



Qualitätsbericht 2007

der ambulanten ärztlichen Versorgung im Land Bremen



**Kassenärztliche Vereinigung
Bremen**

1 EDITORIAL	4
1.1 Einleitung.....	5
2. QUALITÄT VON A - Z.....	7
2.1 Akupunktur (Neu)	9
2.2 Ambulante Operationen.....	10
2.3 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren	11
2.4 Arthroskopische Untersuchungen.....	12
2.5 Blutreinigungsverfahren / Dialyse	13
2.6 Disease-Management-Programme.....	14
2.7 Herzschrittmacherkontrolle	16
2.8 Invasive Kardiologie	17
2.9 Kernspintomographie.....	18
2.10 Koloskopie	19
2.11 Künstliche Befruchtung.....	20
2.12 Laboratoriumsuntersuchungen.....	21
2.13 Langzeit-EKG-Untersuchung	22
2.14 Mammographie (kurativ)	23
2.15 Mammographie-Screening.....	24
2.16 Medizinische Rehabilitation	25
2.17 Onkologie-Vereinbarung	26
2.18 Otoakustische Emissionen.....	26
2.19 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	27
2.20 Psychotherapie	28
2.21 Schlafbezogene Atmungsstörungen.....	29
2.22 Schmerztherapie.....	30
2.23 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	31
2.24 Soziotherapie.....	32
2.25 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	32
2.26 Strahlendiagnostik/-therapie	33
2.27 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	34

2.28	Ultraschalldiagnostik	35
2.29	Ultraschalluntersuchungen der Säuglingshüfte	37
2.30	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Neu).....	37
2.31	Genehmigungen auf Grundlage des EBM	38
3.	QUALITÄT VERBESSERN	39
3.1	Qualitätsmanagement in Arztpraxen.....	40
3.2	Qualitätszirkel.....	41
3.3	Fortbildung.....	42
4.	SERVICE	43
4.1	KV Mobil Tour	44
4.2	Kommissionsarbeit.....	44
4.3	Informations- und Fortbildungsveranstaltungen in der KVHB.....	45
4.4	KVHB: Hautnah – Eine Veranstaltung für Patienten und deren Angehörige	46
4.5	Notdienst / Bereitschaftsdienst	47
4.6	Ansprechpartner in der KVHB.....	47
5.	AUSBLICK UND ZIELE	48
5.1	Zusatzvereinbarungen fördern die Qualität.....	49
6.	RECHTLICHE GRUNDLAGEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN	50
6.1	Zuständigkeiten und Organisationen.....	51
6.2	Der Gemeinsame Bundesausschuss	51
7.	ANHANG	53
7.1	Mitgliederstruktur der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen	54
7.2	Übersicht über die seit 01.01.2007 erworbenen Weiterbildungen gemäß der gültigen Musterweiterbildungsordnung (Stand 31.12.2007).....	55
7.3	Internetseiten zum Thema Qualität	56
	Impressum	57

1 Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Damen und Herren,

dieser Qualitätsbericht veranschaulicht die hohe Qualität der medizinischen Versorgung, die durch die Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Bremen und Bremerhaven erbracht wird. Der Bericht dokumentiert darüber hinaus auf eindrucksvolle Weise, wie umfassend Qualitätssicherung im ambulanten Bereich betrieben wird.

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen für die meisten diagnostischen und therapeutischen Leistungen über Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, die weit über die Basisqualifikation als Facharzt/Psychotherapeut hinaus gehen: Über die Hälfte der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus dem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen dürfen erst dann erbracht werden, wenn die gemäß gesetzlich und/oder vertraglich definierten Anforderungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung belegt wurden. Die Teilnahme an Kolloquien sowie Mindestfrequenzregelungen, Rezertifizierungen oder Stichprobenprüfungen sind Instrumentarien, die im immer größeren Umfang zur Sicherung der Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung eingesetzt werden. Notiz am Rande: Ärzte, die ausschließlich Privatpatienten behandeln, unterliegen diesen strengen Qualitätsstandards nicht – eine Tatsache, die für das hohe Niveau der Vertragsärzte spricht.

Eine übersichtliche Darstellung der vielfältigen Qualitätssicherungsbereiche finden Sie im zweiten Kapitel des Berichts, in dem von A wie Akupunktur bis Z wie Zytologie die einzelnen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kurz erklärt und die Maßnahmen der Qualitätssicherung beschrieben werden.

Die Weiterentwicklung der Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung ist eine der Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Dazu gehören auch die im dritten Kapitel dargestellten Fort- und Weiterbildungsangebote der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen z.B. zur Unterstützung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie des medizinischen Fachpersonals bei der Einführung des Qualitätsmanagements in der Praxis.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen ist allerdings nicht nur für ihre Mitglieder tätig. Der Kontakt zum Patienten und dessen Information über aktuelle Themen steht im Vordergrund der Veranstaltungsreihe KVHB-Hautnah sowie der KV-Mobiltour. Näheres dazu erfahren Sie im vierten Kapitel.

Haben Sie Interesse an harten Fakten, Zahlen und einer Übersicht über die gesetzlichen Grundlagen so blättern Sie bitte direkt zu den letzten beiden Kapiteln, in denen Sie u.a. Normen zur Qualitätssicherung oder Tabellen zu Arztstrukturen im Land Bremen finden.

Die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen wäre nicht denkbar ohne den ärztlichen Sachverstand der zahlreichen ehrenamtlichen Kolleginnen und Kollegen in den Qualitätssicherungskommissionen und weiteren beratenden Gremien. Ich bedanke mich an dieser Stelle ausdrücklich für deren großes Engagement, ohne das eine kompetente Qualitätssicherung gar nicht denkbar wäre.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen hofft, Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2007 einen umfassenden Überblick über die vielfältigen Maßnahmen präsentieren zu können und wünscht Ihnen eine interessante Lektüre.

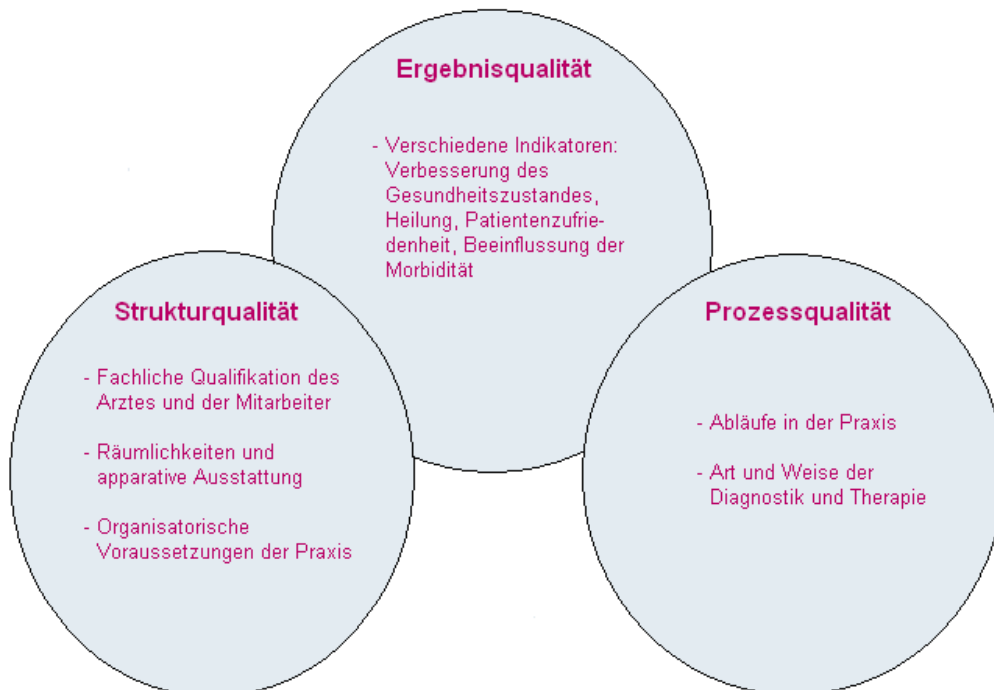
Mit freundlichen Grüßen

Dr. Till Spiro
Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen



1.1 Einleitung

Zu den wesentlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) gehört die Sicherung, Förderung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung mit dem obersten Ziel eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau zu ermöglichen, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Ärzte und Psychotherapeuten müssen definierte Qualitätsanforderungen erfüllen und regelmäßige Fortbildungen nachweisen, um eine Genehmigung für das Erbringen ambulanter und psychotherapeutischer Behandlungen zu erlangen bzw. zu behalten. Die Maßnahmen der Qualitätssicherung schaffen in diesem Bereich Transparenz. Die Qualität der Leistungen wird anhand von drei Kriterien, die sich gegenseitig beeinflussen, überprüft: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie tragen damit sowohl zur Patientenzufriedenheit mit der medizinischen und psychotherapeutischen Therapie als auch zum Patientenvertrauen zu dem jeweiligen Behandler bei. Für den Arzt oder Psychotherapeuten ist Qualität ein entscheidendes Kriterium um konkurrenzfähig zu bleiben. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der komplexer werdenden Versorgungsrealität mit der stetigen Devise „Veränderung zum Besseren“, ist lebenslanges Lernen gefordert, um die medizinischen Qualitätsanforderungen erfüllen zu können. Diese Tatsache führt dazu, dass sich immer mehr Ärzte und Psychotherapeuten spezialisieren und dadurch Krankenhausbehandlungen vermeidbar werden. Da die ambulante Behandlung i.d.R. wirtschaftlicher als die Behandlung im Krankenhaus erbracht werden kann, resultiert hieraus ein Einspareffekt für den Beitragszahler.



