

Qualitätssicherung in der ambulanten
Vertragsärztlichen Versorgung
im Bereich der
Kassenärztlichen Vereinigung
Hamburg

JAHRESBERICHT 2003



Sehr geehrte Damen und Herren,

zum zweiten Mal und in leicht veränderter Form erscheint der Qualitätssicherungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Der Grund für den etwas veränderten Aufbau liegt darin, daß die KVen sich bundesweit auf eine einheitliche Form verständigt haben. So ist eine Zusammenführung der Qualitätssicherungsberichte auf Bundesebene möglich.

Länder- wie Bundes-Berichte dokumentieren eindrucksvoll die enormen Anstrengungen der Ärztinnen und Ärzte um einen Nachweis der Qualität ihrer Arbeit. Hervorzuheben sind hierbei nicht nur die Arbeiten in der Praxis, bei der Vorbereitung und Erbringung der jeweiligen Leistung. Nicht minder wichtig sind die begleitenden Tätigkeiten: Die Arbeit in den vielen Qualitätszirkeln der Hansestadt (deren Zahl nach wie vor zunimmt), aber auch in den Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigung, in denen um eine kontinuierliche Verbesserung der Qualitätssicherung gerungen wird.

Nachdem in 2002 eine Reihe von außerordentlich umfangreichen neuen Qualitätssicherungsrichtlinien in Kraft gesetzt wurden – erinnert sei nur an die Mammographie, die Koloskopie und die Dialyse -, stand das darauf folgende Jahr im Zeichen der Umsetzung dieser großen Umwälzungen und der Nachbesserung von erkannten Schwachstellen. In Hamburg haben wir vor allem bei der Koloskopie und der Mammographie zügig die vereinbarten Ziele erreicht; darüber hinaus erhalten die Ärztinnen und Ärzte bei erfolgreich abgeschlossenen Prüfungen ein Zertifikat, das die KV ausstellt und das auch als Ausweis der geleisteten Qualitätssicherungsarbeit gegenüber den Patienten gedacht ist.

Der Nachweis der erbrachten Qualität ärztlicher Arbeit und die regelmäßige Re-Zertifizierung werden auch in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Dies ist der legitime Preis für die Forderung nach Transparenz, aber auch die Antwort der Ärzteschaft auf mehr oder minder qualifiziert geäußerte Zweifel aus der Politik an der Qualität ihrer Arbeit.

Abschließend geht der Dank nicht nur an die Ärztinnen und Ärzte, die sich Tag für Tag um die Qualität ihrer Arbeit und deren Nachweis bemühen, sondern auch an diejenigen, die sich aktiv in den Qualitätssicherungsprozesse eingeschaltet haben und an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung in der KV Hamburg, die die nicht immer einfache Aufgabe haben, die KV-Mitglieder von der Notwendigkeit der Dokumentation der Qualität ihrer Arbeit zu überzeugen.

Walter Plassmann
stellv. Hauptgeschäftsführer
Bereichsleiter Versorgungsmanagement und Qualität



Walter Plassmann
stellvertretender Haupt-
geschäftsführer,
Leiter Versorgungsma-
nagement und Qualität

- 1 Einführung
- 2 Rechtliche Grundlagen, vertragliche Vorgaben und Zuständigkeiten
- 3 Qualitätsbereiche
 - 3.1 Struktur, Prozess, Ergebnis
 - 3.2 Genehmigungsbereiche
 - 3.3 Systematik der Prüfung von Qualitätsanforderungen
 - 3.4 Qualitätssicherungskommissionen
 - 3.5 Qualitätszirkel
- 4 Qualitätssicherung
 - 4.1 Bundesweit geltende Regelungen
 - 4.1.1 Ambulantes Operieren
 - 4.1.2 Arthroskopische Untersuchungen
 - 4.1.3 Blutreinigungsverfahren
 - 4.1.4 Chirotherapie
 - 4.1.5 Herzschrittmacherkontrolle
 - 4.1.6 Invasive Kardiologie
 - 4.1.7 Kernspintomographie
 - 4.1.8 Koloskopie
 - 4.1.9 Künstliche Befruchtung
 - 4.1.10 Laboratoriumsuntersuchungen / Ringversuche
 - 4.1.11 Langzeit-EKG-Untersuchung
 - 4.1.12 LDL-Elimination
 - 4.1.13 Onkologie-Vereinbarung
 - 4.1.14 Otoakustische Emissionen
 - 4.1.15 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
 - 4.1.16 Psychotherapie
 - 4.1.17 Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe)
 - 4.1.18 Schmerztherapie-Vereinbarung
 - 4.1.19 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
 - 4.1.20 Soziotherapie
 - 4.1.21 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
 - 4.1.22 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)
 - 4.1.23 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
 - 4.1.24 Ultraschalldiagnostik
 - 4.1.25 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale
- 5 Gesamtübersicht
 - 5.1 Besonderheiten im Geltungsbereich der KV Hamburg
 - 5.1.1 Rheuma
 - 5.1.2 HIV
 - 5.1.3 Umweltmedizin
 - 5.1.4 Ärztliche Stelle
 - 5.1.5 Qualitätszirkel / Arbeitskreise
- 6 Ausblick
 - 6.1 Disease-Management-Programme
 - 6.2 Substitutionsbehandlung

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Versorgung beinhaltet eine ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Betreuung, nach den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 70 SGB V). Dies gilt für alle ärztlichen Leistungen, die auf entsprechend qualitativ hohem Niveau im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Während von vielen medizinischen Methoden und Verfahren bekannt ist, dass sie unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien wirksam sind, so kann erst durch die standardisierte und qualitätsgesicherte Erbringung der Leistung ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden. Dazu gehört auch deren zeitnahe und flächendeckende Vorhaltung und Umsetzung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Dies sicherzustellen ist eine der zentralen Aufgaben der **Qualitätssicherung**.

Darüber hinaus ist es ein Zeichen einer qualitativ hochwertigen Versorgung, dass medizinisch notwendige Leistungen zeit- und ortsnahe durch entsprechend qualifizierte Ärzte oder Psychotherapeuten erbracht werden und für alle Versicherten, die der Behandlung bedürfen, zugänglich sind. Damit wird deutlich, dass Qualitätssicherung nicht nur die ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden direkt (z. B. welche Methode durch wen, wie angewandt wurde), sondern auch deren flächendeckende Vorhaltung und Umsetzung in der vertragsärztlichen Versorgung betrifft.

Qualitätssicherung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kann an verschiedenen, hier beispielhaft aufgeführten, Punkten ansetzen:

- Bei der Qualifikation derjenigen Ärzte, welche die Behandlung durchführen. Hierfür werden detaillierte Regelungen erlassen, die sicherstellen, dass nur entsprechend erfahrene Ärzte an der Versorgung teilnehmen.
- Bei der exakten Beschreibung der Behandlungs- und Untersuchungsmethoden und der dazugehörigen Standards, mit denen eine Erkrankung zielgerichtet behandelt werden kann.
- Durch einen Ergebnisvergleich, wie oft ein gewünschtes Behandlungsziel in der Versorgungsrealität erreicht wird, um so Verbesserungen gezielt einleiten zu können.

Ebenso vielfältig sind die Instrumente einer modernen Qualitätssicherung, hierzu gehören z. B.:

- Beschreibung von Weiterbildungsvoraussetzungen
- Eingangs- und Verlaufsprüfungen, ggf. Kolloquien
- Stichprobenprüfung nach definierten Kriterien
- Dokumentationsanforderungen
- Festlegung der Häufigkeit der jährlich mindestens durchzuführenden Untersuchungen / Behandlungen für eine Methode

Alle diese Instrumente kommen regelhaft in der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung. Sie dienen zuvörderst dem jeweiligen Vertragsarzt oder Psychotherapeuten als Richtschnur für sein Handeln und als Anhalt für Verbesserungen. Letztendlich wird die Qualitätssicherungs-Maßnahme aber mit Sanktionen bewehrt, die bis zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung bei Nichtbeachtung führen können. Wesentlicher Bestandteil solcher Regelungen sind Überprüfungen, ob die gewählten Maßnahmen tatsächlich den gewünschten Effekt in der Versorgungsrealität haben

Qualitätssicherung umfasst nicht nur die ärztlichen Behandlungsmethoden, sondern auch die flächendeckende Vorhaltung und Umsetzung der Versorgung.

Zu einem weiteren wichtigen Element der Qualitätssicherung ist in den letzten Jahren das Instrument der Qualitätszirkel geworden. Die interkollegiale, u.U. multidisziplinäre Falldiskussion wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisatorisch unterstützt und gefördert.

