Januar 1997 zur Behandlung von Typ-1-Diabetikern in diabetologischen Schwerpunktpraxen.

Gegenstand des Vertrages zur Regelung der onkologischen Nachsorge in Rheinland-Pfalz ist die Regelung der Durchführung einer flächendeckenden und qualitätsgleichen medizinischen und organisatorischen EDV-gestützten Nachsorge. Die onkologische Nachsorge im Sinne dieses Vertrages umfasst die Betreuung von Patienten, bei denen die aktuelle operative, chemo- oder strahlentherapeutische Behandlung abgeschlossen ist, auch wenn danach eine weiterführende adjuvante endokrine oder immunmodulierende Therapie gegebenenfalls über längere Zeit durchgeführt werden muss. Die Inanspruchnahme der im Rahmen des Nachsorgeprogramms abrechnungsfähigen Beträge setzt den Nachweis über die Teilnahme an drei onkologischen Fortbildungen voraus. Dieser Nachweis ist in der Folge für jedes Jahr erneut zu erbringen.

SAARLAND



Auf Landesebene wurden im Jahre 1998 eigene Verträge zur Förderung ambulanter stationersetzender Operationen mit den bereichseigenen Vertragspartnern (außer mit der Bundesknappschaft) auf der Grundlage der Vereinbarung nach Paragraph 115 b Abs. 1 SGB V geschlossen. Des Weiteren ist am 1. Januar 2002 mit den gleichen Vertragspartnern die Vereinbarung zur Durchführung ambulanter Kataraktoperationen in Kraft getreten. Mit der VdAK/AEV-Landesvertretung Saarland ist mit Wirkung vom 1. Januar 2003 ein Strukturvertrag nach Paragraph 73 a SGB V zur Förderung ausgewählter krankenhausersetzender ambulanter Operationen abgeschlossen worden. Dieser Vertrag, der für die bereichseigenen Ersatzkassen gilt, umfasst zehn Operationen. Im Rahmen dieses Vertrages werden Praxisbegehungen zur Überprüfung der Strukturqualität mit den Kommissionsmitgliedern durchgeführt.

SACHSEN



Mit dem Modellprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung und der AOK zur Förderung der Früherkennung gastrointestinaler Tumoren vom 1. Januar 2001 (zuletzt geändert am 1. Januar 2004) soll das Bewusstsein der Bevölkerung für die Früherkennung geschärft und zu verstärkter Inanspruchnahme von Präventionsuntersuchungen angeregt werden. Außerdem sollen Erkenntnisse dahingehend gewonnen werden, inwieweit die Erkennungsrate der Frühkarzinome durch breit angelegte Screeninguntersuchungen, einschließlich endoskopischer Untersuchungen, gesteigert werden kann. Die Basis-Screening-Untersuchungen werden in diesem Projekt mittels „strukturierter Anamnese“, Basislaboruntersuchungen und Stuhltests auf okkultes Blut (HC-Test) durchgeführt.

Für die Stärkung der Versorgung onkologisch erkrankter Personen wurde ähnlich der Onkologievereinbarung des BMV-EKV Verträge mit den Landesverbänden der AOK, der IKK, der BKK und der Bundesknappschaft geschlossen. Die Verträge bestehen bereits seit dem 1. Oktober 2001 und wurden am 1. Juni 2003 zuletzt geändert.

Die Impfvereinbarung Sachsen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mit den Landesverbänden der AOK, der Seekrankenkasse, der BKK, der IKK, der Bundesknappschaft, der KK für den Gartenbau und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse vom 1. Januar 2003 folgt im Wesentlichen den von der Sächsischen Impfkommision zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen ausgesprochenen Empfehlungen. Analog wurde ein Vertrag mit den Kassen des VdAK/AEV geschlossen.

Der Vertrag zum Modellprojekt Akupunktur von Kassenärztlicher Vereinigung und AOK wurde zuletzt am 1. April 2005 geändert.

Ebenfalls zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der AOK wurde am 1. Januar 2000 eine Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der interdisziplinären psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen. Im Vordergrund dieser Vereinbarung



steht dabei der gezielte Ausbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen insbesondere die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.

SACHSEN-ANHALT



1996 wurde der Rahmenvertrag über die vertragsärztliche Durchführung einer orthopädischen Rückenschule zwischen dem AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt abgeschlossen. Mit diesem Vertrag wollen die AOKen Magdeburg und Halle die Möglichkeit der Vertragsärzte, prophylaktisch im Interesse ihrer AOK-Patienten tätig werden zu können, verstärken. Die Rahmenvereinbarung regelt die vertragsärztliche Beratung zur Vermeidung/Linderung von Rücken-/Wirbelsäulenbeschwerden und die vertragsärztliche Verordnung einer Rückenschule sowie deren Durchführung. Durch gezielte Bewegungsübungen soll die Entwicklung einer kräftigen Muskulatur vor allem im Rückenbereich bewirkt werden. Zweck der Schulung ist auch die Verhinderung von Folgeerkrankungen.

2002 wurde die Vereinbarung über die Durchführung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation in einem Ambulanten geriatrischen Rehakomplex (AGR) im Rahmen eines Modellvorhabens gemäß Paragraph 63 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und der AOK Sachsen-Anhalt abgeschlossen. Die Vertragspartner schaffen auf der Grundlage des Geriatriekonzeptes des Landes Sachsen-Anhalt mit dieser Vereinbarung ganzheitliche Versorgungsstrukturen zur Verbesserung der Situation alter kranker Menschen unter der weitestgehenden Beibehaltung der Selbständigkeit in ihrem selbstgewählten sozialen Umfeld. Das AGR-Konzept (Modell Schönebeck) bildet die Grundlage für eine lückenlose Versorgung von mobilen geriatrischen Patienten durch eine gezielte umfassende

und qualifizierte Betreuung durch alle im AGR integrierten medizinischen, therapeutischen und sozialen Leistungsbereiche mit dem Ziel der Kostenoptimierung. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt stellt durch einen Vertrag mit dem Träger des AGR Schönebeck sicher, dass die ambulante geriatrische Rehabilitation im Sinne dieser Vereinbarung durchgeführt wird. Durch die Schaffung der ambulanten Versorgungsstruktur soll die stationäre Behandlung vorzeitig verhindert werden.