Feedback-Systeme	Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen	Qualitätsmanagement in Praxen (QM)	Qualitätssicherungskommission
<p>Auswertung der erstellten Dokumentationen des Arztes mit anschließendem Feedback ermöglicht einen Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen und hilft dem Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und ggf. zu verbessern.</p> <p>Gebiete:</p> <p>Disease-Management-Programme (DMP), Dialyse, Zervix-Zytologie</p>	<p>Zweimal im Jahr erfolgt eine Überprüfung der Hygiene durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen.</p> <p>Gebiete:</p> <p>Koloskopie</p>	<p>Ziel des QM ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen effizienter zu gestalten.</p> <p>Gebiete:</p> <p>Alle Vertragsärzte- und psychotherapeuten sind verpflichtet ein QM einzuführen und weiterzuentwickeln</p>	<p>Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich aus erfahrenen ärztlichen Mitgliedern des jeweiligen Gebietes zusammen und wird vom Vorstand der KV berufen. Die Kommission hat die Aufgabe, die fachliche Befähigung eines Antragstellers auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen anhand von Zeugnissen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der KV vorzubereiten.</p> <p>Gebiete:</p> <p>Akupunktur, Arthroskopie, Ambulantes Operieren, Apherese, Dialyse, Zytologie Herzschrittmacher, Koloskopie, Laboratoriumsmedizin, Langzeit-EKG, Onkologie, Radiologie, Schlafapnoe, Schmerztherapie, Sonographie, Substitution,</p>

Stichproben	Frequenzregelung	Rezertifizierung	Fortbildung
<p>Die KV überprüft jährlich die Behandlungsdokumentation nach der jeweils gültigen Qualitätssicherungsvereinbarung. Bei den unten stehenden Gebieten werden stichprobenartig Patientendokumentationen ausgewählt, die die Ärzte einmal im Jahr einreichen müssen.</p> <p>Gebiete:</p> <p>Arthroskopie, Koloskopie, Dialyse, Mammographie, Substitutionsgestützte Behandlung von Opiatabhängiger, Photodynamische Therapie am Augenhintergrund, Kernspintomographie, Onkologie, Ultraschall der Säuglingshüfte</p>	<p>Jährliche Überprüfung der betreffenden Ärzte, ob sie die Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllt haben.</p> <p>Gebiete:</p> <p>Invasive Kardiologie, Koloskopie, Mammographie-Screening</p>	<p>Alle zwei Jahre müssen sich Ärzte einer Selbstüberprüfung unterziehen.</p> <p>Gebiete:</p> <p>Kurative Mammographie</p>	<p>Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung enthalten auch viele bundeseinheitliche und regionale Verträge Vorgaben zur Fortbildung.</p> <p>Gebiete:</p> <p>Disease-Management-Programme (DMP), Schmerztherapievereinbarungen, Onkologievereinbarungen, Hausärzteverträge, Akupunktur, Homöopathie</p>

2 Qualität von A – Z



Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Seit 2004 sind die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und zu veröffentlichen. Im Qualitätsbericht 2007 werden die in der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung wiedergegeben. Besondere Berücksichtigung finden in dieser Darstellung die Erfüllung der Qualifikationsanforderungen durch die Bremer Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie die Tätigkeiten der Abteilung Zulassung/Genehmigung und die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages durch Angabe der gültigen Genehmigungen.

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung beruht auf sehr differenzierten Richtlinien und Vereinbarungen, die ständiger Weiterentwicklung unterworfen sind und regelmäßig aktualisiert werden. Was ist neu? Welche Richtlinie ist Grundlage für die Erteilung einer Genehmigung?

In den nachfolgenden Seiten werden die verschiedenen Voraussetzungen zur Qualitätssicherung beschrieben, um genehmigungspflichtige Leistungen durchführen und abrechnen zu können. Die Tabellen geben die rechtlichen Grundlagen, den Stand der Erfüllung der Verfahren zur Messung von Qualität und den Stand der Genehmigung im Berichtsjahr wieder.

2.1 Akupunktur (Neu)

Die Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation kann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei Patienten eingesetzt werden mit

1. chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht-segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz)
2. chronischen Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen.

Die Ausführung und Abrechnung dieser Leistung ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Neben erfolgreicher Absolvierung der Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ muss der Nachweis der Teilnahme an der Fortbildung „Psychosomatische Grundversorgung“ sowie an dem 80stündigen Schmerztherapiekurs erbracht werden.

Die Genehmigung ist im Weiteren an eine regelmäßige Fortbildung gebunden: Sie erfordert mindestens viermal im Jahr die Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. Qualitätszirkeln (s. Kapitel 3.2) zum Thema „chronische Schmerzen“.

Die Vereinbarung regelt darüber hinaus die Anforderungen an die Durchführung und Dokumentation der Akupunkturleistungen (Leistungen nach den Nummern 30790 und 30791 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM¹)).

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten

(nach § 135 Abs. 2 SGB V seit 01.01.2007)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	106
Anzahl neu beschiedener Anträge (Ärzte)	
- davon Anzahl Genehmigungen	
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	
Anzahl Praxisbegehungen	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit Beanstandung	-

¹ Das Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.



2.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen sind um ein vielfaches preiswerter als Operationen unter stationären Bedingungen. Im Hinblick auf Kostensenkung gewinnen sie zunehmend an Bedeutung.

Aus diesem Grund wurde zum 1. Oktober 2006 die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei sonstigen stationsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien neu verabschiedet.

Nunmehr sind auch Leistungen aus den arztgruppenspezifischen Kapiteln des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) den Regelungen zum ambulanten Operieren unterworfen. Die Eingriffe gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes in:

- Operationen,
- kleine invasive Eingriffe,
- invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen und
- Endoskopien.

Leistungen des Kataloges „Ambulantes Operieren“ sind grundsätzlich nach Facharztstandard zu erbringen. Zur Durchführung bestimmter Operationen bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen ist. In Folge der Neugliederung der Eingriffe in vier Kategorien ergeben sich auch unterschiedliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung. Die baulichen, apparativ-technischen, hygienischen und personellen Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen, ggf. wird eine Praxisbegehung vereinbart.

Vereinbarung der Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren

(§ 8 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 01.04.1993, zuletzt geändert 01.10.2006), seit 01.10.1994, zuletzt geändert 01.10.2006)

(§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, i.V.m. Kapitel 31.2 Abschnitte 1-3 EBM)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	221
Anzahl neu beschiedener Anträge (Ärzte)	16
- davon Anzahl Genehmigungen	16
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	14
Anzahl Praxisbegehungen	2
- davon ohne Beanstandung	2
- davon mit Beanstandung	-

2.3 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Als Apherese werden Behandlungsverfahren bezeichnet, bei denen das Blut außerhalb des Körpers in seine Bestandteile aufgetrennt wird, Blutbestandteile entfernt oder behandelt werden und das Blut anschließend wieder in den Kreislauf des Patienten zurückgebracht wird.

Die Durchführung und Abrechnung von Apherese im Rahmen vertragsärztlicher Versorgung ist erst nach einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Der Patient benötigt eine Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Krankenkasse.

Apherese können nur in Ausnahmefällen bei Patienten, die auf medikamentöse Standardtherapien nicht ansprechen, eingesetzt werden. Bei der Abwägung der Indikationsstellung für LDL-Apherese (Elimination des LDL-Cholesterins aus dem Blutplasma) steht das Gesamtrisikoprofil des Patienten im Vordergrund. Sämtliche Risikofaktoren wie z.B. Übergewicht, Fehlernährung und Nikotinkonsum müssen vor Therapiebeginn abgestellt werden.

Richtlinie zur Ambulanten Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

(§ 135 Abs. 1 SGB V i.V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren), gültig seit 01.01.1991, zuletzt geändert 09.07.2003)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung *)	✓
obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	7
Anzahl neu beschiedener Anträge (Ärzte)	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
LDL-Apherese	
Anzahl Patienten im Jahr 2007	2
Anzahl neu beschiedener Anträge	1
- davon positives Votum der KV	-
- davon negatives Votum der KV	1
Anzahl beschiedener Fortführungsanträge	2
- davon positives Votum der KV	2
- davon negatives Votum der KV	

2.4 Arthroskopische Untersuchungen

Die Arthroskopie ist ein invasives Verfahren zur Untersuchung der Gelenke. Mit dem Arthroskop kann der Arzt eine Gelenkspiegelung sowie operative Eingriffe durchführen. Diese Vorgehensweise verkürzt im Vergleich zu einer offenen Operation die Heilungszeiten und der Patient hat weniger Schmerzen.

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

Die jährliche Qualitätsprüfung im Einzelfall zeigte, dass bei 19 geprüften Ärzten Beanstandungen ausgesprochen werden mussten. Bei geringen bzw. erheblichen Mängeln wurde die Vergütung für die erbrachten Leistungen heruntergestuft bzw. von der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen zurückgefordert. In einem Fall musste die Beanstandung als schwerwiegend eingestuft werden und führte im weiteren Prüfungsverlauf zum Widerruf der Genehmigung.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen

(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 01.10.1994)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	31
Anzahl neu beschiedener Anträge (Ärzte)	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Praxisbegehungen	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit Beanstandung	-
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)	
Anzahl geprüfter Ärzte	26
- davon ohne Beanstandung	7
- davon mit geringen Beanstandungen	3
- davon mit erheblichen Beanstandungen	15
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Praxisbegehungen	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-

2.5 Blutreinigungsverfahren / Dialyse

Die Zahl der Dialysepatienten in Deutschland ist in den letzten Jahren stark gestiegen, derzeit werden bereits über 60.000 Patienten flächendeckend behandelt. Der Anstieg der Patientenzahlen in den letzten Jahren ist neben der demografischen Entwicklung unter anderem auch mit dem Anstieg so genannter Wohlstandserkrankungen wie Diabetes mellitus und Bluthochdruck zu erklären.

In der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren werden die Anforderungen an die fachlichen, organisatorischen und apparativen Anforderungen beschrieben. So ist z.B. ein bestimmter Arzt / Patientenschlüssel zu gewährleisten und die Kooperation mit den Transplantationszentren für erwachsene Patienten und Kinder nach-zuweisen. Darüber hinaus ist eine patientenbezogene Dokumentation zu führen, welche auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigung in anonymisierter Form vorgelegt werden muss. Ergänzt wird diese Vereinbarung seit dem 24. Juni 2006 um die Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse, mit der alle Ärzte verpflichtet werden, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen (d.h. externen Maßnahmen) zur Qualitätssicherung und -verbesserung zu beteiligen.