Transparenz und Reproduzierbarkeit

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind kein Selbstzweck. Ihre Entwicklung erfolgt zur Optimierung der Patientenversorgung mit der Zielsetzung, die Qualität des Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses zu wahren oder, wo erforderlich, zu steigern. Hierfür ist ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess erforderlich. Zur Erhöhung der Effektivität der Selbstverwaltung im Aufgabengebiet der Qualitätssicherung wurden durch den Vorstand der KBV deshalb Handlungsleitlinien entwickelt, die für die nötige Transparenz und Reproduzierbarkeit der Bewertungs- und Entscheidungskriterien sorgen sollen und den Qualitätssicherungsmaßnahmen zugrunde liegen. Diese Handlungsleitlinien

dienen auch dazu, den bürokratischen Aufwand und die Kosten getroffener Maßnahmen in einem angemessenen Verhältnis zu dem angestrebten Nutzen zu halten. Dabei wurden folgende Kernelemente formuliert:

- Feststellung des Handlungsbedarfs durch systematische Identifizierung von Qualitätssicherungsdefiziten in der Patientenversorgung
- Definition der Ziele der Qualitätssicherungsmaßnahmen und Auswahl des geeigneten Qualitätssicherungsverfahrens
- Kalkulation der finanziellen Aufwendungen der Maßnahmen
- Entscheidung über die Einführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Bewertung (Evaluation) der eingeführten Maßnahmen im Hinblick auf die Zielerreichung auf Grund erhobener Daten
- Entscheidung über die Fortführung der Maßnahmen

Der Gesetzgeber misst der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eine hohe Bedeutung zu und hat deshalb im SGB V umfangreiche Regelungen erlassen, welche die ambulante Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. In Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen kommt die KBV dieser Verpflichtung aktiv nach. So wird nahezu jede Neueinführung einer Methode in die Vertragsärztliche Versorgung durch eine stringente Qualitätssicherungsmaßnahme begleitet, die den Anwendungserfolg im Versorgungsalltag sicherstellen soll.

Qualitätsmanagement / -indikatoren

Einen zunehmend größeren Stellenwert nimmt das Qualitätsmanagement in der Arztpraxis ein, hierzu gehört die Zertifizierung von Arztpraxen. Die KBV entwickelt derzeit zusammen mit der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung und der Bundesärztekammer Kriterien, die unterscheiden helfen, ob eine entsprechende Zertifizierung aussagekräftig ist. Mittelfristig wird die Zertifizierung von Arztpraxen in einem durch die KBV aufgelegten Projekt für alle Fachgruppen spezifisch aufbereitet, angeboten werden. Ärzte, die dann ihre Praxis zertifizieren lassen wollen, können sich dann an den dort erarbeiteten Grundlagen orientieren.

Inhalt des ärztlichen Qualitätsmanagements ist auch die Konzentration von Diagnostik und Therapie auf wissenschaftlich fundierte Empfehlungen. Diese

sind in sogenannten evidenzbasierten Leitlinien hinterlegt. Eine ähnliche Bedeutung kommt den sogenannten Qualitätsindikatoren zu. Idealerweise können Qualitätsindikatoren exemplarisch den Zielerreichungsgrad der Qualitätssicherung und damit die Qualität der Leistungserbringung für einzelne Leistungen anzeigen. Dieses noch relativ junge Feld birgt die Chance in sich, Leistungserbringung vergleichbar zu machen, ist aber gleichzeitig fehleranfällig und bedarf der weiteren Untersuchung und Erforschung. Die KBV beteiligt sich an der Festlegung von Kriterien, denen solche Qualitätsindikatoren genügen müssen und wird, sofern der Nutzen gegeben ist, Qualitätsindikatoren in der Richtlinienentwicklung berücksichtigen.

Qualitätsberichte

Qualitätsberichte als Instrument der Qualitätssicherung dienen der transparenten Beschreibung ebenso wie der Darstellung der Ergebnisse aller aktuellen Qualitätsprozesse. Diese Darstellungen können eine unterschiedliche Tiefe erreichen, von der rein deskriptiven Auflistung der Tätigkeiten bis zu Korrelationsuntersuchungen verschiedener Parametern und auch deren Interpretation. Inhaltlich ist deren Bandbreite ebenfalls groß, sie reicht von organisatorischen/verwaltungstechnischen Inhalten bis zur Darstellung des Einflusses von Variationen der Struktur auf Ergebnisse in der Patientenversorgung. Welche Form hier gewählt wird hängt insbesondere von den zur Verfügung stehenden Daten, aber natürlich auch von der Intention des Berichtes ab.

Die KBV und die KV'en haben sich hier zunächst auf die Darstellung der sich aus den Qualitätssicherungsvereinbarungen direkt ergebenden verwaltungstechnischen Konsequenzen verständigt (u.a. Genehmigungen, Ablehnungen, Praxisbegehungen, Beanstandungen, Dokumentationsprüfungen), hinzu kommen ausgewählte Bereiche wie die Darstellung der Qualitätszirkelarbeit. Ein nächster Schritt kann die Darstellung der Ergebnisse einzelner Maßnahmen – wie z.B. die Krebsfrüherkennung sein.

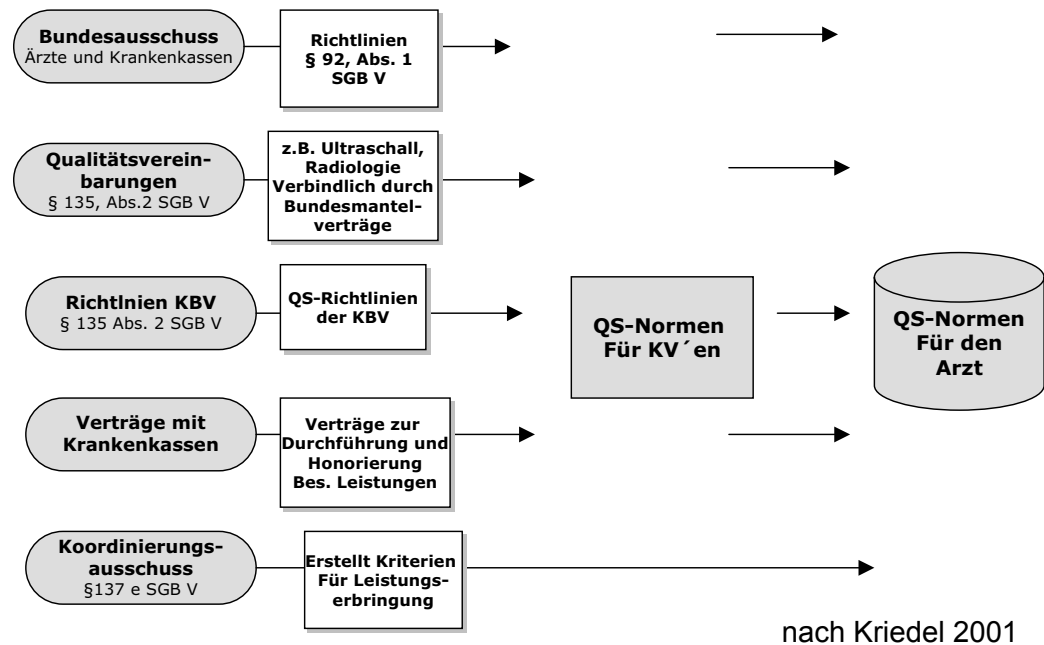
Qualitätssicherung ist somit ein sowohl hinsichtlich der angestrebten Ziele wie auch der ausgewählten Methoden vielfältiges Aufgabenfeld. Im Mittelpunkt aller ergriffenen Maßnahmen steht dabei immer der Patient und damit die Frage, ob die ergriffenen Maßnahmen und gewählten Instrumente eine Verbesserung für die Versorgung in der täglichen Praxis darstellen.

2 Rechtliche Grundlagen, vertragliche Vorgaben und Zuständigkeiten

Die Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist bundeseinheitlich durch Bestimmungen des SGB V, durch Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und durch Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt.

Gemäß § 70 SGB V muss die Versorgung der Versicherten ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Den Gesichtspunkt der Effizienz diagnostischer und therapeutischer medizinischer Leistungen und deren Erbringung gemäß dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse greift auch § 136 a SGB V auf, der unter der Überschrift „Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung“ den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ermächtigt, in Richtlinien gemäß § 92 SGB V entsprechende Kriterien festzulegen und verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135 a SGB V festzuschreiben. Eine der Richtlinien gemäß § 92 sind beispielsweise die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien, die zum 01.10.2002 durch die Neukonzeption der Früherkennung kolorektaler Karzinome eine bedeutsame Ergänzung erfahren haben.

Abb.: Gremien und Normen für Qualitätssicherung in der GKV



Auch bei der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kommt den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen besondere Bedeutung zu. Gemäß § 135 SGB V dürfen solche Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nur dann erbracht werden, wenn Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode und deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, über die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Voraussetzungen sowie über die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung in Richtlinienform (sog. BUB-Richtlinien) vorliegen.

Für ärztliche Leistungen, die wegen der Besonderheit ihrer Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen sowie einer besonderen Praxisausrüstung bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge gemäß § 135 Abs. 2 SGB V einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren. Ein Beispiel ist hier die zum 01.04.2002 in Kraft getretene Ergänzung der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie, welche in Anlage IV nunmehr Bestimmungen zur „Beurteilung von Mammographieaufnahmen, Auflagen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung sowie Anforderungen an die Dokumentation“ enthält sowie die zum 01.10.2002 in Kraft getretene „Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie“.

Für ärztliche Leistungen, die wegen der Besonderheit ihrer Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen sowie einer besonderen Praxisausrüstung bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge gemäß § 135 Abs. 2 SGB V einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren. Ein Beispiel ist hier die zum 01.04.2002 in Kraft getretene Ergänzung der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie, welche in Anlage IV nunmehr Bestimmungen zur „Beurteilung von Mammographieaufnahmen, Auflagen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung sowie Anforderungen an die Dokumentation“ enthält sowie die zum 01.10.2002 in Kraft getretene „Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie“.