SCHLESWIG-HOLSTEIN



Mit der Dräger & Hanse BKK ist im Jahre 2002 eine Vereinbarung zur Durchführung von Schulungen und Trainingsmaßnahmen bei Erwachsenen mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen geschlossen worden. Ziel dieser Schulungs- und Trainingsmaßnahmen ist es, bei betroffenen Patienten eine Verhaltensänderung zu erreichen, die zu einem günstigeren Krankheitsverlauf und erhöhter Leistungsfähigkeit führt. Langfristig können somit Morbidität und Letalität gesenkt und die Lebensqualität verbessert werden. Da diese Regelungen nur für Erwachsene gelten, haben die Vertragspartner Ende des Berichtsjahres Verhandlungen zur Erweiterung auch für Kinder und Jugendliche aufgenommen.

Das im April 2001 ins Leben gerufene Modellvorhaben QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik) verfolgt das Ziel, durch eine unabhängige Zweitbefundung eine weitere Verbesserung in der Brustkrebsdiagnostik zu erreichen. Bei notwendigen, feingeweblichen Untersuchungen werden zudem neueste schonende Techniken angewandt, die grundsätzlich ambulant erfolgen können. Nach fast dreijähriger erfolgreicher Zusammenarbeit konnte das Projekt im Jahr 2004 auf das gesamte Land Schleswig-Holstein ausgedehnt werden. Ursprünglich war an dem Projekt nur eine ausgewählte Modellregion (vier Kreise) beteiligt. Die Teilnahme von Patientinnen außerhalb dieser Modellregion gilt eingeschränkt für Versicherte der IKK, LKK, Krankenkasse für den Gartenbau und einiger Betriebskrankenkassen.

SÜDBADEN



Die Kassenärztliche Vereinigung Südbaden und die Techniker Krankenkasse starten im Dezember 2004 gemeinsam ein Modellprojekt zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Teilnehmen können in Südbaden rund 80 Psychotherapeuten und 400 Patientinnen und Patienten der Techniker Krankenkasse. Die Teilnahme am Modellprojekt ist für Patienten und Psychotherapeuten freiwillig. Ziel des Projektes ist, verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente und -maßnahmen in der ambulanten Psychotherapie zu erproben und zu vergleichen.

Zwischen der Kassenärztliche Vereinigung Südbaden und der AOK Baden-Württemberg wurde mit Wirkung ab dem 1. Juli 2004 eine Vereinbarung über die Versorgung mit ambulanten Kataraktoperationen auf der Grundlage des Paragraphen 73 c SGB V abgeschlossen. Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zur Leistungserbringung, Vergütung und Qualitätssicherung die Kataraktoperationen zukünftig – wann immer möglich – ambulant beziehungsweise stationersetzend zu erbringen. Die teilnehmenden Augenärzte können an dieser Vereinbarung teilnehmen, wenn sie mindestens 1.000 Kataraktoperationen durchgeführt haben. Davon müssen mindestens 200 Kataraktoperationen in den vergangenen zwölf Monaten durchgeführt worden sein. Darüber hinaus muss der teilnehmende Augenarzt Anforderungen zur Struktur und Prozessqualität erfüllen.

SÜDWÜRTTEMBERG



Die Kassenärztliche Vereinigung Südwürttemberg und die IKK Baden-Württemberg beabsichtigen, mit der 2003 abgeschlossenen Vereinbarung über die vertragsärztliche Behandlung mit Homöopathie die vertragsärztliche Behandlung von IKK-Versicherten mittels Homöopathie als im Gesetz besonders privilegierte Therapierichtung zu fördern. Die Parteien gehen davon aus, dass die Vergütung der homöopathischen Anamnesen und Behandlungen durch zu erwartende Einsparungen bei den Arzneimittelkosten gerechtfertigt ist. Homöopathie ist ein begründetes und gesetzlich privilegiertes Heilverfahren, das Krankheiten mit stark verdünnten Stoffen heilt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Homöopathie stärkt die Selbstregulierungskräfte des Körpers. Homöopathische Behandlung ist primär bei chronischen Erkrankungen indiziert. Bei der homöopathischen Behandlung sind Kontraindikationen zu beachten.

Zwischen der Kassenärztliche Vereinigung Südwürttemberg und dem BKK-Landesverband Südwürttemberg wurde 2001 die Vereinbarung über die Durchführung einer prophylaktischen Untersuchung und Frühbehandlung von Hautveränderungen abgeschlossen. Die Partner dieser Vereinbarung haben sich zum Ziel gesetzt, mit Maßnahmen der medizinischen Vorsorge (Paragraph 23 Abs. 1 SGB V) Hautveränderungen auf ihren Krankheitswert (Behandlungsbedürftigkeit) zu untersuchen, insbesondere Hautkrebs zu erkennen und einer frühzeitigen Behandlung zuzuführen. Dabei soll neben der ärztlichen Untersuchung über die Themen Sonnenschutz und Hautpflege informiert werden, um durch Verhaltensänderungen Hautschäden, insbesondere den Hautkrebs, zu verhüten. Festgestellte Hauterkrankungen werden der kurativen Behandlung zugeführt.



THÜRINGEN



Als Dienstleistungsangebot für Ärzte, Psychotherapeuten, Patienten, aber auch Institutionen wie Krankenkassen und Krankenhäuser hat die Kassenzärztliche Vereinigung Thüringen im Jahr 2001 eine Servicestelle eingerichtet, die wochentags von 8 bis 17 Uhr erreichbar und durch drei Personen besetzt ist. Täglich werden hier mehr als 50 Telefonate bearbeitet. Die Fragen beziehen sich derzeit in der Hauptsache auf spezielle Leistungsangebote, auf Qualitätszirkel, auf Qualitätsmanagement für Arztpraxen und Disease-Management-Programme.