Darüber hinaus erhalten alle Dialyseeinrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßige Rückmeldeberichte, die ihnen den erreichten Qualitätsstandard im Vergleich zu den anderen Einrichtungen mitteilen. Basis dieser Berichte sind die vier Kernparameter

- Dialysefrequenz
- Dialysedauer
- Hämoglobinwert und
- Kt/V („Dialyseleistung“),

die sowohl als Grundlage für einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung als auch zur Beurteilung für die Stichprobenprüfungen dienen. Die vier Kernparameter werden zentral bundeseinheitlich durch einen Datenanalysten ausgewertet. Sollten im Rahmen der Auswertung einzelne Einrichtungen deutlich auffallen, kann die Dialysekommission der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen gegebenenfalls eine tiefergehende Überprüfung der betroffenen Einrichtung veranlassen und bei möglichen Qualitätsproblemen frühzeitig intervenieren. Nur bei Vorliegen der oben genannten Kernparameter kann die Abrechnung der Dialyseleistungen erfolgen.

Neben dem zentralen Benchmarking-Bericht auf der Basis der vier genannten Kernmerkmale

sieht die Richtlinie die weitere verpflichtende Teilnahme an einem Rückmeldesystem vor, die insbesondere der Therapieoptimierung der Patienten dienen soll. Die Grundlage für diese Berichte sind die zusätzlichen Parameter, die in der einzelnen Praxis erhoben werden und einem frei wählbaren Berichtersteller anonymisiert zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren

(§§135 Abs. 2, 136 und 136a SGB V (Anlage 3 i.V.m Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV), gültig seit 01.10.1997, zuletzt geändert 09.05.2003)

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, (Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV), Gültigkeit: Neufassung 01.07.2005

Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: § 136 und § 136a SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert 03.10.2007

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2007	8
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	16
Anzahl neu beschiedener Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Patienten	
Anzahl Patienten im Jahr 2007	788

2.6 Disease-Management-Programme

Im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) werden die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit interdisziplinär, berufs- und sektorenübergreifend qualitätsgesichert koordiniert und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert. Ziel ist dabei, die Behandlung der Erkrankung zu verbessern und die durch die Krankheit bedingten Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen zu reduzieren. Der Hausarzt spielt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme.

An die Inhalte der Disease-Management-Programme sind auf Grundlage des Fünften Sozialgesetzbuches zu den unten aufgeführten Krankheiten nachfolgende indikationsspezifische Anforderungen gestellt:

- Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsektors
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein Disease-Management-Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten
- Dokumentation der Befunde, therapeutischen Maßnahmen und Behandlungsergebnisse
- Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten der Disease-Management-Programme

Zur dauerhaften Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme sollen von Beginn an regelmäßige Evaluationen der Programme beitragen. Mit den Evaluationen werden die Wirksamkeit und die Kosten der Programme bewertet.

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

4. RSAV	27.06.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease-Management-Programmen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und für Patientinnen mit Brustkrebs
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
7. RSAV	28.04.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)
9. RSAV	18.02.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 Neufassung der Anforderungen an die Dokumentation für Diabetes mellitus Typ 2 und KHK
11. RSAV	22.12.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)
12. RSAV	15.08.2005	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
13. RSAV	23.01.2006	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen Brustkrebs

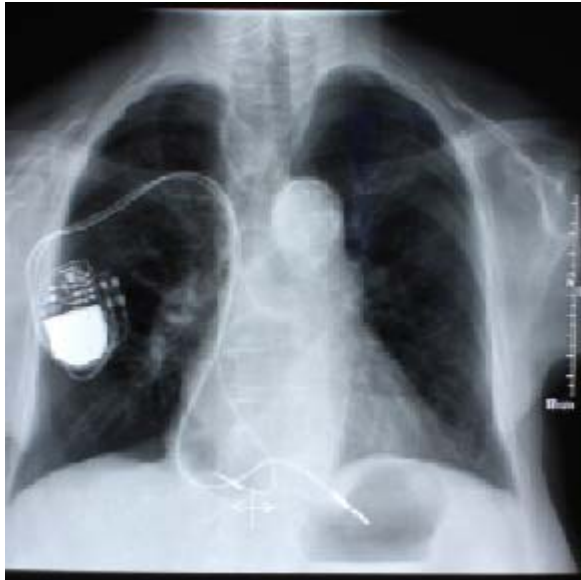
RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

Vertragsdaten	DM 2	KHK	AB	COPD
Gültig seit:	01.07.2003	01.04.2005	01.04.2006	01.04.2006
Akkreditiert:				
Gültigkeitsbereich	KVHB	KVHB	KVHB	KVHB
Vertragspartner	PK* und EK*	PK* und EK*	PK* und EK*	PK* und EK*
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, (Stand 31.12.2007)	408	375	330	285
- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt	383	349	307	266
- darunter Teilnahme als qualifizierter Facharzt	25	26	23	19
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	399	358	275	242
Anzahl eingeschriebener Patienten (Stand Dezember 2007)	19.603	8.018	4.362	3.035
Anzahl Ärzte mit Schulungsgenehmigung, (Stand 31.12.2007)	329	301	43	25



DM 1: Diabetes Typ 1
 DM 2: Diabetes Typ 2
 KHK: Koronare Herzerkrankung
 AB: Asthma bronchiale
 COPD: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Vertragsdaten	DM 1	Brustkrebs
Gültig seit:	01.04.2006	01.04.2006
Akkreditiert:		
Gültigkeitsbereich	KVHB	KVHB
Vertragspartner	PK* und EK*	PK* und EK*
Anzahl Fachärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, (Stand 31.12.2007)	18	81
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	18	75
Anzahl eingeschriebener Patienten (Stand Dezember.2007)	904	1179
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	16	Keine Schulungen



2.7 Herzschrittmacherkontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die Anforderungen an die persönliche Qualifikation sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllen.

Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle gilt als nachgewiesen, wenn Zeugnisse über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung 'Innere Medizin' mit der Schwerpunktbezeichnung 'Kardiologie' oder der Facharztbezeichnung 'Kinder- und Jugendmedizin' mit der Schwerpunktbezeichnung 'Kinder-Kardiologie' vorliegen. Berechtigt sind darüber hinaus Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, wenn sie im Wesentlichen internistische Leistungen erbringen und ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Darüber hinaus müssen folgende Nachweise erbracht werden:

Selbständige Indikationsstellung bzw. Sicherung der Indikation, Durchführung und Dokumentation von 200 Funktionsanalysen eines Herzschrittmachers oder implantierten Defibrillators unter Anleitung, davon mindestens 20 Funktionsanalysen eines implantierten Defibrillators, einschließlich telemetrischer Abfrage und ggf. Umprogrammierung, innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten vor Antragstellung auf die Genehmigung.

Folgende Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung sind zu erfüllen:

- ein zur Herzschrittmacher-Kontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen,
- eine Notfallausrüstung zur kardiopulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator,
- ein zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers geeignetes Programmiergerät.

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle

(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 01.04.1992, zuletzt geändert 01.04.2006)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2007	31
Anzahl neu beschiedener Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestandene	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.8 Invasive Kardiologie

Der Arzt muss besondere Fertigkeiten aufweisen, um diagnostische und therapeutische Eingriffe am Herzen mittels Herzkatheter durchführen zu dürfen. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung ist an eine jährliche Mindestanzahl von 150 Eingriffen (davon 50 therapeutische Katheterinterventionen bei Diagnostik und Therapie) gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation wird außerdem geprüft, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen

(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 01.10.1999)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	✓
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen ausschließlich zur diagnostischen und therapeutischen Katheterisierung (gem. § 7 Abs.1)	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte Genehmigung Stand 31.12.2007	13
Anzahl neu beschiedener Anträge	-
- davon Genehmigungen	-
- davon Ablehnungen	-
Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß §7 der Vereinbarung	13
- davon ohne Beanstandung	13
Anzahl Kolloquien	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-



2.9 Kernspintomographie

Die Kernspintomographie wird auch Magnetresonanztomographie genannt. Sie stellt ein bildgebendes Verfahren dar, das mit Hilfe von magnetischen Feldern innere Organe und Gewebsstrukturen des Menschen darstellt.

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

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

Bei Beanstandungen werden die betreffenden Vertragsärzte auf die Mängel hingewiesen und nach einem Ablauf von drei Monaten erneut aufgefordert, Dokumentationen einzureichen. Die anschließende Prüfung ergab keine Beanstandungen.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie
(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 01.04.1993, zuletzt geändert 01.10.2001)

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie
(§ 136 i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V, seit 01.04.2001)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	✓
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Allgemeine Kernspintomographie	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31.12.2007	32
Anzahl neu beschiedener Anträge	7
- davon Anzahl Genehmigungen	7
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

Allgemeine Kernspintomographie Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)	
Anzahl geprüfter Ärzte	25
- davon ohne Beanstandung	20
- davon mit geringen Beanstandungen	3
- davon mit erheblichen Beanstandungen	1
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1
Anzahl Kolloquien (Stichproben)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Praxisbegehungen (Stichproben)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-

2.10 Koloskopie

Darmkrebs ist bei Frauen und Männern die zweithäufigste Krebserkrankung sowie die zweithäufigste Krebstodesursache in Deutschland.² Auf Grund dessen wurde der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früh-erkennung von Darmkrebs um die präventive Koloskopie erweitert. Gleichzeitig wurde mit der Einführung der Früherkennungskoloskopie eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung eingerichtet.

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

Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien werden regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskope durch ein Hygieneinstitut durchgeführt.

In zwei Fällen erfolgte eine erneute, unangemeldete Überprüfung, mit dem Ergebnis, dass die Anforderungen an die Hygienequalität erfüllt wurden.

Die Stichprobenprüfung erstreckt sich zum einen auf die geforderte Erreichung der Mindestfrequenz der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien sowie daran anschließend bei Erfüllung der Mindestzahlen auf eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung, bezogen auf die diagnostische bzw. therapeutische Qualität der kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien / Polypektomien. Polypektomien können sowohl bei totalen als auch bei partiell durchgeführten Koloskopien anerkannt werden.