Die Qualität der erbrachten Leistungen ist gemäß § 136 Abs. 1 SGB V im Benehmen mit den Krankenkassen von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Derartige Einzelfallprüfungen werden im Bereich der KV Hamburg derzeit bei der Onkologie, der Sonographie, Radiologie, der Computertomographie, der Nuklearmedizin, der Mammographie und der Schmerztherapie durchgeführt.

Eine Regelung sämtlicher Verfahren der Qualitätssicherung enthalten die auf der Grundlage des § 75 Abs. 7 SGB V erlassenen Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV. Regelungsinhalte sind u.a. die Verfahren der Qualitätssicherung wie Qualitätszirkel, Ringversuche, Einzelfallprüfungen und Kolloquien.

Auf Landesebene können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemäß § 73a SGB V Strukturverträge eigenverantwortlich vereinbaren, die im Hinblick auf bestimmte Versorgungs- und Vergütungsstrukturen deren Qualität und Wirtschaftlichkeit gewährleisten sollen. Im Bereich der KV Hamburg sind hier beispielsweise die mit dem BKK-Landesverband NORD geschlossene Vereinbarung über eine umweltmedizinische Behandlung oder die mit den Ersatz- und Primärkassenverbänden geschlossenen Vereinbarungen über die ambulante Behandlung von HIV-Patienten zu nennen.

Diese gesetzlichen Vorgaben zeigen, dass der Gesetzgeber die gesamte vertragsärztliche Versorgung sowohl inhaltlich (kurativ, belegärztlich und präventiv) als auch methodisch (Struktur- und Prozess- / Ergebnisqualität) in die Qualitätssicherung einbezogen hat. Dabei sind die Richtlinien des Bundesausschusses für den Vertragsarzt und die Kassenärztliche Vereinigung genauso verbindlich wie die Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge.

Darüber hinaus lassen die Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen zum Teil die Möglichkeit, Teile der bundeseinheitlichen Vorgaben mit regionalen Absprachen auszufüllen.

3 Qualitätssicherungsbereiche

3.1 Struktur, Prozess, Ergebnis

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

Strukturqualität

Leitgedanke der Strukturqualität ist, dass sich eine gesicherte Struktur positiv auf den Behandlungsprozess und das Behandlungsergebnis auswirkt. Inhaltlich gliedert sich die Strukturqualität in die drei Bestandteile:

- fachliche Qualifikation des Arztes
- apparative Voraussetzungen
- organisatorische Voraussetzungen

In jeder Qualitätssicherungsvereinbarung zur Erbringung einer besonderen Leistung sind Maßnahmen zur Überprüfung der fachlichen Befähigung des antragstellenden Arztes verankert, dabei werden regelmäßig Qualifikationen verlangt, die über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgehen. Die jeweilige Prüfung erfolgt grundsätzlich anhand detaillierter Zeugnisse, darüber hinaus in Einzelfällen in einem Kolloquium. Die weiteren Bestandteile, die apparative Ausstattung und die organisatorischen Voraussetzungen, werden auf Grundlage von Gerätenachweisen und detaillierten Darstellungen (Bauzeichnungen, Ablaufpläne, Fortbildungszertifikate der nichtärztlichen Mitarbeiter, etc.) geprüft. In Einzelfällen erfolgt darüber hinaus eine Überprüfung vor Ort.

Prozessqualität

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

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

Auch in den 2003 anlaufenden Disease-Management-Programmen (DMP) steht die Kontrolle und Korrektur der Prozessqualität im Mittelpunkt des Interesses. Ein weiteres Beispiel für Maßnahmen der Prozessqualität ist das Instrument des ärztlichen Qualitätszirkels.

Konkrete Vorgaben zur Prozessqualität werden in der

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

Ergebnisqualität

Der Begriff Ergebnisqualität bezieht sich auf die Resultate z.B. ärztlicher Behandlung. So ist beispielsweise die Senkung der Herzinfarktrate in der Bevölkerung ein wichtiges Ziel, dessen Messung mit entsprechenden Statistiken schon heute durchgeführt wird.

Die Beurteilung des Behandlungsergebnisses als eigentliches Qualitätskriterium medizinischer Interventionen ist jedoch mit vielen Schwierigkeiten verbunden. Nicht immer lassen sich geeignete Indikatoren identifizieren, die die Qualität der Leistungserbringung angemessen reflektieren. Zudem nehmen viele Faktoren Einfluss beispielsweise auf die Herzinfarktrate: dazu gehören Ernährung, Medikamente, Lebensstil und eine Reihe weiterer Aspekte, die in ihrer Mischung das Risiko für einen Herzinfarkt erhöhen oder senken. Dabei hat die ärztliche Behandlung einen wichtigen, aber nicht alleinigen Anteil. Entsprechend schwierig gestaltet sich ein Vergleich solcher Ergebnisparameter.

Die Sicherstellung, dass eine bestimmte Maßnahme direkten Einfluss auf ein Behandlungsergebnis hat und nicht durch Nebeneffekte überlagert wird, kann nur unter kontrollierten Studienbedingungen gewährleistet werden. Dies ist in der flächendeckenden ambulanten Versorgung mit einem hohen Aufwand verbunden, wird aber z.B. bei der invasiven Kardiologie und nach den ab dem 01.01.2003 geltenden Richtlinien zur Substitutionsbehandlung regelhaft überprüft werden.

3.2 Genehmigungsbereiche

Schon heute unterliegen über 30% aller Leistungen, die gesetzlich Krankenversicherten im Rahmen der ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen, besonderen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Dies bedeutet, dass diejenigen Ärzte, die diese Leistungen erbringen, über ihre Ausbildung in Studium und Weiterbildung hinaus besondere Qualifikationen nachweisen müssen. Damit wird sichergestellt, dass Leistungen, deren Ergebnis in besonderem Maße von besonderen Qualitätsanforderungen abhängt, nur von entsprechend qualifizierten Ärzten angeboten werden. Ärzte, die sich nicht im Besitz dieser Qualifikation befinden, dürfen diese Leistungen nicht

im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Diese Form der Qualitätssicherung wird schon seit vielen Jahren durch die hierfür zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Zunehmend finden weitere Qualitätssicherungs-elemente Eingang in diese Maßnahmen:

- Rezertifizierung (z.B. Mammographie)
Mammographierende Ärzte müssen, um weiter an der Versorgung teilnehmen zu können, jährliche Prüfungen durchlaufen.

· Erfordernis der kontinuierlichen Fortbildung (z.B. Schmerztherapie)

Die Behandlung Schmerzkranker im Rahmen einer Vereinbarung mit den Ersatzkassen setzt den Nachweis einer festgelegten Anzahl von jährlichen Fortbildungen voraus.

· Frequenzregelungen (z.B. Koloskopie)

Nur Ärzte, welche die Leistung entsprechend häufig erbringen, dürfen an der Versorgung teilnehmen. Dieses Instrument wird insbesondere bei solchen Maßnahmen zur Voraussetzung gemacht, wenn die Häufigkeit der Durchführung einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung mit sich bringt.

· Interkollegialer Austausch (z.B. interdisziplinäre Fallkonferenzen)

Für viele Fragestellungen ist der gemeinsame Besprechung sowohl der Diagnose als auch der sich anschließenden Behandlung von großem Nutzen für Patienten. Zunehmend wird dieses im Rahmen von Vereinbarungen zur Voraussetzung der Leistungserbringung gemacht.

· Feedback-Systeme (z.B. Hüftsonographie)

Ärzte erhalten Auskunft über die Häufigkeit ihrer Diagnosen und die daraus resultierenden Therapien und dies im anonymisierten Vergleich zum Durchschnitt ihrer Kollegen. Dies ermöglicht eine Standortbestimmung und zeigt ggf. Verbesserungspotenziale auf.

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

Nachfolgend finden Sie einzelne Regelungsbereiche sowie deren Umsetzung in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

- Ambulantes Operieren
- Arthroskopische Untersuchungen
- Blutreinigungsverfahren
- Chirotherapie
- Herzschrittmacherkontrolle
- Invasive Kardiologie
- Kernspintomographie
- Koloskopie
- Künstliche Befruchtung
- Laboratoriumsuntersuchungen O III
- Langzeit-EKG-Untersuchung
- LDL-Elimination
- Onkologie-Vereinbarung
- Otoakustische Emissionen
- Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- Psychotherapie
- Schlafapnoe
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)
- Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
- Ultraschalldiagnostik
- Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale
- Ambulante Behandlung von HIV-Patienten
- Ambulante Behandlung von Rheuma-Patienten
- Umweltmedizinische Behandlung
- Schmerztherapie Primärkassen
- Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgung der Qualität der Ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern
- Ärztliche Stelle

3.3 Systematik der Prüfung von Qualitätsanforderungen



Nach Kriedel 2001

Bei einem eventuellen negativen Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung kann der antragstellende Arzt Widerspruch einlegen, der entsprechend geprüft wird.

3.4 Qualitätssicherungskommissionen

Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen.

Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung vorzubereiten.