Ein besonderer Service für die Mitglieder der Kassenzärztlichen Vereinigung ist die Bereitstellung und Pflege eines Beratungsleitfadens der Hauptabteilung Kassenzärztliche Versorgung im Internet. Dieser gibt Auskunft über die geltenden Vereinbarungen, Richtlinien etc.

Mit einer Pressekonferenz am 9. Juni 2005 startete die Kassenzärztliche Vereinigung Thüringen gemeinsam mit dem Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit ihre Werbekampagne gegen den Ärztemangel. In Absprache mit dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Thüringen bietet sich dortigen Praxisinhabern in Gebieten, die bald unterversorgt zu sein drohen, nun die Möglichkeit der Anstellung eines Arztes als so genannter Sicherstellungsassistent und als potentieller Praxismachfolger. Neu hierbei ist die Partizipation an der Honorarverteilung, was bisher bei Anstellungen ausgeschlossen war. Gefördert wird das zunächst auf zwei Jahre befristete Projekt durch die Kassenzärztliche Vereinigung Thüringen. Als weitere Maßnahme betreibt die Kassenzärztliche Vereinigung Thüringen seit dem 1. Oktober 2005 in einer besonders betroffenen Region eine eigene Praxis mit angestellten Ärzten. Bei Erfolg soll dieses Pilotprojekt, auf weitere von massiver Unterversorgung bedrohte Regionen Thüringens ausgedehnt werden. Das von den Krankenkassen verpflichtend mitzufinanzierende Projekt soll neben der Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung den jungen Ärzten das Kennenlernen der niedergelassenen Tätigkeit und die Perspektive einer Übernahme von Praxen in der Region ermöglichen.

TRIER (SIEHE RHEINLAND-PFALZ)



WESTFALEN-LIPPE



Auf Landesebene wurde eine Vereinbarung über eine umweltmedizinische Diagnostik geschlossen. Sofern ein niedergelassener Vertragsarzt über die Anerkennung des Fachgebietes Hygiene und Umweltmedizin oder die Zusatzbezeichnung Umweltmedizin verfügt, ist er antragsberechtigt. Aber auch diejenigen Ärzte können einen Antrag stellen, die an einer von der Kassenzärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe anerkannten Fortbildungsveranstaltung Umweltmedizin über 40 Stunden oder der Grundqualifikation (Kurse A und B) der Kursreihe zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenzärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe teilgenommen haben. Sie erhalten nach positiver Beurteilung der eingereichten Unterlagen eine Genehmigung.

Strukturvertrag zur Förderung ambulanter krankenhausersetzender Operationen gemäß Paragraph 73 a SGB V: Der Vertrag ist zum 1. Juli 1998 in Kraft getreten und umfasst 21 Operationen mit festen Euro-Beträgen. Ziel dieses Vertrages ist es, das ambulante Operieren über die bisherigen Maßnahmen hinaus zu fördern, um Leistungen, die stationär erbracht werden sowie medizinisch indiziert sind, durch das ambulante Operieren zu substituieren. Hierzu soll auch die Kooperation von Hausärzten und Fachärzten im Interesse der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung intensiviert werden.

Vereinbarung zur integrierten Versorgung nach Paragraph 140 a ff. SGB V Durch gemeinsame Anstrengungen der Vertragspartner ist in Westfalen-Lippe eine integrierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus aufgebaut worden. Diese Vereinbarung dient der Fortsetzung der integrativen Versorgung nach Einführung der Vereinbarung nach Paragraph 73 a SGB V über

die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach Paragraph 137 f SGB V vom 11. April 2003. Die mit dieser Vereinbarung geregelte fachärztliche diabetologische Versorgung ist dabei ebenfalls konsequent an den medizinischen Vorgaben nach Anlage 1 der RSAV ausgerichtet. Die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossene geänderte Vereinbarung für Diabetologische Schwerpunktpraxen ist zum 1. April 2004 in Kraft getreten ist. Mit der vorliegenden Vereinbarung werden Inhalte, Qualitätssicherung und die qualitätsorientierte Vergütung einer diabetologisch spezialisierten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus durch diabetologische Schwerpunktpraxen geregelt. Ziel dieser Vereinbarung ist die Sicherung einer integrativen, arbeitsteilig gestalteten diabetologischen Versorgung durch das Anbinden der diabetologischen Schwerpunktpraxen an die Vereinbarung nach Paragraph 73 a SGB V über die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme nach Paragraph 137 f SGB V vom 11. April 2003 zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Diabetikern.

Naturheilverfahren/Homöopathie/Neuraltherapie: Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat am 1. Juli 2001 mit dem Landesverband der Innungskrankenkassen Westfalen-Lippe eine Vereinbarung über die Behandlung von Versicherten der IKK mit klassischen Naturheilverfahren und

klassisch naturheilkundlichen Therapiemethoden geschlossen. Antragsberechtigt sind diejenigen Ärzte, die zum Führen der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und/oder Homöopathie berechtigt sind. Zusätzlich können neuraltherapeutische Leistungen durchgeführt und abgerechnet werden, sofern die Teilnahme an der Kursreihe Neuraltherapie im Rahmen der Seminare für Schmerztherapie/Regulationstherapie der Ärztekammer Westfalen-Lippe oder an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe anerkannten Kurs (Anlage 1 der Vereinbarung) durch Zertifikat/Bescheinigung nachgewiesen wird. Nach der Vereinbarung ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel und/oder an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen jährlich zum 31. Dezember gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe nachzuweisen.

Die kassenärztliche Vereinigung führt eine Qualitätssicherung im Rahmen der Schmerztherapievereinbarung auf Landesebene bezogen auf die jährliche Nachweispflicht sowie auf die Überprüfung der Dokumentation unter Beachtung der Vorgaben in Paragraph 2 Nr. 8 der Schmerztherapie-Vereinbarung durch.