Bei Beanstandungen werden die betreffenden Vertragsärzte auf die Mängel hingewiesen und nach einem Ablauf von drei Monaten erneut aufgefordert, Dokumentationen einzureichen. Die anschließende Prüfung ergab keine Beanstandungen.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen

(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 1.10.2002, zuletzt geändert am 01.10.2006)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	✓
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2007	19
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2007	4
Anzahl neu beschiedener Anträge zur kurativen und präventiven Koloskopie	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Frequenzregelung	
Überprüfung der Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (Anzahl Ärzte)	22
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit Hinweisen zur Optimierung	4
- davon mit Beanstandung	2

Hygienequalität

Anzahl überprüfter Einrichtungen	15
Anzahl der Prüfungen	
1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs.3)	28
2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs.8a)**	2
3. Prüf. (6 Wo.) (§7 Abs.8c Nr.1)	-

² Robert-Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland 2006, S. 43



2.11 Künstliche Befruchtung

Zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtungen dürfen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erst durchführen, wenn durch die zuständigen Behörden (in den meisten Ländern sind dies die Ärztekammern) eine Genehmigung erteilt wurde. Dies gilt auch für Inseminationen (Übertragung des männlichen Samens in den Genitaltrakt der Frau), wenn sie nach hormonellen Stimulationsverfahren erfolgen. Vor Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung muss eine Beratung des Paares erfolgen. Die Beratung darf nicht von dem Arzt durchgeführt werden, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt, zudem muss der beratende Arzt die Voraussetzungen zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung erfüllen. Eine Ausnahme-regelung gilt für die Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung. Diese dürfen von Frauenärzten auch ohne spezielle Genehmigung und ohne vorherige Beratung des Paares durch einen anderen Arzt durchgeführt werden.

Eine weitere Voraussetzung für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist neben der Altersbegrenzung (ab 25. bis 40. Lebensjahr bei der Frau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres beim Mann) ein zu erstellender und von der Krankenkasse zu genehmigender Behandlungsplan.

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung

(§ 27a Abs. 4 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V.m. § 135 Abs.1 SGB V, § 121 a SGB V, gültig seit 01.10.1990, zuletzt geändert am 15.02.2006)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2007	-
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2007	3



2.12 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung spezieller laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Dem Antrag sind erforderliche Zeugnisse und Bescheinigungen sowie ggf. ein Fachkundenachweis für Laboruntersuchungen beizulegen. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Antrag obligatorisch, ausgenommen sind Ärzte mit der Berechtigung zum Führen entsprechender Fachgebietsbezeichnungen (z.B. Arzt für Laboratoriumsmedizin).

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, die die Qualität der Analysen in Laboren überprüfen.

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung

(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
§ 75 Abs. 7 SGB V, Richtlinien der BÄK),
gültig seit 09.05.1994)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31.12.2007	40
Anzahl neu beschiedener Anträge	8
- davon Anzahl Genehmigungen	6
- davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	8
- davon bestanden	6
- davon nicht bestanden	2
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Praxisbegehungen	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit Beanstandungen	-



2.13 Langzeit-EKG-Untersuchung

Die Durchführung von Langzeit-Elektrokardiographischen Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit, auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Bei Ärzten, die die Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ führen, gilt dies als nachgewiesen. Andere Ärzte müssen einen Nachweis über eine selbstständige Durchführung und Auswertung von mindestens 100 Langzeit-EKG-Untersuchungen erbringen. Die apparativen Voraussetzungen werden durch die Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Geräteherstellers erfüllt.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen
(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
gültig seit 01.04.1992)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31.12.2007	100
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2007	109
Anzahl neu beschiedener Anträge	4
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	11

2.14 Mammographie (kurativ)

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Mammographie war bisher noch Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie. Aufgrund der für die Mammographie besonders getroffenen Regelungen gibt es ab dem 1. Januar 2007 eine eigene Vereinbarung.

Für das Mammographie-Screening als Maßnahme der Krebsfrüherkennung gelten gesonderte Bestimmungen (s. Kapitel 2.15).

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) gültig seit 1.4.1993, zuletzt geändert 1.1.2007)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	18
Anzahl neu beschiedener Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-

Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt C (Fallsammlung)

Anzahl Prüfungen	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
		1
- davon bestanden	1	-
- davon nicht bestanden	-	-

Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt E

Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
		19
- davon erfüllt	19	-
- davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	-	-
- davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	-	-
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt E teilgenommen haben		-
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7		-
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen		1

Bemerkungen

* sollte ein Arzt auf Grund von Mängeln in Buchst. a) und b) nicht bestanden haben, diesen bitte ggf. doppelt zählen

2.15 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. 9,2 Prozent der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs, die meisten nach dem 55. Lebensjahr.³ Internationale Studien haben gezeigt: Ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie Screening, das regelmäßig im Abstand von zwei Jahren für die Altersgruppe der 50 bis 69jährigen Frauen angeboten wird, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs deutlich senken. Voraussetzung ist die hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.⁴

Aus diesem Grund sind die entsprechenden umfangreichen Richtlinien (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und BMV-Ä/EKV) zur Einführung des Screenings in die vertragsärztliche Versorgung in Kraft getreten.

In den Screening-Einheiten des Landes Bremen arbeiten 20 Ärzte. Neben Bremerinnen werden auch anspruchsberechtigte Frauen aus den Städten Osterholz, Verden, Syke, Stuhr und Weyhe zum Mammographie-Screening eingeladen.

Das Mammographie-Screening betrifft die Strukturqualität ebenso wie die Prozess- und Ergebnisqualität. Somit handelt es sich bei der Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings nicht um eine statische Form, die das einmal gewählte Niveau zu erhalten sucht. Vielmehr strebt das Qualitätsmanagement im Mammographie-Screening eine kontinuierliche Verbesserung des gesamten Programms an. Im Berichtsjahr wurde in Bremen erstmalig die Screening-Einheit rezertifiziert.

Zu den wichtigsten Aspekten der Qualitätssicherung gehören unter anderem:

- Eine tägliche Überprüfung aller eingesetzten Geräte.
- Spezielle Kurse und intensive Trainingsprogramme für alle radiologischen Fachkräfte und alle Screening-Ärzte.
- Vorgeschriebene Fallzahlen, beispielsweise müssen befundende Ärzte Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen pro Jahr beurteilen.
- Obligatorische Doppelbefundung, d. h. jede Mammographie-Aufnahme wird von

zwei speziell geschulten Ärzten unabhängig voneinander beurteilt. Weichen die Befunde voneinander ab, werden die Aufnahmen von einem dritten Arzt begutachtet.

- Konsensuskonferenzen, in denen Auffälligkeiten wie auch das weitere Vorgehen von mehreren Ärzten gemeinsam besprochen werden.
- Multidisziplinäre Konferenzen und Teambesprechungen, deren Ergebnisse dokumentiert werden. Die Qualität des Screenings hängt nicht nur von der Qualifikation jedes einzelnen Arztes und jeder einzelnen Fachkraft und der Qualität der Geräte ab. Entscheidend ist auch eine gut organisierte Zusammenarbeit der Screening-Ärzte untereinander.
- Eine laufende Programmdokumentation und -evaluation.

Besondere Anforderungen sind an die Programmverantwortlichen Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit im Programm gestellt: Fortbildungsmaßnahmen, regelmäßige Beurteilung von Fallsammlungen sowie eine vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum. Insgesamt müssen sie 3000 Screeningaufnahmen von Frauen beurteilen.

Pathologen müssen neben regelmäßigen speziellen Fortbildungsveranstaltungen eine geeignete Laborausstattung sowie jährliche Mindestfrequenzen von beurteilten Präparaten nachweisen.

Damit die umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen auch von allen am Programm mitwirkenden Ärzten und Fachkräften geleistet werden können, werden sie von Referenzzentren (Zentren, die über eine hohe Qualifikation auf ihrem Fachgebiet verfügen) unterstützt. Jede Screening-Einheit ist einem Referenzzentrum zugeordnet. Ihre Aufgabe ist es, die am Mammographie-Screening-Programm teilnehmenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte fortzubilden, zu betreuen und zu beraten. Zudem sind sie für die externe medizinische und technische Qualitätssicherung verantwortlich sowie für einen Teil der Programmevaluation. Jeder Leiter eines Referenzzentrums ist auch Programmverantwortlicher Arzt in einer dem Referenzzentrum angegliederten regionalen Screening-Einheit. Detaillierte Informationen finden Sie u.a. auf den Internetseiten der Kooperationsgesellschaft Mammographie-screening.

³ Robert-Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland 2006, S. 44

⁴ http://www.mammographie-screening.org/die_mammographie/die_mammographie.php, 17.12.2007

2.16 Medizinische Rehabilitation

Die Richtlinie legt ein Verfahren zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen bei Versicherten fest. Hält der behandelnde Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme für angezeigt und Erfolg versprechend, teilt er dies der Krankenkasse mit. Die Krankenkasse prüft ihre Zuständigkeit und ob der Versicherte bereits früher eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hat. Bei Kostenträgerschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellt die Krankenkasse dem Vertragsarzt ein Formular zur Verfügung, in dem u. a. Anamnese, Krankheitsbild und Fähigkeitsstörungen sowie eine Übersicht über bereits erfolgte Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen festgehalten werden. Die Krankenkasse entscheidet dann über Genehmigung bzw. Ablehnung des Antrages.

Bis zum 31. März 2007 galten Übergangsregelungen, wonach wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden durften. Seit dem 01. April 2007 können nur noch diejenigen Ärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.

Die Qualifikation kann u. a. durch eine 16-stündige Fortbildung erworben werden. Zu den Inhalten der o. g. Fortbildung wurde ein Curriculum „Rehabilitation“ zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(§ 135 Abs. 2 SGB V gültig seit 01.04.2004, zuletzt geändert 01.03.2005, § 11 Rehabilitations-Richtlinien)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	418
Anzahl neu beschiedener Anträge	88
- davon Anzahl Genehmigungen	80
- davon Anzahl Ablehnungen	8
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.17 Onkologie-Vereinbarung

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

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens 2-jährige praktische Tätigkeit auf dem Gebiet der Onkologie nachweisen. Für die Durchführung einer intravasalen zytostatischen Therapie sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen. Die Behandlung krebserkrankter Patienten kann jeder Arzt in Ausübung seines Fachgebietes durchführen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, den Vertrag zu erfüllen und die über eine Genehmigung verfügen.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung

(§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 7 BMV EKV), geltend für Versicherte des VdAK/AEV, gültig seit 01.07.1995, zuletzt geändert am 01.01.2002)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	44
Anzahl neu beschiedener Anträge	6
- davon Anzahl Genehmigungen	6
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	4

2.18 Otoakustische Emissionen

Die Messung otoakustischer Emissionen (Schallsignale, die beim Hörvorgang im Innenohr entstehen) ist eine Diagnosemethode bei der Abklärung von Hörstörungen. Innerhalb eines bestimmten Rahmens ermöglicht sie objektive Aussagen über die Innenohrfunktion und im Ausschlussverfahren auch über nervale Funktionen der Hörbahn.