In der KV Hamburg sind folgende Kommissionen eingerichtet:

Arthroskopie-Kommission Beratungskommission LDL-Elimination Beratungskommission Substitution Diabetes-Kommission Dialyse-Kommission Herzschrittmacher-Kommission Koloskopie-Kommission Kommission zur Beurteilung von Operationsräumen Labor-Kommission Langzeit-EKG-Kommission Onkologie-Kommission PDT - Kommission Überregional Radiologie-Kommission – Ärztliche Stelle – Sachverständigen-Kommission Invasive Kardiologie Sachverständigen-Kommission Schlafapnoediagnostik und –therapie Sachverständigen-Kommission Kernspintomographie Sonographie-Kommission Schmerztherapie-Kommission Zytologie-Kommission	Bremen, Hamburg, Mecklenburg- Vorpommern, Schleswig-Holstein
--	---

3.5 Qualitätszirkel

Qualitätszirkel (QZ) können als Erfolgsgeschichte der ärztlichen Qualitätssicherung angesehen werden. Eingeführt Anfang der 1990er Jahre hat das Konzept eines regelmäßigen interkollegialen Vergleichs und Erfahrungsaustauschs rasch an Bedeutung und Akzeptanz unter den Ärzten gewonnen. In den Qualitätssicherungs- Richtlinien der KBV sind QZ als vorrangiges Verfahren angeführt und werden dementsprechend gefördert. Auch die KV Hamburg kann heute auf ein flächendeckendes Angebot von Qualitätszirkeln unterschiedlichster Ausprägung verweisen – mit steigender Tendenz. Qualitätszirkel verfolgen im Gegensatz zu Schulungen weniger der Vermittlung neuen medizinischen Fachwissens, sondern Ziel ist es, durch systematische Dokumentation und Diskussion Versorgungs routinen im Praxisalltag bewusst zu machen, um so Verhaltensänderungen zu ermöglichen

Umfang der Qualitätszirkelarbeit	
Aktive QZ (mind. 2 Sitzungen im vergangenen Jahr)	35
Treffen der QZ pro Jahr	1 – 12 (gefördert 6 – 10)
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten der KV insgesamt, die im vergangenen Jahr an einem QZ teilgenommen haben	2246
Anzahl Teilnehmer eines QZ. Sind die Teilnehmer immer Ärzte/Psychotherapeuten oder nehmen auch andere Personen teil?	4 – 32 (gefördert 8 – 15)
Fachgruppen dieser QZ	Alle

Evaluation der Qualitätszirkelarbeit	
Vorgaben für die Durchführung und Anerkennung eines QZ	Antrag (formlos), Konzept, Teilnehmerliste
Anfertigung von (standardisierten) Protokollen	Ja

Sonstiges	
Honorare / Aufwandsentschädigungen für Moderatoren / Teilnehmer	103,00 € je Sitzung, Raumkosten bis zu 500,00 €

4 Qualitätssicherung

4.1 Bundesweit geltende Regelungen

4.1.1 Ambulantes Operieren

Bemerkungen:
Kolloquien
sind nicht
vorgesehen.

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren	gültig seit: 01.10.1994 zuletzt geändert: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 14 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 01.04.1993, zuletzt geändert 01.07.2002)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	930
Sachverständigenkommission	ja, paritätische besetzte Kommission (3 KV, 3 LV KK'en, 3 LKG) unter Hinzuziehung fachkundiger Ärzte der Vertragspartner und der LÄK (detailliert geregelt nach § 5 der Vereinbarung)
Anzahl beschiedene Anträge	89
- davon Genehmigungen	88
- davon Ablehnungen	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Praxisbegehungen	24
- davon ohne Beanstandung	23
- davon mit Beanstandung	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben	nein

4.1.2 Arthroskopische Untersuchungen

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Die Genehmigung wird erteilt wenn der Arzt zusätzlich zu den in der Vereinbarung zum ambulanten Operieren geforderten Voraussetzungen die fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung „Spezielle

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.1994 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	66
Sachverständigenkommission	7 NL-Ärzte + 3 Krankenhausärzte 6 Chirurgen + 4 Orthopäden
Anzahl beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	1

Orthopädische Chirurgie“ im Gebiet „Orthopädie“ erworben hat oder für die arthroskopische Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung berechtigt ist. Weitere arthroskopische Behandlungen sind nur unter Nachweis bestimmter Untersuchungszahlen möglich. Sollten Zweifel an der Befähigung des Arztes offen bleiben, kann der Sachverhalt in einem Kolloquium geprüft werden.

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

4.1.3 Blutreinigungsverfahren

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

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

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

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

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)	gültig seit: 01.10.1997 letzte Änderung: 09.05.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 i.V. mit Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.03	14
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	33
Sachverständigenkommission	6 niedergelassene Ärzte, davon 4 Internisten und 2 Praktische Ärzte
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben	Arzt-Patienten-Schlüssel
Anzahl geprüfter Praxen	14
- davon ohne Beanstandung	14

4.1.4 Chirotherapie

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

Chirotherapie	
Rechtsgrundlage	§ 87 Abs. 1 SGB V Auflage des EBM's
Mitgeltende Unterlagen	Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Hamburg
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	240
Anzahl beschiedene Anträge	23
- davon Genehmigungen	23

Berechtigungsanführer der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ haben oder über eine vergleichbare Qualifikation verfügen, die durch Teilnahme an mehreren Kursen erworben werden kann.

Bemerkungen:
Fachliche Voraussetzungen werden von der KV festgelegt.

4.1.5 Herzschrittmacherkontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche

Qualifikation erfüllen sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen besitzen. Dabei gelten für die ärztliche Qualifikation zwei Stufen. Die Erste betrifft die Überprüfung der Reizbeantwortung und -wahrnehmung sowie die Beurteilung der Batteriekapazität, die Zweite die komplette Funktionsanalyse der programmierbaren Parameter, ggf. einschließlich Umprogrammierung und – falls vorhanden – telemetrischer Abfragen. Bestehen Zweifel ob die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen erfüllt sind, können diese in einem Kolloquium geklärt werden.

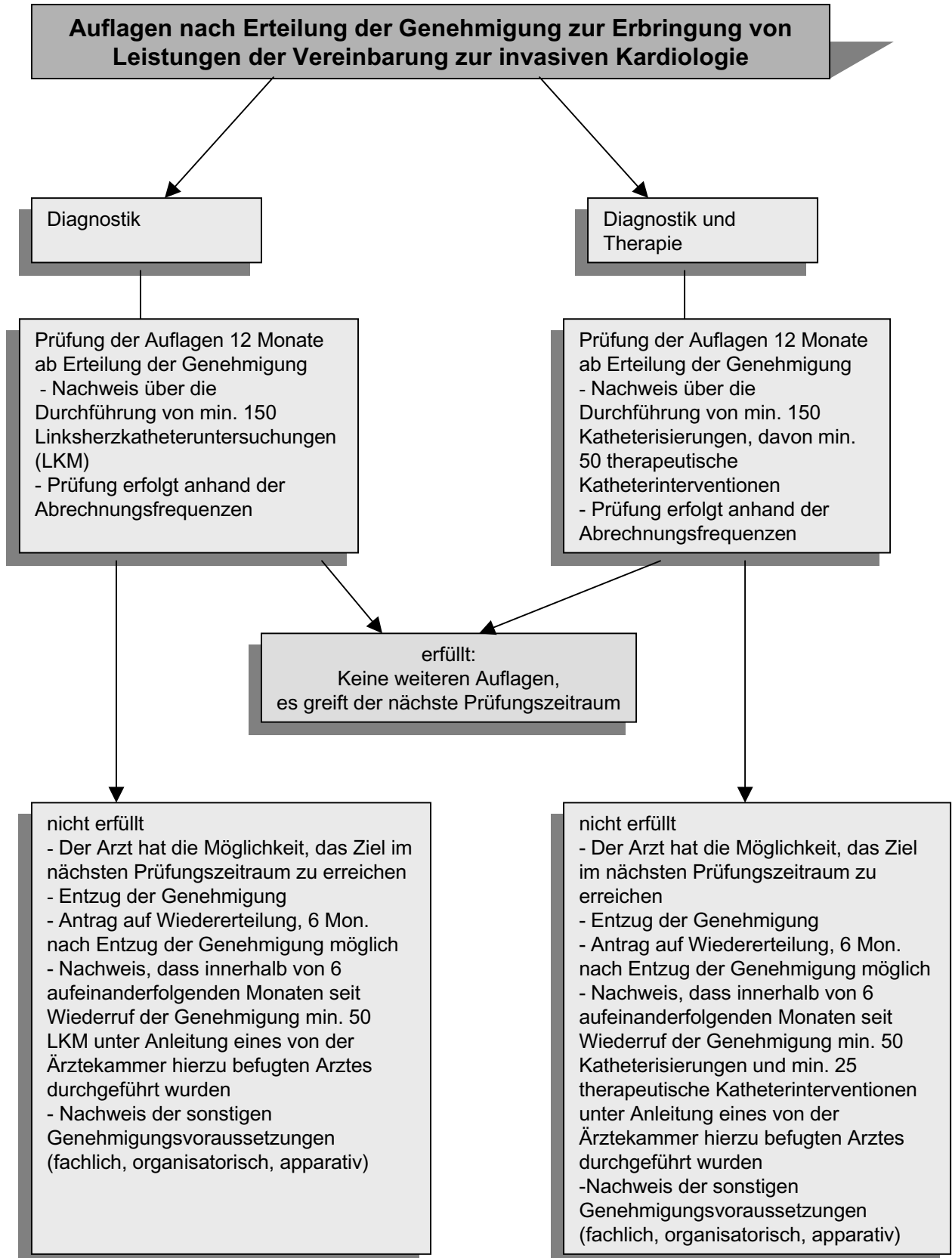
Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle	gültig seit: 01.04.1992 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	53
- für Umprogrammierung	53
Sachverständigenkommission	4 niedergelassene Internisten
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2