BADEN-WÜRTTEMBERG (AB 2005)



4.3 BESONDERE PROJEKTE/AUSBLICK

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit bei Frauen. Etwa zehn Prozent der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Internationale Studien haben gezeigt, dass ein organisiertes Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50 bis 69-jährigen Frauen, das so genannte Mammographie-Screening, die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken kann. Voraussetzung ist eine hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote. Die zentralen Maßnahmen hierfür sind 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 dazu die entsprechenden Richtlinien (Ergänzung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und der Bundesmantelverträge Ärzte/Ersatzkassen) in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren zweijährlich Anspruch auf eine Screening-Mammographie-Untersuchung, sobald das Screening in ihrer Region angeboten wird.

Qualität durch Qualifikation

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

Ein Grund hierfür ist die geringe Prävalenz. Das heißt: Im Gegensatz zur kurativen Mammographie ist im Screening „nur“ mit wenigen Verdachtsfällen bei den untersuchten Frauen zu rechnen. Zudem ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Das Wissen um die zu erwartende Prävalenz 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 Grund hierfür ist wie gesagt die geringe Prävalenz, die bei einer Screening-Befundung von 5.000 Frauen „nur“ 20 Karzinome erwarten lässt. Der Nachweis ist ein Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit im Programm zu erbringen.

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

Organisatorische Struktur, Ausschreibung und Teilnahme

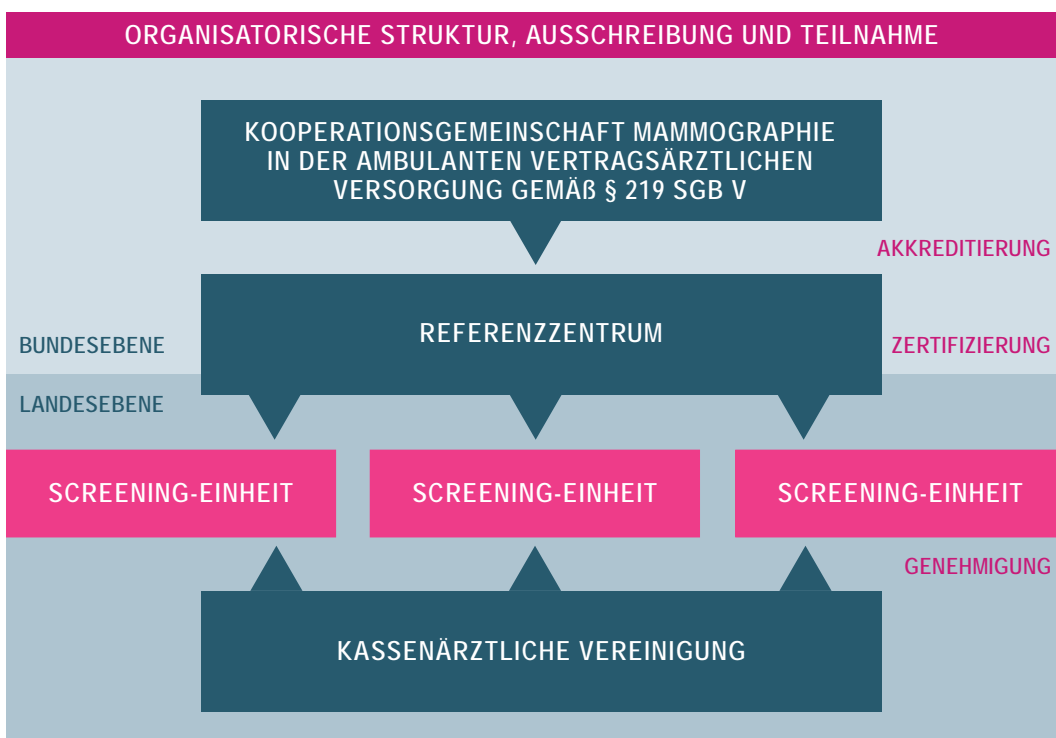
Grundlage für die Auswahl der am Screening-Programm teilnehmenden Ärzte ist ein öffentliches Ausschreibungsverfahren. Jeder interessierte Radiologe oder Gynäkologe, der über die Fachkunde im Strahlenschutz und die fachlichen Voraussetzungen zur kurativen Mammographie verfügt, kann sich als programmverantwortlicher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

Die Kassenärztliche Vereinigung wählt die geeigneten Bewerber nach Eignung und bestmöglicher räumlicher Zuordnung für die Versorgung der Frauen aus und erteilt diesen im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene eine Genehmigung. Die Genehmigung ist mit der Auflage verbunden, dass der Arzt innerhalb von höchstens neun Monaten die für den Screening-Betrieb erforderlichen spezifischen

fachlichen Qualifikationen (zum Beispiel Fortbildungsveranstaltung, Tätigkeit in einem Referenzzentrum) erwirbt und die Realisierung der im Bewerbungskonzept beschriebenen baulichen und apparativen Maßnahmen nachweist. Ist dies erfolgt, kann mit der Übernahme des Versorgungsauftrages begonnen werden. Einige Kassenärztlichen Vereinigungen haben bereits die Versorgungsaufträge ausgeschrieben, andere bereiten die Ausschreibungen derzeit vor. In den regionalen amtlichen Mitteilungsorganen werden die Ausschreibungen angekündigt und veröffentlicht.

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

Die „Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ selber ist eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts und wurde zum 1. August 2003 von den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegründet (<http://www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de>).



SCHMERZTHERAPIE

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

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

Bereits 1994 schlossen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Verbände der Ersatzkassen (VdAK/AEV) als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen eine „Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten“ ab. Damit trat erstmals in Deutschland eine bundeseinheitliche Regelung mit dem Ziel in Kraft, die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch besonders dafür qualifizierte Vertragsärzte zu ermöglichen, zu fördern und in der vertragsärztlichen Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Mit der darauf folgenden Einführung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Jahr 1995 wurden die Voraussetzungen für eine zeitgemäße Schmerztherapie weiter verbessert. Die Schmerztherapie-Vereinbarung wurde 2004 inhaltlich überarbeitet und neu gefasst. Zwar bestanden auch im Primärkassenbereich einige Schmerztherapie-Vereinbarungen auf Landesebene, doch nicht alle Kassen hatten für ihre chronisch schmerzkranken Patienten besondere Verträge abgeschlossen, sodass bislang nur Ersatzkassen-Versicherte nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards behandelt werden.