Anträge zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen können nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung "Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde" oder der "Phoniatrie und Pädaudiologie" gestellt werden; eine Genehmigung kann von der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt werden, wenn zudem eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorliegt.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1, 5.: Bestimmung der otoakustischen Emissionen
(§ 135 Abs. 1 SGB V), gültig seit 24.11.1995)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	38
Anzahl neu beschiedener Anträge	4
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3



2.19 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Die photodynamische Therapie ist eine Kombination aus Laser- und Medikamentenbehandlung, die insbesondere bei der Behandlung der altersbedingten feuchten Makuladegeneration (AMD) zum Einsatz kommt.

Aufgrund der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Indikationserweiterung wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung mit Wirkung vom 1. Oktober 2006 neu gefasst und dem jeweils gültigen Zulassungsstand des eingesetzten Medikamentes angepasst.

Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation. Genehmigungsberechtigt sind Ärzte, die über die Gebietsbezeichnung "Augenheilkunde" hinaus eine zusätzliche Qualifikation nachweisen. So ist u.a. zu belegen, dass innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren vor Antragstellung mindestens 200 Fluoreszenzangiographien (bildgebendes Verfahren zur Diagnostik von Erkrankungen des Augenhintergrundes) selbstständig unter Anleitung ausgewertet und mindestens 50 photodynamische Therapien ebenfalls unter qualifizierter Anleitung durchgeführt wurden. Nach Erteilung der Genehmigung ist die Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie an die jährliche Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden, die in erster Linie auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung gerichtet ist.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund

(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) gültig seit 01.08.2001, zuletzt geändert zum 01.10.2006)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	2
Anzahl neu beschiedener Anträge	
- davon Anzahl Genehmigungen	
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 2)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen	
Anzahl durchgeführter Überprüfungen	2
- davon ohne Beanstandungen	2
- davon mit Beanstandungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien gem. § 9 Abs. 2	-

2.20 Psychotherapie

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen durch psychologisch tätige Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten setzt eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Die Vereinbarung beinhaltet drei Richtlinienverfahren für folgende Therapien:

Analytische Psychotherapie

Die analytische Psychotherapie ist eine Langzeittherapie und beschäftigt sich mit aktuellen psychischen Störungen, die auf frühkindliche Traumatisierung zurückzuführen sind. Ziel ist es, die psychische Grundstruktur des Patienten zu ändern.

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Diese Form der Psychotherapie zielt ebenfalls auf die Veränderung der psychischen Grundstruktur des Patienten. Die Therapiedauer wird verkürzt, da sich das Verfahren auf ein oder mehrere abgegrenzte Lebensprobleme konzentriert.

Verhaltenstherapie

Ziel der Verhaltenstherapie ist vorwiegend die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten, die helfen sollen störende oder schädigende Verhaltensweisen abzulegen. Neue Verhaltensweisen, z.T. auch unter Alltagsbedingungen, sollen eingeübt werden.

Des Weiteren beinhaltet die Vereinbarung die Qualifikationsvoraussetzungen für die Psychosomatische Grundversorgung und für übende und suggestive Techniken (autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Hypnose).

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

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

(§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV) gültig seit 01.01.1999, zuletzt geändert am 07.02.2005)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigung, Stand 31.12.2007	
Therapeuten mit mind. einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	501
- davon Ärzte	154
Anzahl neu beschiedener Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	88
- davon Anzahl Genehmigungen	78
- davon Anzahl Ablehnungen	10
Genehmigungen im Einzelnen	
Genehmigungen für analytische Psychotherapie	165
- davon Ärzte	40
Genehmigungen für Verhaltenstherapie	62
- davon Ärzte	11
Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren	
Genehmigungen, Stand 31.12.2007	
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	709
Therapeuten* mit Genehmigung übende Verfahren	168
- davon Ärzte	140
Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	122
- davon Ärzte	97
*gemeint sind Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten	



2.21 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen sind Atemregulationsstörungen, die im Schlaf auftreten können und zu erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen. Teilweise können Atempausen auftreten. Die Folgen können eine Unterversorgung des Organismus mit Sauerstoff sowie Herzrhythmusstörungen sein.

Polygraphie

Die Polygraphie ist eine schlafmedizinische Untersuchung, die die simultane Registrierung von z.B. Atmung und Schnarchen, Sauerstoffsättigung des Blutes, Herzfrequenz und Körperlage beinhaltet.

Die Vereinbarung regelt die fachliche Befähigung, die mit der Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung Arzt für Innere und Allgemeinmedizin, Pneumologie, HNO-Heilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie und Psychiatrie erfüllt wird. Ebenso muss ein von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannter Kurs über fünf Tage absolviert werden. Weiterhin sind für die Erteilung einer Genehmigung geeignete Apparate nachzuweisen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Polysomnographie

Die Polysomnographie stellt die umfangreichste Untersuchung des Schlafs einer Person dar, indem bestimmte biologische Parameter kontinuierlich während des Schlafs überwacht werden. In der Regel geschieht dies stationär oder in einem Schlaflabor.

Sofern die Weiterbildungsordnung die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ nicht vorsieht, müssen die Zeugnisse gemäß der Qualitätssicherungsmaßnahme eingereicht und zusätzlich ein Kolloquium erfolgreich absolviert werden, um die Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung der Polysomnographie zu erfüllen.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

(§ 135 Abs. 1, 2 SGB V, gültig seit 01.04.2005, Anlage A Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2007	19
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	18
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	1
Anzahl neu beschiedener Anträge nur Polygraphie	2
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl neu beschiedener Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-



2.22 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (z. B. operativen Eingriffen) oder ohne erkennbare Ursachen auftreten.

Für Patientengruppen, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat oder der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist, kann Schmerztherapie nur von schmerztherapeutisch tätigen Ärzten gewährleistet werden. Sie müssen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung eine Zusatzweiterbildung mit differenzierten Zeugnissen oder Bescheinigungen sowie die Qualifikation zur Psychosomatischen Grundversorgung nachweisen. Ebenfalls sind apparativtechnische und räumliche Voraussetzungen zu erfüllen. Darüber hinaus muss sich der Schmerztherapeut verpflichten, jährlich an mindestens acht interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilzunehmen, eine entsprechende Dokumentation der Qualitätssicherungskommission zur Prüfung vorzulegen sowie an vier Tagen pro Woche mindestens vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (§ 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 01.04.2005)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	✓
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	14
Anzahl neu beschiedener Anträge	2
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren - § 4 Abs. 3 Nr. 4)	2
- davon bestanden	2
- davon nicht bestanden	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Versorgung	
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-

2.23 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die Sozialpsychiatrie befasst sich insbesondere mit sozialen Ursachen psychischer Störungen. Die Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertrags-ärztlichen Versorgung. Bei komplexen sozial-pädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen soll vorwiegend die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden.

Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sog. Praxisteam (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) findet.

Auf Antrag können an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit mind. 2-jähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie teilnehmen. Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Vereinbarung mit den Ersatzkassen.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)
(§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV), geltend für Versicherte des VdAK / AEV, gültig seit 01.07.1994)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	5
Anzahl neu beschiedener Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.24 Soziotherapie

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

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

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung
(§ 37 a SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6SGB V, gültig seit 01.01.2002)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2007	40
Anzahl neu beschiedener Anträge nach Nr. 15 der RL	3
- davon Anzahl Genehmigungen	3
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	-

2.25 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (Zertrümmern der Harnsteine durch Stoßwellen) muss der Urologe gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die in der Richtlinie beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen und die Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzen.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage I, 4.:
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
(§ 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit 24.11.1995)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	5
Anzahl neu beschiedener Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-



2.26 Strahlendiagnostik/-therapie

Die auf Bundesebene geschlossene Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie umfasst die Bereiche:

- Allgemeine Röntgendiagnostik
- 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.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (§ 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 1.4.1993, zuletzt geändert am 01.01.2007)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie	Diagnostische Radiologie	Computertomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
	Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Anlage I-Klasse VIII	Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Anlage II	Anlage III nach Klassen I-V
Genehmigungen					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	182	14	6	15	14
Anzahl neu beschiedener Anträge	13	2	-	-	5
- davon Anzahl Genehmigungen	10	2	-	-	4
- davon Anzahl Ablehnungen	3	-	-	-	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-	-	-	-	-
- davon bestanden	-	-	-	-	-
- davon nicht bestanden	-	-	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-	3	-	-



2.27 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Die Substitutionsbehandlung stellt einen wichtigen Bestandteil innerhalb des Drogenhilfssystems dar. Sie ermöglicht den Heroinsüchtigen die Entwicklung neuer Perspektiven in der Lebensgestaltung, was letztendlich zu dem Schritt der Herauslösung aus dem Drogenalltag führen soll.

Zur Substitutionsbehandlung sind grundsätzlich nur qualifizierte Ärzte mit der Zusatzqualifikation Suchtmedizinische Grundversorgung zugelassen. Diese Ärzte entscheiden über den Beginn und die Fortsetzung einer Substitutionsbehandlung. Des Weiteren können Ärzte, die die Zusatzqualifikation nicht erworben haben, höchstens drei Patienten gleichzeitig substituieren. Dabei muss sichergestellt sein, dass der Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal einem Kollegen mit der oben genannten Zusatzqualifikation vorgestellt wird.