4.1.6 Invasive Kardiologie

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

In dieser seit dem 01.10.1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung ist erstmalig die Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gekoppelt. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll geprüft werden welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 01.10.1999 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	24
- für Diagnostik	2
- für Therapie (PTCA)	22
Sachverständigenkommission	3 niedergelassene Internisten / Kardiologen
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
Überprüfung der Abrechnungsfrequenzen	Ja
Anzahl geprüfter Ärzte	24
- davon ohne Beanstandung	24



4.1.7 Kernspintomographie

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

Danach kann ein Arzt allgemeine kernspintomographische Leistungen ausführen und abrechnen, wenn er zum Führen der Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie, Neuroradiologie oder Nuklearmedizin berechtigt ist oder u.a. den Nachweis einer 24monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik mit einer bestimmten Anzahl von Untersuchungen in den einzelnen Gebieten und in jedem Fall die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der KV nachweisen kann. Die mit einer Weiterbildung zum Facharzt erworbenen Kenntnisse werden gesondert berücksichtigt. Ähnlich wie bei der Vereinbarung zur Invasiven Kardiologie ist die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Magnetresonanz-Mammographie (zusätzlich) an die Erbringung einer bestimmten Anzahl dieser Leistung (50) pro Jahr gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/ zytologische Abklärung veranlasst, ist diese mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31.12.03	43
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.03	2
- für Therapie (PTCA)	22
Sachverständigenkommission	4 niedergelassene Vertragsärzte
Anzahl beschiedene Anträge (allgemeine MRT/ MRM)	4
- davon Genehmigungen (allgemeine MRT / MRM)	4
Einzelfallprüfung nach Stichproben	In Vorbereitung

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

4.1.8 Koloskopie

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Strukturqualität bei

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.2002 gilt unverändert, 10.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.03	9
- davon Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur präventiven Koloskopie, Stand 31.12.03	63
Sachverständigenkommission	6 niedergelassene Vertragsärzte, davon 4 Internisten und 2 Praktische Ärzte
Anzahl Kommissionssitzungen	1
Anzahl beschiedene Anträge	15
- davon Genehmigungen	13
- davon Ablehnungen	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	3
- davon bestanden	3
Anzahl der Hygieneprüfungen	68
- davon bestanden	68
Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte)	68
- davon ohne Beanstandungen (Anzahl Ärzte)	68

der Erbringung von Leistungen der Koloskopie (einschl. der ggf. erforderlichen Polypektomien) gesichert werden soll. Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie in der vertragsärztlichen Versorgung.

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

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

4.1.9 Künstliche Befruchtung

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

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

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung	gültig seit: 01.10.1990 zuletzt geändert: 01.07.2002
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit §135 Abs.1 SGB V § 121 a SGB V Genehmigung durch die Behörde
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Beratung, Stand 31.12.2003	6

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

4.1.10 Laboratoriumsuntersuchungen / Ringversuche

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels OIII EBM

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung	gültig seit: 09.05.1994 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der BÄK
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Durchführungsbestimmungen
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen (OIII), Stand 31.12.2003	503
Sachverständigenkommission	10 niedergelassene Vertragsärzte, davon 3 Laborärzte, 1 Internist, 1 Gynäkologe, 1 Kinderarzt, 2 Hautärzte, 2 Urologen und verschiedene Kliniker als zusätzliche Sachverständige
Anzahl Kommissionssitzungen	3
Anzahl beschiedene Anträge	32
- davon Genehmigungen	22
- davon Ablehnungen	10
Anzahl Kolloquien	20
- davon bestanden	19
- davon nicht bestanden	1

und Leistungen des Kapitels B EBM mit hierzu getroffenen vertraglichen Vereinbarungen im BMÄ und in der E-GO. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Erstantrag, außer für die explizit im Anhang zu Abschnitt E genannten Ärzte, obligatorisch. Dem Antrag sind erforderliche Zeugnisse und Bescheinigungen sowie ggf. ein Fachkundenachweis für Laboruntersuchungen beizulegen. Bei einem Folgeantrag kann im Einzelfall von der Durchführung eines erneuten Kolloquiums abgesehen werden. Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

Ringversuche

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

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

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

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

Im Bereich der KV Hamburg wird die externe Qualitätssicherung über die Teilnahme an Ringversuchen sichergestellt. In jedem Abrechnungsquartal erfolgt arztbezogen ein Abgleich der abgerechneten Laborparameter mit den vorliegenden gültigen Ringversuchszertifikaten. Eine Abrechnung der Laborparameter erfolgt nur in den Fällen, wo für die ringversuchspflichtigen Laborparameter auch ein gültiges Ringversuchszertifikat vorliegt.

4.1.11 Langzeit-EKG-Untersuchung

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen dürfen in der kassenärztlichen Versorgung nur solche

Ärzte durchführen, welche entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können. Die Durchführung der Langzeit-EKG-Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Diese Befähigung gilt bei Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ als nachgewiesen. Von anderen Ärzten ist der Nachweis

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	gültig seit: 01.04.1992 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03 (ggf. differenziert nach Genehmigungen zur Aufzeichnung und zur Auswertung eines L-EKG's)	Nur Aufzeichnung: 273 Ärzte Aufzeichnung und Auswertung: 120 Ärzte Insgesamt 393
Sachverständigenkommission	4 Internisten und 1 Allgemeinmediziner
Anzahl beschiedene Anträge	19
- davon Genehmigungen	19

über die selbständige Durchführung und Auswertung von min. 100 Langzeit-EKG Untersuchungen zu erbringen. Zum Nachweis der apparativen Voraussetzungen wird die Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers bzgl. der geforderten Parameter verlangt. Unklarheiten können in einem Kolloquium der Kassenärztlichen Vereinigung beseitigt werden.

4.1.12 LDL-Elimination

Diese Richtlinie regelt als Maßnahme der Qualitätssicherung die generellen fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von ambulanten LDL-Eliminationen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Neben der Überprüfung der fachlichen Qualifikation des Arztes ist im Einzelfall eine Beratung hinsichtlich der Indikationsstellung durch die zuständige Fachkommission vorgeschrieben. Die Indikation für eine LDL-Elimination liegt in der Regel nur vor, wenn der Patient an einer ausgeprägten Erhöhung der Cholesterinwerte leidet und trotz Diät und Medikamenten die Höhe des Cholesterinwertes nicht befriedigend gesenkt werden kann. Unter Berücksichtigung des Gesamt-Risikoprofils des Patienten, einschließlich familiärer Anamnese und eventuell vorliegender Begleiterkrankungen, muss die Entscheidung im Einzelfall getroffen werden. Erst nachdem die Kommission ein positives Votum abgegeben hat und die leistungspflichtige Krankenkasse dem Versicherten einen Leistungsbescheid erteilt hat, kann die LDL-Elimination auf Kosten der GKV durchgeführt werden.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Ambulante Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren	gültig seit: 01.01.1991 letzte Änderung: 22.03.2000
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V i.V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	20
Sachverständigenkommission	3 niedergelassene Internisten
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	2
- davon Genehmigungen	2
Anzahl Patienten, Stand 31.12.2003	48
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	1
- davon pos. Votum der KV	1
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	36
- davon pos. Votum der KV	35
Bemerkungen: Ablehnung des Kostenträgers	1

4.1.13 Onkologie-Vereinbarung

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

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

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

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung	gültig seit:01.07.1995 zuletzt geändert 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V Anlage 7 BMV EKV
Geltungsbereich	bundeseinheitlich für Versicherte des VdAK/AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	104
Sachverständigenkommission	8 niedergelassene Vertragsärzte und 1 Krankenhausarzt, davon 4 Internisten, 1 Gynäkologe, 2 Allgemeinmediziner, 2 Urologen
Anzahl beschiedene Anträge	9
- davon Genehmigungen	9
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Kolloquien	1
- davon bestanden	1
Überprüfungen der KV auf Grundlage § 9 Abs. 3	nein
Überprüfungen der KV auf Grundlage § 5 (Fortbildung, Qualitätszirkel)	ja
Anzahl Überprüfungen	93 Praxen
- davon ohne Beanstandung	93

Bemerkung: Bezug
in § 9 Abs. 3 auf §
135 Abs. 3 SGB V.
§ 135 Abs. 3 wurde
mit GKV-Gesundheit
sreformgesetz 2000-
E in § 136 a und b
übernommen.

4.1.14 Otoakustische Emissionen

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

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen	gültig seit: 24.11.1995 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	91
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2

4.1.15 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 01.08.2001 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	5
Sachverständigenkommission	4 Mitglieder, Überregional Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein
Anzahl Kommissionssitzungen	1
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Anzahl Ärzte bei denen die Dokumentation gemäß § 7 der Vereinbarung geprüft wurde	3 Hamburger Vertragsärzte
- davon ohne Beanstandungen	2
- davon mit leichten Beanstandungen	1

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

Genehmigung zur Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie bei diesem Krankheitsbild an die Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden, die jährlich überprüft wird. Die Erfüllung der apparativen Anforderungen an das für diese Therapie benötigte Lasergerät ist durch Nachweis entsprechender Unterlagen des Herstellers ebenfalls nachzuweisen.