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

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

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

SCHLAFAPNOE

Schlafbezogene Atmungsstörungen im Sinne der am 1. April 2005 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen geschlossenen Qualitätsvereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können.

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

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

SONOGRAPHIE DER SÄUGLINGSHÜFTE

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

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



sowie der Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Befundung und Indikationsstellung für Folgemaßnahmen. Auch die sich aus der jeweiligen Anamnese, dem klinischen oder sonographischen Befund ergebenden Konsequenzen für das vom Vertragsarzt veranlasste weitere diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen sind im Umfang der Überprüfung enthalten.

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



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 durch die Erhebung von Qualitätsindikatoren, beispielsweise Dialyse-dauer und -frequenz, diese Qualität 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 deutlich im Gesamtvergleich auffallen und gegebenenfalls einer tiefer gehenden Überprüfung unterzogen werden müssen.

Das System befindet sich derzeit im Aufbau. Es wird davon ausgegangen, dass im Laufe des Jahres 2006 mit dem Start in der Fläche begonnen werden kann.



5

04 ANHANG

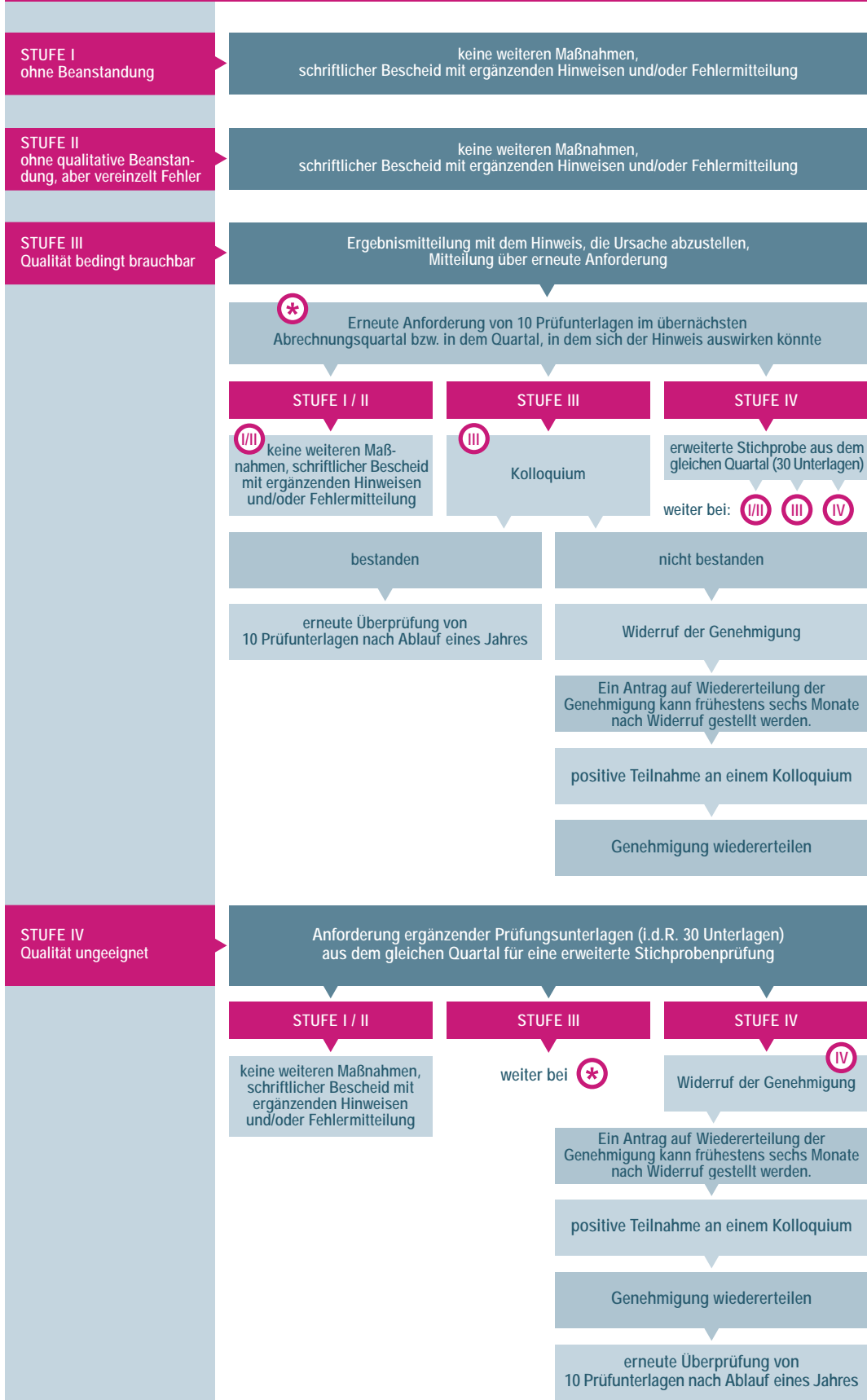
5.1 EINZELFALLPRÜFUNGEN NACH STICHPROBEN

Zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen unter anderem die Möglichkeit, Einzelfallprüfungen nach Stichproben sowohl auf Grundlage von Paragraph 136 als auch Paragraph 75 Abs. 7 oder Paragraph 135 Abs. 2 zu vereinbaren und durchzuführen. Beispiele für solche Regelungen sind für Paragraph 136 die Vereinbarung zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie und die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (die regional modifiziert sind). Für Paragraph 135 Abs. 2 ist die Anlage IV zur Ultraschallvereinbarung (Säuglingshüfte) zu nennen. Im Gegensatz zu den eben

genannten Regelungen werden Vereinbarungen nach Paragraph 75 Abs. 7 in der Regel direkt regional getroffen. Beispiele sind hier die Vereinbarungen zum Langzeit-EKG im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin oder Westfalen-Lippe. Darüber hinaus sind in den neueren Richtlinien zu Paragraph 135 Abs. 1 auch Stichprobenprüfungen vorgesehen (Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Photodynamische Therapie).