Der Fall Kevin hat auf tragische Weise gezeigt, dass dem Schutz von Kindern, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben, eine besonders hohe Bedeutung zukommen muss. Deshalb hat die Kassenärztliche Vereinigung Bremen in Abstimmung mit dem Landesdatenschutzbeauftragten der Hansestadt Bremen ein Meldeformular für substituierende Ärzte entwickelt. Diese können auf diese Weise betroffene Kinder direkt an die zuständige senatorische Dienststelle melden – das Einverständnis der Eltern vorausgesetzt.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage I, 2.:
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
 (§ 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit 01.10.1991, zuletzt geändert am 03.02.2005)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen/Versorgung	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007*	72
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal 2006)	57
Anzahl neu beschiedener Anträge (Ärzte)	9
- davon Anzahl Genehmigungen	9
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	5
Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)	
Anzahl geprüfter Fälle	111
- davon ohne Beanstandung	62
- davon mit geringen Beanstandungen**	39
- davon mit erheblichen Beanstandungen***	8
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen***	2
5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)	
Anzahl geprüfter Fälle	100
- davon ohne Beanstandungen	57
- davon mit Beanstandungen	43
Sonstige Fälle (Wiedervorlage bei Neuanmeldung, zusätzlich angeforderte Fälle) (§ 3 Abs. 3 und § 9 Abs. 3)	
Anzahl geprüfter Fälle	79
- davon ohne Beanstandungen	32
- davon mit Beanstandungen	47
Patienten	
Anzahl Patienten im Jahr 2007	1.390
An-/Abmeldungen	
Anzahl Patientenan-/Abmeldungen im Jahr 2007	2.502
Bemerkungen	
*ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen	
** eine Differenzierung des Beanstandungsgrades ist für den Zeitraum Januar bis April 2007 (n= 19) nicht möglich	
*** Zählung ab Mai 2007	



2.28 Ultraschalldiagnostik

Die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Diese wird erteilt, wenn die fachliche Qualifikation des Arztes sowie der Nachweis der apparativen Ausstattung durch eine Gerätebestätigung der Hersteller-/Lieferfirma nachgewiesen werden.

Die Genehmigung kann für insgesamt 31 verschiedene Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei drei Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch die fachliche Qualifikation zur Untersuchung von Erwachsenen und Kindern.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik
(§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 01.04.1993, zuletzt geändert am 01.04.2005)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte Genehmigung, Stand 31.12.2007	927
Anzahl neu beschiedener Anträge **)	203
- davon Anzahl Genehmigungen	176
- davon Anzahl Ablehnungen	27
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	4
- davon bestanden	4
- davon nicht bestanden	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen **)	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung **)	33
Bemerkungen	
**) (Teil-)Genehmigungen nicht Anzahl Ärzte	

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.07
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	17
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	18
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	18
3 Nasennebenhöhlen	15
4 Gesichtsteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	85
5 Schilddrüse	218
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	51
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	6
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	43
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	5
6.3 Belastungs-Echokardiographie	21
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	60
8 Brustdrüse	97
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	414
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	62
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	189
10.2 Weibl. Genitalorgane	119
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	114
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	50
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	77

13 Säuglingshüften	siehe Kapitel 2.28
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	82
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	79
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	20
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	24
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	48
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	44
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	37
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	11
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	7
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	21
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	77
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	1

2.29 Ultraschalluntersuchungen der Säuglingshüfte

Soll die fachliche Qualifikation für die Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis des Facharztes für Kinderheilkunde, Orthopädie oder Radiologische Diagnostik hervorgehen, dass 200 Untersuchungen bei Säuglingen durchgeführt wurden. Ärzte für nicht genannte Fachgebiete müssen den Zusatznachweis einer mindestens 18-monatigen ständigen klinischen oder vergleichbaren ständigen Tätigkeit im Fachgebiet der Kinderheilkunde oder Orthopädie oder radiologischen Diagnostik/Kinderradiologie erfüllen. Alle Ärzte müssen im Land Bremen zusätzlich ein Kolloquium erfolgreich absolvieren.

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte

(Anlage IV der Ultraschallvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV), gültig seit 01.04.2005)

Genehmigungsvorbehalt	✓	
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓	
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓	
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel		
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	75	
Anzahl neu beschiedener Anträge	Neu 5	erneut (§ 11 Abs.3 S.5) -
- davon Anzahl Genehmigungen	5	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-	-
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	
- davon bestanden	5	
- davon nicht bestanden	-	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	-	
Anzahl Rückgaben/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	

2.30 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Neu)

Die Qualität zytologischer Untersuchungen zur Früherkennung des Zervixkarzinoms wird mit dieser Vereinbarung gesichert. Die Überarbeitung im Jahr 2007 schafft einheitliche Regelungen für die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung für die zytologische Untersuchung, gleichzeitig wurden international geltende Standards aufgenommen.

Fachliche Anforderungen müssen die berechtigten Facharztgruppen (Pathologen und Frauenärzte) nachweisen sowie auch die Präparatebefunder in den Zytologie-Laboratorien erfüllen. Gemäß den internationalen Standards dürfen die Präparatebefunder pro Stunde z.B. nicht mehr als zehn Präparate befunden.

Vom zytologieverantwortlichen Arzt werden im zweijährigen Abstand jeweils zwölf Präparate mit der dazu gehörenden Dokumentation und Befundung angefordert. Prüfkriterien sind eine ausreichende technische Qualität der Präparate, eine zutreffende und vollständige Beurteilung sowie Dokumentation.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (§ 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 01.07.1992, zuletzt geändert 01.10.2007)

Genehmigungsvorbehalt	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
Frequenzregelung	
Rezertifizierung	
Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
Obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	24
Anzahl neu beschiedener Anträge	3
- davon Anzahl Genehmigungen	3
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	3
- davon bestandene Prüfungen	3
- davon nicht bestandene Prüfungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	4

2.31 Genehmigungen auf Grundlage des EBM



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

- Chirotherapie
- Behandlung des diabetischen Fußes
- Funktionsstörung der Hand
- Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung
- Krebsfrüherkennung bei der Frau
- Empfängnisregelung
- Neurophysiologische Übungsbehandlung
- Physikalische Therapie
- Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

3 Qualität verbessern

3.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

Seit dem 1. Januar 2007 gilt die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems (QM) für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren. (§ 135a SGB V).

Die grundsätzlichen Anforderungen an die Ausgestaltung regelt eine Richtlinie, die der Gemeinsame Bundesausschuss mit Wirkung zum 01. Januar 2006 verabschiedete.

Darin werden die Grundelemente und Instrumente, die umgesetzt werden sollen ebenso beschrieben wie die zeitlichen Phasen der Einführung und Umsetzung von QM in den Praxen. Eine Zertifizierung wird nicht gefordert, ebenso wenig wird die Wahl eines bestimmten Qualitätsmanagement-Systems vorgegeben.

Der zeitliche Ablauf der Einführung des QM gliedert sich in drei Phasen:

1. Bis zum 31.12.2007 sind die Planungen eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements abzuschließen.
2. Bis zum 31.12.2009 sollen die Planungen umgesetzt werden.
3. Bis zum 31.12.2010 soll eine Selbstbewertung des eingeführten Qualitätsmanagements durchgeführt werden.

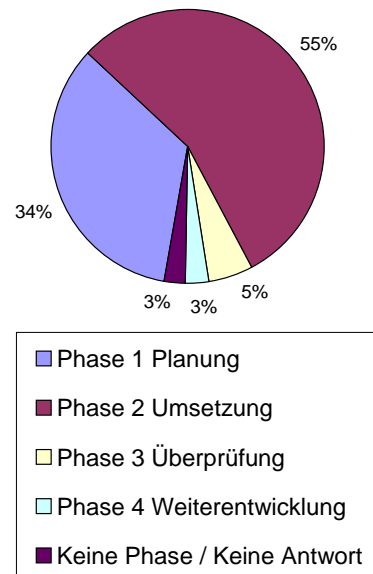
Insbesondere der gestaffelte Zeitrahmen und der Verzicht auf eine Systemfestlegung ermöglichen den Praxen den für sie individuell passenden Weg zu wählen.

Bereits hoher Einführungsgrad im Jahr 2007

Dies ist das Ergebnis einer Stichprobe, die die Kassenärztliche Vereinigung Bremen jährlich gemäß QM-Richtlinie ziehen muss. Dabei wird der Einführungs- und Entwicklungsstand des QM in den Praxen bei mindestens 2,5 % der Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten erhoben. Die KVHB hat die zufällig ausgewählten Stichprobenteilnehmer gebeten, ihre Fortschritte bei der Einführung des QM mit Hilfe eines auf Bundesebene abgestimmten Fragebogens darzulegen.

Über 63 % befinden sich bereits mindestens in der zweiten Umsetzungsphase und haben damit den von der QM-Richtlinie geforderten Umsetzungsstand übererfüllt. Den Anforderungen entsprechend schlossen 34 % der Stichprobenteilnehmer die Planungsphase bis zum Ende des Jahres 2007 ab.

Stand der QM-Umsetzung im Jahr 2007



Mit der Organisation von QM-Fortbildungsveranstaltungen für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten sowie Praxispersonal unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung Bremen aktiv die Einführung und Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung in den Praxen. Themenwünsche und Anregungen aus den Praxen werden dabei von der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen aufgenommen.

QM-Fortbildungen der KVHB im Jahr 2007	Anzahl Termine	Anzahl Teilnehmer
Hygiene	6	184
Medizinproduktegesetz und -betreiberverordnung	1	66
Erstellung einer Praxishomepage (Webhosting, Planung, Recht)	1	40
Datenschutz und Datensicherheit	1	69
Workshop: Motivation	2	45
Workshop: Wie organisiere ich eine Teamsitzung?	1	8
Summe	12	412

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen stellte ein großes Interesse an diesen themenspezifischen Seminaren fest und wird dieses Angebot entsprechend den zu Verfügung stehenden Ressourcen weiter ausbauen.



3.2 Qualitätszirkel

Kaum eine Qualitätsförderungsmaßnahme der ärztlichen Selbstverwaltung war so erfolgreich wie die der Qualitätszirkel (QZ). Zwischenzeitlich sind es bundesweit über 8.000 Qualitätszirkel, 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.

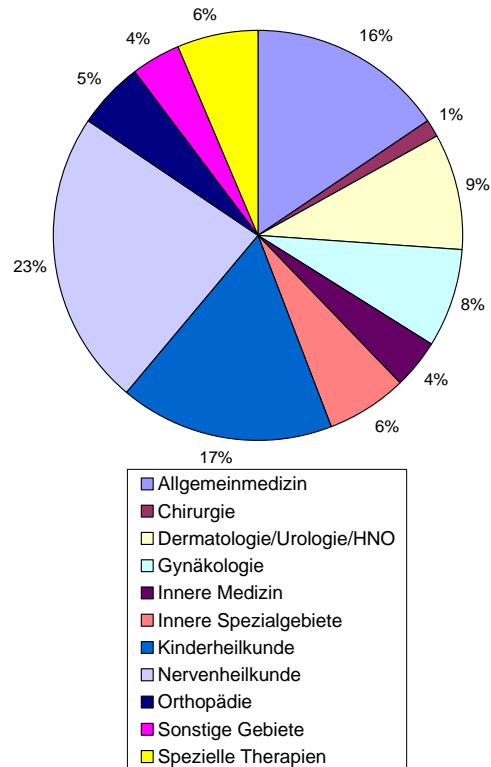
Qualitätszirkel arbeiten

- auf freiwilliger Basis
- mit selbstgewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- auf der Grundlage des kollegialen Diskurses (Peer Review)
- mit Moderator(en)
- mit der 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.

Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen verfasst das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) eine externe Beurteilung der Qualitätszirkelarbeit und erstellt seit 1995 einen vierteljährlichen Evaluationsbericht. Laut diesem wurden im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen bisher 77 Qualitätszirkel gegründet, von denen durchschnittlich 68 an der Basisdokumentation teilnahmen. Die Gruppengröße beträgt im

Durchschnitt zehn Teilnehmer, die pro Sitzung ca. 2,3 Std miteinander arbeiten. Insgesamt wurden über AQUA im Berichtsjahr 207 QZ-Sitzungen dokumentiert und ausgewertet.

Fachgruppen, die an QZ teilnehmen



Die zweitägige Fortbildung zum Qualitätszirkelmoderator absolvierten im Jahr 2007 neun Ärzte bzw. Psychotherapeuten.

Die jahrelange Erfahrung mit Qualitätszirkeln in der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen hat gezeigt, dass die Unterstützung der Moderatoren und die Entwicklung beziehungsweise die Aufbereitung von Qualitätszirkelthemen von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg der Zirkelarbeit sind.

Als Ergebnis einer systematischen Sichtung der regionalen Aktivitäten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung diesen bewährten Ansatz aufgegriffen und von kompetenten Fachwissenschaftlern Dramaturgien zu verschiedenen Themen erarbeiten lassen. Das hierzu erstellte Handbuch enthält neben Curricula zur Vermittlung der aufbereiteten Zirkelinhalte auch Lehrmedien und relevante Hinweise und Informationen für Moderatoren zur Durchführung von Qualitätszirkeln.



3.3 Fortbildung

Spätestens zum 30. Juni 2009 müssen gemäß gesetzlicher Vorgaben Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten im Land Bremen einen Fortbildungsnachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen erbringen. Grundlage des Nachweises ist das Fortbildungszertifikat der zuständigen Landesärzte bzw. psychotherapeutenkammer. Um dieses zu erhalten, müssen in einem Zeitraum von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte in verschiedenen Kategorien erworben werden. Hierzu gehören Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne und das Selbststudium ebenso wie die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln oder die interaktive Online-Fortbildung.

Um mögliche Engpässe gegen Ende des am 30. Juni 2009 auslaufenden ersten Nachweiszeitraumes zu vermeiden, ist es für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten empfehlenswert, Fortbildungsangebote, die durch eine Ärztekammer anerkannt sein müssen, kontinuierlich wahrzunehmen und die dafür erhaltenen Bescheinigungen bei der zuständigen Ärztekammer einzureichen. Nahezu alle Kammern führen für ihre Mitglieder Fortbildungskonten, auf denen die erworbenen Punkte gutgeschrieben werden. Das ermöglicht dem Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten eine ständige Übersicht über seine Fortbildungsaktivitäten. Mögliche Fragen zu Inhalt und Umfang der Fortbildungsmaßnahmen können dort direkt geklärt werden.

4 Service

4.1 KV Mobil Tour

Am 18. Juli 2007 machte der magentafarbene Infobus der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bremen und am 12. September 2007 in Bremerhaven eine KV Mobil Tour und Station, um über die Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Krankheiten zu informieren. Zwischen 10 und 18 Uhr waren ein Ärzteteam, Arzthelferinnen und Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) im Einsatz. Besucher konnten im und am Bus kostenlos ihren Blutdruck, Blutzucker- und Cholesterinwert überprüfen sowie ihren Body Mass Index berechnen lassen. Zusätzlich konnten sie sich einem Fitness-Check unterziehen oder an einer Ernährungsberatung teilnehmen. Ein breites Informationsangebot zu den Möglichkeiten der aktiven Vorsorge durch gesunde Ernährung und Sport rundeten das Angebot ab.



4.2 Kommissionsarbeit

Die Kassenärztliche Vereinigung muss zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die Arbeitsdokumentationen sowie die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung vorzubereiten.

Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf die jeweils erforderlichen speziellen ärztlichen Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen hat im Berichtsjahr 40 Kommissionssitzungen einberufen, an denen 89 Teilnehmer, davon 57 Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, 24 Mitglieder der Kassenseite und 8 Sachverständige teilgenommen haben.



4.3 Informations- und Fortbildungsveranstaltungen in der KVHB

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen bietet ihren Mitgliedern und deren Mitarbeitern Fortbildungen zu unterschiedlichsten Themen an. Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurden im Berichtsjahr mehrere QEP-Einführungsseminare (Qualität und Entwicklung in Praxen) in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Bremen durchgeführt. Weitere Zusatzangebote im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement werden detaillierter im Kap 3.1 beschrieben.

Im Bereich der Disease-Management-Programme organisierte die Kassenärztliche Vereinigung Bremen einerseits indikations-spezifische Fortbildungsveranstaltungen andererseits auch Schulungsseminare. Mit der Teilnahme an letzteren - den so genannten „Train the Trainer“ Seminaren - erhalten die Ärzte eine Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

Insgesamt hat die Kassenärztliche Vereinigung Bremen im Berichtsjahr sieben Fortbildungsveranstaltungen und Seminare mit 331 Teilnehmenden durchgeführt. Damit stießen die Fortbildungsangebote auf eine große Resonanz.

Seminare im Rahmen von QM und Anzahl der Teilnehmer:

QEP-Einführungsseminar: 159
QM-Zusatzangebote: 412

Fortbildungen im Rahmen von DMP und Anzahl der Teilnehmer :

Diabetes: 36
Koronare Herzerkrankung: 105
Brustkrebs: 91

Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD): 35
Indikationsübergreifende Fortbildung: 29

Seminare im Rahmen von DMP und Anzahl der Teilnehmer:

Hypertonie: 18
Diabetes ohne Insulin: 17
Diabetes mit Insulin: 0



4.4 KVHB: Hautnah – Eine Veranstaltung für Patienten und deren Angehörige

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) befindet sich, wie das gesamte KV-System, in einem Prozess der strategischen Neuausrichtung. Die Patientenorientierung erhält in Zukunft einen höheren Stellenwert, um auch von Patienten und Versicherten als ein kompetenter Dienstleister im Zentrum des Gesundheitswesens wahrgenommen zu werden. Bislang sind Aufgabenspektrum und Arbeit der KVen bei den Patienten weitgehend unbekannt. Mit ihrem neuen Konzept will sich die Kassenärztliche Vereinigung Bremen für die Bürger stärker öffnen und über die qualitativ hochwertige ambulante Versorgung im Lande Bremen informieren.

Unter dem Titel „KVHB: Hautnah – Eine Veranstaltung für Patienten und deren Angehörige“ lädt die Kassenärztliche Vereinigung Bremen viermal im Jahr alle Bürgerinnen und Bürger ein, um über aktuelle Gesundheitsthemen zu informieren. Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten informieren über Prävention, Entstehung und Therapiemöglichkeiten ausgewählter Erkrankungen und erläutern neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Auch Anregungen für eine gesündere Lebensweise fehlen nicht. Zum jeweiligen Fachthema stellt eine Selbsthilfegruppe aus Bremen ihre Arbeit vor. Ebenfalls greift die Kassenärztliche Vereinigung Bremen aktuelle gesundheitspolitische Aspekte auf und diskutiert diese mit den Anwesenden. Die Teilnahme an den Veranstaltungen im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen ist für alle Besucher kostenlos.

Themen im Jahr 2007

Februar	Das Kreuz mit dem Kreuz
Juli	Schutzimpfungen für Erwachsene und Kinder
September	Zeckenbiss und Borreliose
Dezember	Krank vor Angst

Die bisherigen Veranstaltungen haben gezeigt, dass die Kooperation zwischen Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfe für alle Beteiligten einen Gewinn bringt. So können sich Selbsthilfegruppen beispielsweise das Fachwissen der Ärzte zu Nutze machen, die ihrerseits vom Erfahrungsschatz einer Selbsthilfegruppe profitieren.

Der Beirat tagt einmal im Jahr und legt nach vorheriger Befragung der Obleute die Termine, Themen und Referenten der Patientenveranstaltungen fest.

Mitglieder des Beirats

Hubert Bakker	Allgemeinmedizin
Dr. Reinhard Hübotter	Urologie
Dr. Stefan Trapp	Kinderheilkunde/ Jugendmedizin
Dr. Ilse-Wick-Dammann	Innere Medizin/ Psychotherapie
Carmen Vogel	Gesundheitsamt
Hartmut Stulken	Gesundheitsamt
Dr. Joachim Wewerka	Präventionsbeauftragter KV Bremen
Dr. Till Spiro	KVHB
Marion Saris	KVHB





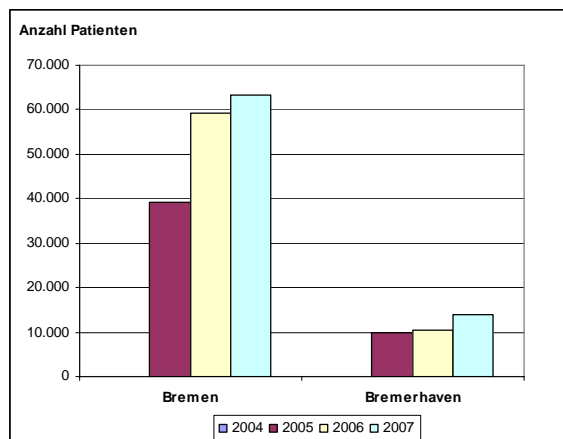
4.5 Notdienst / Bereitschaftsdienst

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen Bremen umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst).

Der Notdienst wurde im Berichtsjahr in Bremen 63.222 Mal und in Bremerhaven 13.851 Mal in Anspruch genommen. Die Notdienste sind in Bremen am Klinikum Bremen-Mitte, in der Prof. Hess-Kinderklinik, am Klinikum Bremen-Nord und im Krankenhaus am Bürgerpark in Bremerhaven angesiedelt.

Zum 2. August 2008 sind der ärztliche und kinderärztliche Notdienst Bremerhaven in das Joseph-Hospital, Wiener Straße 1, umgezogen.