4.1.16 Psychotherapie

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

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

auch die

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

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

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

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 01.10.2001	
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)	
Geltungsbereich	Bundeseinheitlich	
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein	
	Ärzte, Stand 31.12.2003	Psychologische Psychotherapeuten*, Stand 31.12.2003
- Genehmigung für die analytische Psychotherapie	67	61
- Genehmigung für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	295	389
- Genehmigung für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie + analytische Psychotherapie	91	84
- Genehmigung für die Verhaltenstherapie	19	256
- Genehmigungen zu verbalen Interventionen	2052	entfällt
- Genehmigungen zum autogenen Training / Jacobson'sche Relaxation	525	41
- Genehmigungen zur Hypnose	430	82
Anzahl beschiedene Anträge 2003	Psychotherapie 21 Psychosomatik 74 Hypnose 12 Übende Verfahren 20	Psychotherapie 78 Hypnose 9 Übende Verfahren 5
- davon Genehmigungen	21 / 69 / 12 / 19	75 / 8 / 2
- davon Ablehnungen	0 / 5 / 0 / 1	3 / 1 / 3
Bemerkungen	*gemeint sind auch die Kinder und Jugendpsychotherapeuten	

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) - hier: Befreiung von der Gutachterpflicht für Kurzzeittherapien -	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 13.07.2003	
Rechtsgrundlage	§ 92 Abs. 6 a SGB V	
Geltungsbereich	Bundeseinheitlich	
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein	
	Ärzte, Stand 31.12.2003	Psychologische Psychotherapeuten* Stand 31.12.2003
Befreiung für Einzeltherapie	184	467
Befreiung für Gruppentherapie	5	4
Sachverständigenkommission	nein	
Anzahl beschiedene Anträge	28	56
- davon Genehmigungen	26	56
- davon Ablehnungen	1	./.
Anzahl der Widerrufe von Befreiungen	1	./.
Bemerkungen	*gemeint sind auch die Kinder und Jugendpsychotherapeuten	

4.1.17 Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe)

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

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe	gültig seit: 01.10.1991 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	33
Sachverständigenkommission	1 niedergelassener Internist und 2 Krankenhausärzte
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Ablehnungen	1

4.1.18 Schmerztherapie-Vereinbarung

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

Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten	gültig seit: 01.07.1997 zuletzt geändert: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	Anlage 12 BMV-EKV
Geltungsbereich	bundeseinheitlich für Versicherte des VdAK / AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Durchführungsbestimmungen
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	15
Sachverständigenkommission	3 niedergelassene Anästhesisten
Anzahl Kommissionssitzungen	1
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
Anzahl jährliche Prüfungen nach § 4 Abs. 2	13
- davon ohne Beanstandungen	13
Einzelfallprüfung nach Stichproben	ja / § 136 SGB V
Anzahl geprüfter Ärzte	13
- davon ohne Beanstandung	5
- davon mit leichten Beanstandungen	8

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung differenzierte Zeugnisse oder Bescheinigungen nachweisen. Dieser Nachweis kann (je nach Bundesland) auch durch die Zusatzbezeichnung „Schmerztherapie“ ersetzt werden. Neben apparativ-technischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen ist u.a. auch die jährliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie eine entsprechende Dokumentation nachzuweisen.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Die Behandlung schmerzkranker Patienten kann im

Rahmen seines Fachgebietes jeder Arzt durchführen. Allerdings stehen die Kostenerstattungen für die Zusatzleistungen nur den Ärzten offen, die sich verpflichtet haben, den Vertrag zu erfüllen.

Eine Schmerztherapie-Vereinbarung als Zusatzvereinbarung zum Bundesmantelvertrag wurde in Hamburg auch auf Landesebene für die Primärkassen getroffen.

4.1.19 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen

sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.07.1994 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich für Versicherte des VdAK / AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Vereinbarung mit den Primärkassen
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	12

Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sog. Praxisteam (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet.

Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie von Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mind. 2-jähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt werden.

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Vereinbarung mit den Ersatzkassen. Eine gleichlautende Vereinbarung als Zusatzvereinbarung wurde auch auf Landesebene mit den Primärkassen getroffen.

4.1.20 Soziotherapie

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

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

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)	gültig seit: 01.01.2002 gilt unverändert, 13.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 37 a SGB V i.V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verschreibung, Stand 31.12.03	50
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	4
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	3

Die soziotherapeutischen Leistungserbringer (i. d. R. Sozialpsychiatrische Dienste) haben Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen und rechnen ihre Leistungen direkt mit den Kassen ab.

4.1.21 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	gültig seit: 24.11.1995 zuletzt geändert: 22.03.2000
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	20
Sachverständigenkommission	3 niedergelassene Internisten
Anzahl beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4

4.1.22 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)

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

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

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden, hierbei werden die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zu den Prüfungen herangezogen. Wurden die fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, müssen diese in einem Kolloquium nachgewiesen werden.

Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung (RöV) und der Strahlenschutzverordnung (StrSchV), die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen von allen Antragstellern die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachgewiesen werden.

Besondere Regelungen gelten seit dem 01.04.2002 für die Ausführung und Abrechnung der Mammographie. Über die bereits in der bisherigen Vereinbarung bestehenden Regelungen hinaus müssen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung beantragen, erfolgreich an der Beurteilung einer Prüfsammlung teilgenommen haben. Nach erfolgreicher Beurteilung dieser Überprüfung erfolgt eine jährliche Selbstüberprüfung. Des weiteren findet eine regelmäßige Überprüfung der Dokumentationen statt.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.04.2002	Diagnostische Radiologie Anlage Inach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Mammographie Anlage IV Anlage I - Klasse VII siehe gesonderte Tabelle	Computer-tomographie Anlage I-Klasse VIII	Osteodensitometrie Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Strahlentherapie Anlage II	Nuklearmedizin Anlage III nach Klassen I-V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2003		1476	56	79	57	40	47
Anzahl Kommissionssitzungen		4	4	4	./.	./.	4
Anzahl beschiedene Anträge		23	5	8	4	2	3
- davon Genehmigungen		23	5	8	4	2	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		8	18	1	1	./.	./.
Anzahl Kolloquien		./.	./.	./.	2	./.	1
- davon bestanden		./.	./.	./.	2	./.	./.
- davon nicht bestanden		./.	./.	./.	./.	./.	1
Anzahl geprüfter Ärzte / Praxen		198 / 141	42 / 25	29 / 18	./.	./.	27 / 14
- davon ohne Beanstandung		50 / 33	14. Aug	19. Nov	./.	./.	2 / 2.
- davon mit leichten Beanstandungen		127 / 94	22. Dez	10. Jul	./.	./.	19 / 9.
- davon mit schweren Beanstandungen		21 / 14	06. Mai	./.	./.	./.	6 / 3.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) hier: Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.04.2002
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	56
Fortbildungskurse nach Abschnitt 1 § 4 zur Vorbereitung auf Prüfung mittels Fallsammlung	In Kooperation mit KV S-H 4
- Anzahl Teilnehmer insgesamt	28
Anzahl Erst -Mammographie-Prüfungen (Fallsammlung)	23
- davon bestanden	23
Anzahl Prüfungen der Dokumentation nach Abschnitt 3 § 6 (Ärzte)	25 Praxen (56Ärzte)
- davon regelrecht	8
- davon mit geringen Mängeln	12
- davon mit schwerwiegenden Mängeln	5

4.1.23 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Eine Substitution zu Lasten der GKV nach der seit dem 18.06.1999 bis zum 31.12.2002 geltende Fassung der Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger konnte grundsätzlich nur dann erfolgen, wenn die Substitution des jeweiligen Patienten bei der zuständigen KV beantragt wurde und ein zustimmendes Votum der Beratungskommission der KV erteilt wurde. Diese Regelung galt für jeden einzelnen Patienten, unter Berücksichtigung der in den Richtlinien aufgeführten Indikationsstellung. Für Notfälle gab es eine Sonderregelung (§ 5 der Richtlinien).

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 01.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Durchführungsbestimmungen
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	108
Sachverständigenkommission	Ja
Anzahl Kommissionssitzungen	3
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	3
- davon Genehmigungen	3
Anzahl Patienten, Stand 31.12.2003	3.673
Anzahl beschiedene Anträge Patienten	116

Bei der Indikationsstellung wurde unterschieden zwischen Indikationen für eine unbefristete Substitution, eine zunächst bis zu zwölf Monate befristete Substitution und eine bis zu sechs Monaten befristete Substitution. Eine unbefristete Bewilligung zur Substitution war nur für Opiatabhängige mit malignen Tumoren, HIV-Infektionen und chronischer Hepatitis (B+C) möglich, wodurch faktisch jedes Jahr alle Fälle geprüft werden müssen.

Besonderen Anforderungen stellte diese Richtlinie erstmalig auch an die Einbettung der Substitutionsbehandlung in ein umfassendes Therapiekonzept in dem eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuung gewährleistet war.

Mit Wirkung zum 01.01.2003 ist diese Richtlinie abgelöst worden (siehe auch Kapitel 6.2).