Zur Erläuterung dieses komplexen Prüfverfahrens ist auf der nächsten Seite ein Ablaufdiagramm zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe abgebildet.

Für die Einstufung ist grundsätzlich die Beurteilung maßgeblich, die sich nach einer zusammenfassenden Bewertung der technischen Qualität sämtlicher vom Arzt vorgelegten Röntgenfilme und/oder Computertomogramme der medizinischen Fragestellung sowie der Schlüssigkeit der Befunde ergibt.



5.2 ARZTSTRUKTUR (STAND 31. DEZEMBER 2004)

VERTRAGSÄRZTE UND ERMÄCHTIGTE ÄRZTE/PsYCHOTHERAPEUTEN

	Vertragsärzte	Ermächtigungen	Summe
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	42.587	315	42.902
Anästhesisten	2.633	1.026	3.659
Augenärzte	5.198	138	5.336
Chirurgen	3.693	1.894	5.587
darunter Gefäßchirurgen	258	426	684
darunter Herz- & Gefäßchirurgen	0	0	0
darunter Kinderchirurgen	55	45	100
darunter Plastische Chirurgen	147	78	225
darunter Thoraxchirurgen	5	95	100
darunter Thorax- & Kardiovaskularchirurgen	16	37	53
darunter Unfallchirurgen	1.305	868	2.173
darunter Visceralchirurgen	69	470	539
Dermatologen	3.288	103	3.391
Gynäkologen	9.694	879	10.573
HNO-Ärzte	3.923	174	4.097
darunter Audiologen	8	5	13
darunter Phoniater	24	0	24
darunter Phoniater & Pädaudiologen	72	21	93
Internisten	17.705	2.793	20.498
darunter Angiologen	257	130	387
darunter Diabetologen	55	10	65
darunter Endokrinologen	163	88	251
darunter Gastroenterologen	780	603	1.383
darunter Geriater	1	1	2
darunter Hämatologen	120	97	217
darunter Hämatologen & Internistische Onkologen	414	227	641
darunter Infektions- & Tropenmediziner	6	10	16
darunter Kardiologen	1.550	602	2.152
darunter Nephrologen	1.071	141	1.212
darunter Pneumologen	732	186	918
darunter Rheumatologen	386	153	539



	Vertragsärzte	Ermächtigungen	Summe
Kinderärzte	5.718	828	6.546
darunter Kinderdiabetologen	0	3	3
darunter Kindergastroenterologen	0	3	3
darunter Kinderhämatologen	4	6	10
darunter Kinderkardiologen	167	76	243
darunter Kinder-Lungen- & Bronchialheilkunde	8	9	17
darunter Kinderneurologen	7	4	11
darunter Kinderneuropsychiater	23	4	27
darunter Kinderrheumatologen	2	0	2
darunter Neonatologen	160	209	369
darunter Kinderneuropsych. der Nervenheilkunde	19	7	26
Kinder- und Jugendpsychiater	529	67	596
Laborärzte	637	114	751
Lungenärzte	247	19	266
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	892	49	941
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	4.991	642	5.633
Neurochirurgen	267	137	404
Nuklearmediziner	451	80	531
Orthopäden	4.997	329	5.326
darunter Rheumatologen	476	101	577
Pathologen	538	123	661
darunter Neuropathologen	6	3	9
Psychotherapeuten – ärztlich	3.578	149	3.727
Psychotherapeuten – psychologisch und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	14.341	370	14.689
Radiologen/Diagnostische Radiologie	2.478	798	3.276
darunter Kinderradiologen	17	36	53
darunter Neuroradiologen	94	80	174
darunter Strahlentherapeuten	42	41	83
Urologen	2.576	231	2.807
Summe			142.197

5.3 HANDBUCH QUALITÄTSZIRKEL

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



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

Im Kapitel „Konzeptvorstellung“ werden die Ziele, die die Kassenärztliche Bundes-

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

Das Kapitel „Module für Tutoren“ (Tutoren sind entsprechend fortgebildete Moderatoren) beinhaltet die Grundlagen der Gründung und Leitung lo-

kaler Moderatorengruppen sowie die Organisation und Durchführung der Moderatorenausbildung. Es beinhaltet auch einen Ablaufplan zur Organisation der Ausbildungswochenenden in den Kassenärztlichen Vereinigungen. Im Kapitel „Modul für QZ-Tutoren und -Moderatoren“ liegt der Schwerpunkt auf Verfahrensvorschlägen für die Gestaltung von Qualitätszirkelsitzungen zu den Themen

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

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

Das Handbuch wird kontinuierlich fortgeschrieben werden. In Auftrag gegeben ist derzeit die Entwicklung einer Dramaturgie für (Beinahe-) Fehlermeldesysteme. Von Tutoren selbst werden momentan mehrere Dramaturgien zur begleitenden Einführung von Qualitätsmanagement in Praxen entwickelt und erprobt. Weiterhin geplant sind Themen wie Prävention oder Pharmakotherapie.