Entwicklung der Inanspruchnahme des ärztlichen Notfalldienstes in den Jahren 2004 - 2007



4.6 Ansprechpartner in der KVHB

Die Abteilung Zulassung/Genehmigung ist unter anderem für Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung zuständig. Eine zunehmende Anzahl von Richtlinien und Vereinbarungen wurde im Laufe der Jahre auf Qualitätssicherung ausgerichtet und es wurde die „Gemeinsame Einrichtung“ mit Einführung von DMP als Arbeitsgemeinschaft im Bereich der Qualitätssicherung ins Leben gerufen. Im Bereich Qualitätssicherung gehört neben der Erteilung von Genehmigungen, Umsetzung neuer Richtlinien und regelmäßigen Überprüfung der Qualität erbrachter Leistungen auch die Koordination, Organisation und Begleitung von Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen. Darüber hinaus gehört seit 2003 das Qualitätsmanagement zum Aufgabengebiet. Die Abteilung Zulassung/Genehmigung in der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen zählt zehn Mitarbeiter, davon sind folgende Mitarbeiter mit dem Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement befasst:

Dr. Jens D. Kaufmann
Barbara Frank
Andrea Windhorst
Frau Flieger
Martina Plieth
Natalie Martin
Kai Herzmann

5 Ausblick und Ziele

5.1 Zusatzvereinbarungen fördern die Qualität

Die positiven Erfahrungen aus bereits geschlossenen Zusatzvereinbarungen weisen in eine klare Richtung: Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen wird weitere, an der Qualität orientierte Sondervereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen verhandeln.

Beispielhaft sind die Vereinbarungen zum ambulanten Operieren, in denen besondere, abgestufte Strukturvoraussetzungen an die ambulanten Operateure bzw. OP-Zentren gestellt werden.

Asthmakranke Kinder stehen im Mittelpunkt einer Zusatzvereinbarung. Praxen mit speziellen Qualifikationsvoraussetzungen können durch gezielte Maßnahmen das Selbstmanagement von Kindern und Jugendlichen unterstützen und damit Früh- und Spätkomplikationen zielgerichtet vermindern oder zumindest verzögern. Die teilnehmende Praxis muss über besonders geschultes Praxispersonal verfügen und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen nachweisen.

Kinder und Jugendliche profitieren auch bei einem weiteren geplanten Vorhaben der Kassenärztliche Vereinigung Bremen: Ein erweitertes Präventionsangebot verringert die zeitlichen Abstände zwischen den verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder. So können Entwicklungsstörungen bei Kindern früh erkannt und die unterstützenden Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden.

6 Rechtliche Grundlagen

6.1 Zuständigkeiten und Organisationen

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 Normgebern ist zu unterscheiden zwischen

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärzt-kammer und Kassenärztliche Vereinigung).

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.

Zwischen den gegebenen Normen besteht ein Über- bzw. Unterordnungsverhältnis:

- Gesetze
- Untergesetzliche Rechtsnormen
- Vertragliche Vereinbarungen

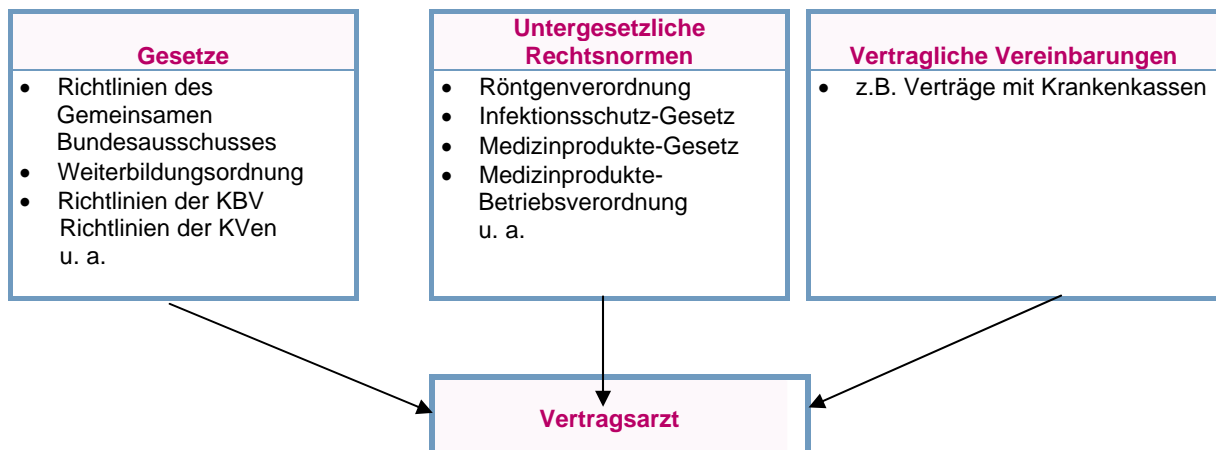


Abbildung : Schema der Normsetzungsbereiche

6.2 Der Gemeinsame Bundesausschuss

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

6.3 Normen der Qualitätssicherung

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

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

7 Anhang

7.1 Mitgliederstruktur der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (Stand 31.12.2007)

	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	309	10	319
Anästhesisten	37	10	47
Augenärzte	59	4	63
Chirurgen	35	13	48
davon Gefäßchirurgen	6	0	6
davon Kinderchirurgen	2	1	3
davon Plastische Chirurgen	0	2	2
davon Thoraxchirurgen	0	2	2
davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	1	1	2
davon Unfallchirurgen	14	3	17
davon Visceralchirurgen	3	0	3
Dermatologen	36	2	38
Gynäkologen	108	10	118
HNO-Ärzte	45	4	49
davon Phoniater und Pädaudiologen	2	0	2
Internisten	232	25	257
davon Angiologen	4	2	6
davon Endokrinologen	2	0	2
davon Gastroenterologen	16	6	22
davon Hämatologen	0	1	1
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	3	6	9
davon Kardiologen	22	4	26
davon Nephrologen	16	2	18
davon Pneumologen	16	2	18
davon Rheumatologen	4	2	6
Kinderärzte	69	16	85
davon Kinderkardiologen	2	1	3
davon Neonatologen	2	4	6
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	38	0	38
Kinder- und Jugendpsychiater	15	0	15
Laborärzte	15	0	15
Lungenärzte	0	0	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	22	0	22
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	84	7	91
Neurochirurgen	9	1	10
Nuklearmediziner	4	1	5
Orthopäden	60	8	68
davon Rheumatologen	0	2	2
Pathologen	8	0	8
Psychotherapeuten - ärztlich	75	2	77
Psychotherapeuten - psychologisch	259	0	259
Radiologen	34	11	45
Urologen	33	1	34
Übrige Arztgruppen	9	1	10
Summe	1595	126	1721

7.2 Übersicht über die seit 01.01.2007 erworbenen Weiterbildungen gemäß der gültigen Musterweiterbildungsordnung (Stand 31.12.2007)

Zusatzweiterbildungen	Anzahl
Ärztliches Qualitätsmanagement	1
Akupunktur	12
Allergologie	3
Andrologie	5
Betriebsmedizin	3
Dermatohistologie	-
Diabetologie	1
Flugmedizin	-
Geriatric	2
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	1
Hämostaseologie	2
Handchirurgie	1
Homöopathie	3
Infektiologie	5
Intensivmedizin	5
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	-
Kinder-Gastroenterologie	1
Kinder-Nephrologie	-
Kinder-Orthopädie	-
Kinder-Pneumologie	1
Kinder-Rheumatologie	-
Labordiagnostik-fachgebunden	
Magnetresonanztomographie-fachgebunden	
Manuelle Medizin/Chirotherapie	4
Medikamentöse Tumortherapie	2
Medizinische Informatik	-
Naturheilverfahren	3
Notfallmedizin	19
Orthopädische Rheumatologie	-
Palliativmedizin	13
Phlebologie	-
Physikalische Therapie	2
Plastische Operationen	-
Proktologie	4
Psychoanalyse	-
Psychotherapie	1
Schlafmedizin	3
Sozialmedizin	2
Spezielle Orthopädische Chirurgie	-
Spezielle Schmerztherapie	1
Spezielle Unfallmedizin	-
Sportmedizin	1
Suchtmedizinische Grundversorgung	5
Tropenmedizin	-
Umweltmedizin	-

7.3 Internetseiten zum Thema Qualität

<http://www.kvhb.de>

Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Unter der Rubrik Ärzte & Psychotherapeuten/Qualität finden Sie allgemeine Informationen zum Thema Qualität

<http://www.kbv.de>

Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

<http://www.kbv.de/qm>

Informationsseite der KBV insbesondere zum Qualitätsmanagementsystem QEP

<http://www.kbv.de/9930.html>

Internetseite über die wichtigsten Fragen zur Fortbildungsverpflichtung

<http://www.g-ba.de/>

Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses mit diversen Informationen zum Thema Qualität und genauen Wortlaut der Richtlinien

<http://www.aekhb.de> / <http://www.lpk-hb.de>

Homepages der Ärztekammer Bremen und der Psychotherapeuten Kammer Bremen.

<http://www.baek.de> / <http://www.bptk.de>

Homepages der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer

<http://www.iqwig.de/>

Website des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

<http://www.aqua-Institut.de>

Homepage von AQUA, Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Externes Institut, das mit der Evaluation der Qualitätszirkelarbeit in Bremen beauftragt ist.

<http://www.aezq.de>

Homepage des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Die ÄZQ bietet im Internet Informationsseiten zu diversen Themen:

<http://www.leitlinien.de>

Leitlinien-Informations- und Recherche-Dienst des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin.

<http://www.q-m-a.de>

Das Informations- und Fortbildungsprogramm für Qualitätsmanagement in der Ambulanten Versorgung.

<http://www.patienten-information.de>

Patienteninformationsseite der ÄZQ.

<http://www.versorgungsforschung.net>

Internetplattform zum Thema Versorgungsforschung

<http://www.versorgungsleitlinien.de/>

Gemeinsames Projekt der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Impressum

HERAUSGEBER:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauserstr. 26/28
28209 Bremen

VERANTWORTLICH:

Barbara Frank

FOTOS:

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
photocase.com
pixelio.de
aboutpixel.com

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“, „der Psychotherapeut“), ist dies generisch gemeint und umfasst damit selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“, „die Psychotherapeutin“).

Bremen, Dezember 2007