4.1.24 Ultraschalldiagnostik

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

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

Anwendungsbereiche

- 1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte
- 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle
- 2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke
- 3 Nasennebenhöhlen
- 4 Gesichtsweichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)
- 5 Schilddrüse
- 6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene
- 6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)
- 6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene
- 6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)
- 6.3 Belastungs-Echokardiographie

- 7 Thoraxorgane (ohne Herz)
- 8 Brustdrüse
- 9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene
- 9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder
- 10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)
- 10.2 Weibl. Genitalorgane
- 11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik
- 11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko
- 12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)
- 13 Säuglingshüften
- 14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)
- 14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)
- 14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)
- 14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)
- 14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)
- 14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)
- 14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)
- 14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)
- 14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)
- 14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)
- 14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)
- 14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)
- 15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)

Variante 1:

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 31.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Geltungsbereich	bundeseinheitlich
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja Durchführungsbestimmungen
Anzahl Ärzte mit Genehmigung(en), Stand 31.12.2003	1350 Arztgenehmigungen 4711 Anwendungsbereiche
Sachverständigenkommission	27 niedergelassene Vertragsärzte und 7 Kliniker, davon 6 Internisten, 5 Kardiologen, 5 Gynäkologen, 4 Radiologen, 1 Hautarzt, 4 HNO-Ärzte, 1 Kinderarzt, 2 Neurologen, 3 Orthopäden, 3 Urologen, 1 Allgemeinmedizinerin, 2 Augenärztinnen
Anzahl Kommissionssitzungen	35
Anzahl beschiedene Anträge	118
- davon Genehmigungen	107
- davon Ablehnungen	11
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	5
Anzahl Kolloquien	60
- davon bestanden	49
- davon nicht bestanden	11
Einzelfallprüfung nach Stichproben	Rechtsgrundlage § 136 SGB V
Anzahl geprüfter Ärzte	213
- davon ohne Beanstandung	79
- davon mit leichten Beanstandungen	35
- davon mit schweren Beanstandungen	99

Variante 2:

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall- Vereinbarung) gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 31.01.2003 Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) Geltungsbereich: bundeseinheitlich	Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Sachverständigenkommission	Anzahl Kommissionssitzungen	Anzahl Ärzte/Anwendungsbereiche mit Genehmigung, Stand 31.12.03	Anzahl beschiedene Anträge - davon Genehmigungen	- davon Ablehnungen	Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	Anzahl Kolloquien	- davon bestanden	- davon nicht bestanden	Einzelprüfung nach Stichproben	Anzahl geprüfter Ärzte	- davon ohne Beanstandung	- davon mit leichten Beanstandungen	- davon mit schweren Beanstandungen
insgesamt				1350 4604	262		18	81	62	19		213	79	35	99
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	n			39	4						j				
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	n			39	./.						j	8	2	2	4
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und Ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	n			37	1						j				
3 Nasennebenhöhlen	n			124	1						j	9	2	2	5
4 Gesichtswichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	n			328	12						j				
5 Schilddrüse	n			494	35			6	4	2	j	sieheAbdomen			
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	n			89	5						j	10	3	3	4
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	n			6	./.						j				
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	n			78	3			2	2		j				
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	n										j				
6.3 Belastungs-Echokardiographie	n			26	2			2	2		j				
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	n			230	16			1	1		j	siehe Abdomen			
8 Brustdrüse	n			142	15			8	8		j	siehe Gynäkologie			
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	n			649	46		14	15	8	7	j	129	43	19	67
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	n			77	6						J				
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	n			535	24		1	1		1	j	14	9	1	4
10.2 Weibl. Genitalorgane	n			179	11		2				j	27	9	7	11
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	n			290	13						j	incl. Brust	incl. Brust	incl. Brust	incl. Brust
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	n			208	3			3	3		j				
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	n			111	8		1	1	1		j	6	2	1	3
13 Säuglingshüften	n			111	3			4	2	2	j				
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	n			120	11			4	3	1	j	4*	4*	0*	0*
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	n			215	8			1		1	j	6**	5**	0**	1**
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	n			8	2			2	2		j				
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	n			5	./.			2	1	1	j	siehe Gynäkologie			
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	n			40	5			3	3		j				
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	n			63	10			8	7	1	j				
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	n			43	3			3	2	1	j				
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	n			27	3			3	3		j				
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	n			19	./.			1	1		j	siehe Gynäkologie			
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	n			10	1			2	2		j				
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	n			32	1			4	3	1	j				
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	n			62	5			5	4	1	j				
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	n			2	./.						j				

*beinhaltet extrakranielle hirnversorgende Gefäße im CW-Doppler und Duplex-Verfahren

**beinhaltet extremitätenversorgende Gefäße im CW-Doppler und Duplex-Verfahren

Länderebene

5.1 Besonderheiten im Geltungsbereich der KV Hamburg

- Diabetes-Vereinbarung
- DMP (einschl. Diabetischer Fuß) zur Verbesserung der Versorgung der Qualität der Ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern
- HIV-Vereinbarung
- Rheuma-Vereinbarung
- Schmerztherapie-Vereinbarung (Primärkassen)
- Vereinbarung über eine Umweltmedizinische Beratung (BKK Landesverband NORD)

5.1.1 Rheuma

Die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nachgewiesen haben, dass sie

die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen. Die Vereinbarungen regeln, dass nur Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“ eine Genehmigung erhalten können, wenn der Anteil der Patienten in der Vertragsarztpraxis mindesten 50 % Rheumatiker sind. Darüber hinaus ist die regelmäßige Teilnahme an rheumatologisch ausgerichtetete Fortbildungsveranstaltungen / Qualitätszirkeln mindestens viermal jährlich nachzuweisen.

Vereinbarungen zwischen der KVH mit dem VdAK, der AOK HH, dem BKK-Landesverband NORD und der See-Krankenkasse über die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten	gültig seit: 28.12.1994
Rechtsgrundlage	Vereinbarungen zwischen der KVH mit dem VdAK, der AOK HH, dem BKK-Landesverband NORD und der See-Krankenkasse über die ambulante Behandlung rheumakrankter Patienten
Geltungsbereich	KV Hamburg
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	5
Anzahl beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	2
Überprüfung der Fortbildung	ja
Anzahl geprüfter Ärzte	5
- davon ohne Beanstandung	5

5.1.2 HIV

Die ambulante Behandlung von HIV-Patienten dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nachgewiesen haben, dass sie die benötigte

Vereinbarungen zwischen der KVH mit dem VdAK, der AOK HH, dem BKK-Landesverband NORD und der See-Krankenkasse über die ambulante Behandlung von HIV Patienten	gültig seit: EK – 28.12.1994 PK 01.01.1995
Rechtsgrundlage	Vereinbarungen zwischen der KVH mit dem VdAK, der AOK HH, dem BKK-Landesverband NORD und der See-Krankenkasse über die ambulante Behandlung von HIV Patienten
Geltungsbereich	KV Hamburg
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	22
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	1

persönliche Qualifikation erfüllen. Der Vertragsarzt muss eine ausreichende praktische Erfahrung in der Behandlung AIDS-kranker Patienten besitzen. Auch die regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen des AIDS-Arbeitskreises der KVH oder eines ähnlichen Fortbildungsangebotes / Qualitätszirkels mindestens sechsmal jährlich muss erfüllt werden.

5.1.3 Umweltmedizin

An der Vereinbarung über eine umweltmedizinische Behandlung dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Ärzte teilnehmen, die der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen. Der Vertragsarzt muss die Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“ der Ärztekammer Hamburg erhalten haben. Auch die regelmäßige Teilnahme an umweltmedizinischen Fortbildungsangeboten / Qualitätszirkeln mindestens viermal jährlich muss erfüllt werden.

Vereinbarung zwischen der KVH mit dem BKK-Landesverband NORD über eine umweltmedizinische Behandlung	gültig seit: 01.04.1994 i.d.F. 01.04.1999
Rechtsgrundlage	Vereinbarung zwischen der
Geltungsbereich	KV Hamburg
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.03	16
Überprüfung der Fortbildung	ja

5.1.4 Ärztliche Stelle

Die Röntgenverordnung vom 08. Januar 1987 sieht in § 16 eine Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Untersuchung von Menschen vor. Gemeinsam mit der Ärztekammer Hamburg und der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist eine Vereinbarung über die Bildung einer Ärztlichen Stelle in Hamburg getroffen worden.

Ziel: Sicherung der Bildqualität bei einer möglichst geringen Strahlenexposition.

Grundlage für die Prüftätigkeit sind:

Röntgenverordnung §§ 16, 17 und 17a
 Normenreihe DIN 6868-2 bis 6868-12 für die Konstanzprüfung
 Normenreihe DIN 6868-52 bis 6868-58 für die Abnahmeprüfung
 Sachverständigenrichtlinie Regelwerk 13
 Leitlinien der Bundesärztekammer

Die Anzahl der Betreiber von Röntgeneinrichtungen hat sich im Berichtsjahr reduziert. Grund hierfür war vor allem der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV vereinbarte Ausschluss von Röntgenleistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich.

Die Überprüfungen der Patientenaufnahmen in bezug auf die technische Bildqualität sowie die Durchführung der Konstanzprüfungen ergaben bei den Radiologen kaum Beanstandungen. Probleme bei der Durchführung der Konstanzprüfung sowie Mängel in der Bildqualität zeigten sich überwiegend bei den Teilradiologen, die auf mangelnde Sach- und Fachkenntnisse zurückzuführen waren.

Häufig lagen die Fehler bei der unzureichenden Einarbeitung des Personals. Informationen wurden unvollständig oder fehlerhaft übermittelt. In vielen Fällen waren die Urlaubs- und Krankheitsvertretungen nicht geregelt, so dass die Konstanzprüfungen unregelmäßig, fehlerhaft oder gar nicht durchgeführt wurden. Bei den CT Prüfungen wurde verstärkt die applizierte Patientendosis in die Überprüfung mit einbezogen. Vorschläge zur Reduzierung der Dosis wurden dem Betreiber mitgeteilt.