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



5.4 QUELLEN

- ▶ Bundesarztregister, Stand 31.12.2004
- ▶ Qualitätsbericht 2004 KV Bayerns
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Berlin
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Brandenburg
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Bremen
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Hamburg
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Koblenz
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Niedersachsen
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Nordbaden
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Nordrhein
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Nord-Württemberg
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Pfalz
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Rheinhessen
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Sachsen-Anhalt
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Südbaden
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Saarland
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Schlesw.-Holstein
- ▶ Qualitätsbericht 2004 KV Südwürttemberg
- ▶ Qualitätsbericht 2004 KV Thüringen
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Trier
- ▶ Datenerhebungen 2004 KV Westfalen-Lippe
- ▶ Internetauftritte der Kassenärztlichen Vereinigungen Sommer 2005
- ▶ Kriedel T, Kintrup A. Qualität in der Vertragsärztlichen Versorgung. Fortbildungsheft 11 der KBV. 10/2004
- ▶ KVWL Pluspunkt extra Nr. 24. 8/2004

5.5 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AGR	Ambulanter geriatrischer Rehabilitationskomplex – Modell Schönebeck
ÄK	Ärzttekammer
AOK	allgemeine Ortskrankenkasse
AQS	Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BDA	Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands
BKK	Betriebskrankenkasse
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
BMV-EKV	Bundemantelvertrag-Ersatzkassenverbände
BUB	Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
BV	Berufsverband
CIRS	Critical Incident Reporting System
CPAP	continuous positive airway pressure
DAFNÄ	Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-infizierter

DAK	Deutscher Angestellten Krankenkasse
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DM1	Diabetes mellitus Typ 1
DM2	Diabetes mellitus Typ 2
DMP	Disease-Management-Programme
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ECHI	European Community Health Indicators – Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft
EKG	Langzeit-Elektrokardiographie
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
HEK	Hanseatische Krankenkasse
hkk	Handelskrankenkasse Bremen
HMK	Hamburg Münchner Krankenkasse
HZK	Die ProfiKrankenkasse für Bau- und Holzberufe
IKK	Innungskrankenkasse
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISK	interdisziplinärer Schmerzkonferenzen
KBE	Keimbelastung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KEH	KEH-Ersatzkasse (ehemals Krankenkasse Eintracht Heusenstamm)
KH	Krankenhaus
KHK	koronare Herzerkrankung
KK	Krankenkassen
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	low density lipoprotein
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
LV	Landesverband
MRM	Magnetresonanztomographie
MRT	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QI	Qualitätsindikator
QM	Qualitätsmanagement
QZ	Qualitätszirkel
RSAV	Rikostukturausgleichsverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen

5.6 STICHWORTVERZEICHNIS

A

Allgemeine Radiographie ▶ 44
Ambulantes Operieren ▶ 30
Analytische Psychotherapie ▶ 40
Apheresen ▶ 30
Arthroskopie ▶ 31
Arztdichte ▶ 5
Ärztemangel ▶ 7
Arztstruktur ▶ 66
Autogenes Training ▶ 41

B

Befreiung von der Gutachterpflicht ▶ 40
(Beinahe-)Fehlermeldesystem ▶ 18
Blutreinigungsverfahren ▶ 31, 63

C

Chirotherapie ▶ 32
CIRSmedical ▶ 18
Computertomographie ▶ 45
Critical Incident Reporting System ▶ 18

D

Dialyse ▶ 31, 63
Disease-Management-Programme ▶ 6, 12
DMP Brustkrebs ▶ 12
DMP Diabetes mellitus Typ 2 ▶ 12
DMP Koronare Herzerkrankung ▶ 12

E

ESWL ▶ 43
Extrakorporale Stoßwellentherapie ▶ 43

F

Fehlermeldesystem ▶ 18
Fluoreszenzangiographien ▶ 39
Fortbildungsverpflichtung ▶ 6, 17
Freie Arztwahl ▶ 4

G

Gemeinsamer Bundesausschuss ▶ 6, 21
Genehmigungsverfahren ▶ 26
Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft ▶ 34
Gesundheitsreform 2004 ▶ 6

H

Handbuch Qualitätszirkel ▶ 68
Herzschrittmacher-Kontrolle ▶ 32
Honorarvolumen ▶ 4
Hygieneprüfungen ▶ 35
Hypersomnie ▶ 42
Hypnose ▶ 41

I

Immun-Apherese ▶ 30
Integrierte Versorgung ▶ 6
Invasive Kardiologie ▶ 32

J

Jacobsonsche Relaxation ▶ 41

K

Katheterisierungen ▶ 32
Kernspintomographie ▶ 33
Knochendichtemessung ▶ 45
Koloskopie ▶ 7, 35
KV Bayerns, ausgewählte Projekte ▶ 48
KV Baden-Württemberg ▶ 58
KV Berlin, ausgewählte Projekte ▶ 49
KV Brandenburg, ausgewählte Projekte ▶ 50
KV Bremen, ausgewählte Projekte ▶ 50
KV Hamburg, ausgewählte Projekte ▶ 50
KV Hessen, ausgewählte Projekte ▶ 51
KV Koblenz, ausgewählte Projekte ▶ 51, 53
KV Mecklenburg-Vorpommern, ausgewählte Projekte ▶ 51
KV Niedersachsen, ausgewählte Projekte ▶ 51
KV Nordbaden, ausgewählte Projekte ▶ 52
KV Nordrhein, ausgewählte Projekte ▶ 52
KV Nord-Württemberg, ausgewählte Projekte ▶ 53
KV Pfalz, ausgewählte Projekte ▶ 53
KV Rheinhessen, ausgewählte Projekte ▶ 53
KV Rheinland-Pfalz, ausgewählte Projekte ▶ 53
KV Saarland, ausgewählte Projekte ▶ 54
KV Sachsen, ausgewählte Projekte ▶ 54
KV Sachsen-Anhalt, ausgewählte Projekte ▶ 55
KV Schleswig-Holstein, ausgewählte Projekte ▶ 55
KV Südbaden, ausgewählte Projekte ▶ 56
KV Südwürttemberg, ausgewählte Projekte ▶ 56
KV Thüringen, ausgewählte Projekte ▶ 57
KV Trier, ausgewählte Projekte ▶ 53, 57
KV Westfalen-Lippe, ausgewählte Projekte ▶ 57



L

Laboratoriumsuntersuchungen
(Kapitel O III) ▶ 37
Langzeit-EKG Untersuchungen ▶ 38
LDL-Eliminationen ▶ 30