Die Hinweise zur Verbesserung der Bildqualität durch die Ärztliche Stelle wurden überwiegend berücksichtigt.

Die beratende Funktion der Ärztlichen Stelle wurde sowohl von den Betreibern und deren Mitarbeitern/innen als auch von den Firmen in Anspruch genommen. Probleme wurden größtenteils telefonisch, in einigen Fällen in den Praxen oder in den Räumen der Ärztlichen Stelle besprochen.

Im Rahmen eines Rundschreibens hatte die Ärztliche Stelle alle vertragsärztlich tätigen Radiologen und Teilradiologen über die wichtigsten Änderungen der neuen Röntgenverordnung informiert.

Im Berichtsjahr fanden 16 Prüfsitzungen statt.

geprüfte Praxen	Anzahl der Strahler	Radiologen	Teilradiologen	Wiederholungsprüfungen
146	186	50	85	11

konventionelles Röntgen	Mammographien	Computertomographien	digitale Subtraktionsangiographien
113	16	13	2

Festgestellte Mängel:

Fehlerhafte Durchführung				
Abnahmeprüfung Änderung Bezugswerte		Konstanzprüfung		Technische Mängel
Filmverarbeitung	Röntgengeräte	Filmverarbeitung und/oder Geräte	Verdacht auf Serianfertigung	Dichteverlauf, Raster, Überschreitungen
9	8	33	17	20

ohne Beanstandungen:

Verlängerung Prüfintervall auf 3 Monate

neu	aufrechterhalten	zurück auf monatlich
28	27	12

5.1.5 Qualitätszirkel / Arbeitskreise

Um die Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf einem hohem Leistungsniveau zu gewährleisten, hat die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg für die Sicherung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit zum 21.11.1996 Leitlinien für die Gestaltung, Durchführung und Anerkennung von Qualitätszirkeln im Bereich der KV Hamburg beschlossen.

Die an einem Qualitätszirkel teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte beschreiben im Rahmen einer kollegialen Diskussion unter Leitung eines Moderators praxisbezogen ihre eigene ärztliche Handlungsweise und vergleichen sie mit der Handlungsweise ihrer Kollegen und ggf. mit vorgegebenen Qualitätsstandards.

Die Qualitätszirkel dienen der Weiterqualifizierung durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit; sie ermöglichen Lernprozesse auf der Basis Erfahrungen der Teilnehmer.

Die Arbeit in Qualitätszirkeln kann durch andere Fortbildung (z.B. Expertenveranstaltungen, Inter- und

Supervisionsgruppen) sinnvoll ergänzt werden.

Um als Qualitätszirkel anerkannt und finanziell gefördert zu werden, müssen bestimmte Bedingungen von den Teilnehmern erfüllt werden:

1. Der Qualitätszirkel hat einen festen Teilnehmerkreis
2. 8 – 15 Ärzte haben sich zu einem Qualitätszirkel zusammengeschlossen, davon sind mindestens die Hälfte zugelassene oder ermächtigte Ärzte. Darüber hinaus können auch nichtärztliche Heilberufe hinzugezogen werden.
3. Der Qualitätszirkel trifft zu mindestens 6 Sitzungen pro Jahr zusammen.
4. Die Arbeit wird protokolliert. In dem Protokoll sind der Termin und die Zeitdauer der Sitzung, die Namen der Teilnehmer und das Thema zu verzeichnen; ferner muss das Protokoll eine kurze Ablaufbeschreibung der Sitzung , ggf. ein (Zwischen-) Ergebnis sowie Hinweise zum weiteren Vorgehen enthalten.
5. Die Protokolle sind mit dem Antrag auf Förderung an die KV Hamburg zu senden.
6. Die Evaluation erfolgt intern durch den Qualitätszirkel selbst.

Die finanzielle Förderung der Qualitätszirkel besteht in der Übernahme von Raumkosten und in Zahlung einer Moderatorenpauschale. Die finanzielle Förderung eines Qualitätszirkels wird grundsätzlich nicht gewährt bei Sitzungen, die von Dritten (z.B. Pharmaindustrie) ganz oder teilweise finanziert werden.

Die finanzielle Förderung kann erst erfolgen, wenn in einem Jahr die erforderliche Mindestanzahl von Qualitätszirkel-Sitzungen durch Protokolle nachgewiesen ist.

Die Teilnehmer an einem Qualitätszirkel erhalten vom Moderator im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eine Teilnahmebestätigung, in der Thema und Dauer des Qualitätszirkels genannt sind.

Die KV Hamburg hilft bei der Organisation, der Einberufung von Sitzungen des Qualitätszirkels sowie im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit der Zurverfügungstellung von sächlichen Hilfsmitteln (Overhead-Projektor, Moderatorenkoffer, Flipcharts, Moderationswände).

Von derzeit 112 zu betreuenden Qualitätszirkeln beschäftigen sich 76 mit medizinischen, 26 mit psychotherapeutischen und 10 mit wechselnden Fachthemen.

Daneben haben sich seit Jahren 5 Arbeitskreise etabliert, die sich regelmäßig zum fachlichen und patientenorientierten Austausch treffen und von der KV Hamburg organisatorisch betreut werden.

Thema des Arbeitskreises	Anzahl der Treffen
Geriatric	4
Interdisziplinärer onkologischer Arbeitskreis	12
Interdisziplinäre Infektiologie	5
HIV	12

Der Aufbau des Arbeitskreises Substitution erfolgte in enger Zusammenarbeit zwischen KV und Ärztekammer.

6 Ausblick

Neben diesem „Routinegeschäft“ gibt es eine Vielzahl von Projekten, die Qualitätssicherung in unterschiedlichen Facetten betreffen.

6.1 Disease-Management-Programme

Dieser Begriff stammt aus den USA und bedeutet übersetzt Krankheitsmanagement. Er bezeichnet die Behandlung von Krankheitsbildern anhand standardisierter Vorgaben, bei der alle Therapieschritte wie Behandlung, Rehabilitation und Pflege unter Einsatz von Leitlinien aufeinander abgestimmt werden. Das Ziel von Disease- Management- Programmen (DMP) in Deutschland ist es, die Versorgung von chronisch Kranken zu optimieren. Durch eine koordinierte, kontinuierliche Behandlung und Betreuung des Patienten nach evidenzbasierten Leitlinien sollen Komplikationen und Spätfolgen der Erkrankung vermieden oder deren Auftreten verzögert werden. Der koordinierende Arzt legt dazu gemeinsam mit dem Patienten den Behandlungsverlauf und die Therapieziele fest. Der Patient soll darüber hinaus zum gesundheitsbewussten Verhalten und aktiven Teilnahme an der Therapie motiviert werden. Die Betreuung der Patienten unterliegt einer laufenden Qualitätskontrolle. Dazu werden alle wichtigen Behandlungsdaten erfasst und ausgewertet.

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

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

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

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

Im Bereich der KV Hamburg ist mit dem Stand 18.08.2003 das DMP zur Verbesserung der Versorgung der Qualität der Ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern akkreditiert; die KV ist dabei Vertragspartner.

Im Berichtsjahr wurden 682 Genehmigungen zur Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms zur Verbesserung der Versorgung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern nach § 137 SGB V auf Grundlage des § 73 a SGB erteilt.

6.2 Substitutionsbehandlung

Die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (BUB-Richtlinien, Anlage A), sind von 1991 bis 2002 mehrfach geändert worden. Mit der letzten umfassenden Überarbeitung (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31.12.2002 und zum 01.01.2003 in Kraft getreten) ergeben sich nachfolgende Änderungen:

- Der qualifizierte Arzt entscheidet über das Vorliegen der Substitutions-Indikation, d.h., das bisherige Antrags- und Bewilligungsverfahren durch die Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung entfällt und wird durch das Meldeverfahren ersetzt.
- Zur Substitutionsbehandlung sind grundsätzlich nur qualifizierte Ärzte mit der Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zugelassen. Diese Ärzte entscheiden über den Beginn und die Fortsetzung einer Substitutionsbehandlung.
- Der substituierende Arzt muss für jeden substituierten Patienten zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellen (das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht) und den Verlauf daran kritisch überprüfen.
- Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mind. 2 % der insgesamt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Behandlungsfällen pro Quartal.
- Abweichend von den Stichproben-Überprüfungen sind Substitutionsbehandlungen für Jugendliche, bei Abhängigkeit weniger als zwei Jahre oder bei einer Codein / DHC-Substitution unmittelbar mit Beginn der Therapie der Kommission vorzulegen.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

Darüber hinaus hat die KV Hamburg zum 01.04.2003 Durchführungsbestimmungen gem. § 136 SGB V zur Qualitätssicherung von Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erlassen.

Diese Durchführungsbestimmungen konkretisieren die Anforderungen an die Durchführung von Qualitätsprüfungen in der Substitutionsbehandlung nach der Anlage A Nr. 2 BUB Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung für den Versorgungsbereich Hamburg. Dabei legen diese Bestimmungen das Verfahren der Qualitätsprüfungen für den Regelfall fest. Weitergehende Verpflichtungen der substituierenden Ärzte aufgrund der Richtlinie, werden durch diese Bestimmungen nicht berührt.

Ferner wurde in den Durchführungsbestimmungen geregelt, dass ausschließlich die von der KV Hamburg entworfenen Formulare für die Anzeige der Behandlungsaufnahme, Einverständniserklärungen der Patienten und die standardisierte Aufnahme- und Verlaufsdokumentation zu verwenden sind.