M

Magnetresonanz-Mammographie ▶ 33
Magnetresonanz-Tomographie ▶ 33
Makuladegeneration ▶ 39
Mammographie ▶ 44
Mammographie-Screening ▶ 59

N

Normen der Qualitätssicherung ▶ 22
Nuklearmedizin ▶ 45

O

Onkologie-Vereinbarung ▶ 38
Osteodensitometrie ▶ 45
Otoakustische Emissionen ▶ 39

P

Patientensicherheit ▶ 1, 7
Perkutane transluminale coronare
Angioplastie ▶ 32
Photodynamische Therapie ▶ 39
Polygraphie ▶ 42
Polypektomien ▶ 35
Psychosomatische Grundversorgung ▶ 40, 41
Psychotherapie ▶ 40
PTCA ▶ 32

Q

QEP ▶ 7, 8
Qualität und Entwicklung in Praxen ▶ 7, 8
Qualitätsanforderungen ▶ 6
Qualitätsberichterstattung ▶ 1
Qualitätsmanagement ▶ 1
Qualitätsoffensive ▶ 1
Qualitätssicherung ▶ 1, 26
Qualitätstrias ▶ 4
Qualitätszirkel ▶ 10

R

Richtlinienverfahren ▶ 40
Rückmeldesysteme ▶ 12

S

Schlafapnoe ▶ 42, 62
Schmerztherapie ▶ 42, 61
Sicherstellungsauftrag ▶ 4, 6
Sonographie der Säuglingshüfte ▶ 46, 62
Sozialpsychiatrie ▶ 42
Soziotherapie ▶ 43
Stationssersetzende Leistungen ▶ 30
Stichprobenprüfung ▶ 64
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen ▶ 43
Strahlendiagnostik/-therapie ▶ 44
Substitutionsgestützte Behandlung
Opiatabhängiger ▶ 46

T

Tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie ▶ 40

U

Ultraschalldiagnostik ▶ 46, 62

V

Verbale Interventionen ▶ 41
Verhaltenstherapie ▶ 40

W

Wartezeiten ▶ 4, 7, 36

Z

Zuständigkeiten und Organisation ▶ 20
Zytologie ▶ 47

5.7 ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

KV Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Tel. (0711) 78 75 -0
<http://www.kvbawue.de>

KV Bayerns
Elsenheimerstr. 39
80687 München
Tel. (089) 570 93 -0
<http://www.kvb.de>

KV Berlin
Masurenallee 6 A
14057 Berlin
Tel. (030) 310 03 -0
<http://www.kvberlin.de>

KV Brandenburg
Georg-Mendel-Straße 10-11
14469 Potsdam
Tel. (0331) 286 80
<http://www.kvbb.de>

KV Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26-28
28209 Bremen
Tel. (0421) 340 40
<http://www.kvhb.de>

KV Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Tel. (040) 228 02 -0
<http://www.kvhh.de>

KV Hessen
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt
Tel. (069) 795 02 -0
<http://www.kvhessen.de>

**KV Pfalz, jetzt
Regionalzentrum Pfalz
der KV Rheinland-Pfalz**
Maximilianstraße 22
67433 Neustadt
Tel. (06321) 893 -0
<http://www.kv-pfalz.de>

**KV Rheinhessen, jetzt
Hauptverwaltung der
KV Rheinland-Pfalz**
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel. (06131) 326 -0
<http://www.kv-rheinhessen.de>

KV Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel. (06131) 326 -0
<http://www.kv-rlp.de>

KV Saarland
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken
Tel. (0681) 40 03 -0
<http://www.kvsaarland.de>

KV Sachsen
Schützenhöhe 12
01099 Dresden
Tel. (0351) 82 90 50
<http://www.kvs-sachsen.de>

KV Sachsen-Anhalt
Humboldtstraße 56
39120 Magdeburg
Doctor-Eisenbart-Ring 2
Tel. (0391) 627 60 00
<http://www.kvsa.de>

KV Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-3
23795 Bad Segeberg
Tel. (04551) 883 -0
<http://www.kvsh.de>

**KV Koblenz, jetzt
Regionalzentrum Koblenz
der KV Rheinland-Pfalz**
56073 Koblenz
Emil-Schüller-Straße 14-16
Tel. (0261) 390 02 -0
<http://www.kvkoblenz.de>

KV Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Tel. (0385) 74 31 -0
<http://kvmv.arzt.de/>

KV Niedersachsen
Berliner Allee 22
30175 Hannover
Tel. (0511) 380 -03
<http://www.kvn.de>

**KV Nordbaden, jetzt
Bezirksdirektion Karlsruhe
der KV Baden-Württemberg**
Kesslerstraße 1
76185 Karlsruhe
Tel. (0721) 59 61 -0
<http://www.kvnb.de>

KV Nordrhein
Emanuel-Leutze-Straße 8
40547 Düsseldorf
Tel. (0211) 59 70 -0
<http://www.kvno.de>

**KV Nord-Württemberg, jetzt
Bezirksdirektion Stuttgart der
KV Baden-Württemberg**
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Tel. (0711) 78 75 -0
<http://www.kvnw.de>

**KV Südbaden, jetzt
Bezirksdirektion Freiburg
der KV Baden-Württemberg**
Sundgaullee 27
79114 Freiburg
Tel. (0761) 884 -0
<http://www.kvsb.de>

**KV Südwürttemberg, jetzt
Bezirksdirektion Reutlingen
der KV Baden-Württemberg**
Haldenhausstraße 11
72770 Reutlingen
Tel. (07121) 917 -0
<http://www.kvsw.de>

KV Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Tel. (03643) 559 -0
<http://www.kvt.de>

**KV Trier, jetzt
Regionalzentrum Trier
der KV Rheinland-Pfalz**
Balduinstraße 10-14
54290 Trier
Tel. (0651) 46 03 -0
<http://www.kv-trier.de>

KV Westfalen-Lippe
Robert-Schmirgk-Straße 4-6
44141 Dortmund
Tel. (0231) 94 32 -0
<http://www.kvwl.de>

