



Qualität durch
Kompetenz

Qualitätsbericht

2004 /2005

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt



Inhaltsverzeichnis

1	Ausgewählte Neuerungen im Berichtszeitraum.....	5
1.1	Rehabilitationsrichtlinien.....	5
1.1.1	Sonographie der Säuglingshüfte.....	6
2	Qualitätssicherung.....	8
2.1	Ambulante Operationen.....	8
2.2	Apheresen.....	10
2.3	Arthroskopische Untersuchungen.....	12
2.4	Blutreinigungsverfahren.....	14
2.5	Disease-Management-Verfahren.....	16
2.6	Herzschrittmacherkontrolle.....	22
2.7	Invasive Kardiologie.....	24
2.8	Kernspintomographie.....	27
2.9	Koloskopie.....	29
2.10	Künstliche Befruchtung.....	32
2.11	Laboratoriumsuntersuchungen/Ringversuche.....	33
2.12	Langzeit-EKG-Untersuchungen.....	34
2.13	Medizinische Rehabilitation.....	35
2.14	Onkologie-Vereinbarung.....	37
2.15	Otoakustische Emissionen.....	38
2.16	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund.....	39
2.17	Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe/Schlafbezogene Atmungsstörungen.....	40
2.18	Schmerztherapie.....	42
2.19	Psychotherapie.....	43
2.20	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.....	47
2.21	Soziotherapie.....	48
2.22	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen.....	49
2.23	Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin). 50	
2.24	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger.....	57
2.25	Ultraschalldiagnostik.....	60
2.26	Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales.....	66
2.27	Genehmigungen auf der Grundlage des EBM 2000plus.....	67
2.27.1	Chirotherapie.....	67
2.27.2	Diabetischer Fuß.....	68
2.27.3	Funktionsstörungen der Hand.....	68
2.27.4	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchungen.....	69
2.27.5	Krebsfrüherkennung der Frau.....	69
2.27.6	Empfängnisregelung.....	70
2.27.7	Neurophysiologische Übungsbehandlung.....	70
2.27.8	Physikalische Therapie.....	71
2.27.9	Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin.....	72
3	Besonderheiten im Geltungsbereich der KV Sachsen-Anhalt.....	74
3.1	Disease-Management-Programme.....	74
3.2	Ambulantes Operieren (Verträge auf Landesebene).....	75
3.3	Hausarztzentrierte Versorgung.....	76
3.4	Onkologische Leitstellen.....	76

4	Ausblick.....	77
4.1	Herzschrittmacher.....	77
4.2	Zytologie.....	77
4.3	Photodynamische Therapie.....	77
4.4	Dialyse.....	78
5	Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildung.....	78
5.1	Qualitätsmanagement in Arztpraxen.....	78
5.2	Qualitätszirkel.....	82
5.3	Fortbildung.....	84
6	Anhang/Service.....	85
6.1	Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung.....	85
6.1.1	Kommissionsarbeit.....	85
6.1.2	Informations-/Fortbildungsveranstaltungen.....	87
6.1.3	Notdienst/Bereitschaftsdienst.....	88
6.1.4	Zuständigkeiten und Organisation.....	88
6.1.5	Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).....	89
6.1.6	Normen der Qualitätssicherung.....	89
6.1.7	Stichprobenprüfungen.....	93
6.2	Übersicht 2004.....	94
6.3	Arztstruktur.....	98
6.3.1	Arztstruktur Stand 31.12.2004.....	98
6.3.2	Arztstruktur Stand 31.12.2005.....	99
6.4	Weiterbildungen.....	100
6.4.1	Weiterbildungen Stand 31.12.2004.....	100
6.4.2	Weiterbildungen Stand 31.12.2005.....	104
6.5	Ansprechpartner für besondere Genehmigungen.....	107

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

nachdem die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits für die Jahre 2002 und 2003 einen Qualitätsbericht herausgegeben hat, freuen wir uns, Ihnen nunmehr den Bericht für die Jahre 2004 und 2005 vorlegen zu können. Mit diesem Bericht erhalten Sie einen Einblick in die umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt durchgeführt werden. Die erbrachte Qualität wird damit transparenter.

Darüber hinaus entspricht die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt dem gesetzlichen Auftrag des Paragraphen 136 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zur Veröffentlichung der Ziele und Ergebnisse der von den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen.

Der Qualitätsbericht 2004/2005 ist inhaltlich wie der erste Bericht strukturiert. Ausgewählte Neuerungen im Berichtszeitraum werden ergänzend dargestellt. Für das Jahr 2004 ist hier die Rehabilitations-Richtlinie zu nennen, für das Jahr 2005 die Sonographie der Säuglingshüfte.

Zu erwähnen sind auch die Besonderheiten im Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt. Hierzu gehören die DMP-Programme (Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit) und der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (AOK, IKK). Letzterer ist von herausragender Bedeutung, da die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt zum 1. Juli 2004 den bundesweit ersten Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen hat. Bis zum 31. Dezember 2004 hatten 1.387 (91,7 Prozent) der Hausärzte ihre Teilnahme an dem Vertrag erklärt. Auch von Seiten der Versicherten war die Resonanz groß. Nach den Angaben der IKK gesund plus hatten sich bis Ende Dezember 2004 70.512, das sind 30,5 Prozent aller IKK-Versicherten, in das Programm eingeschrieben. Bei der AOK Sachsen-Anhalt waren es zum gleichen Zeitpunkt 282.262 (34,5 Prozent) der Versicherten.

Der vorliegende Bericht dokumentiert, dass die Kassenärztliche Vereinigung kontinuierlich an der Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen im vertragsärztlichen Bereich beteiligt ist und dieses Tätigkeitsfeld weiterhin einen hohen Stellenwert hat.

Dr. John

Magdeburg, im Juli 2006

1 Ausgewählte Neuerungen im Berichtszeitraum

1.1 Rehabilitationsrichtlinien

Die nach § 368 r RVO in der Fassung vom 17.12.1975 geltenden Rehabilitations-Richtlinien sind vom Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen im März 2004 geändert worden. Danach können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur von Vertragsärzten verordnet werden, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ihre fachliche Qualifikation nachgewiesen haben. Diese gilt als nachgewiesen, wenn der Vertragsarzt:

- die Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ besitzt oder
- über die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“ oder über die fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ verfügt oder
- eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachweist oder
- im Jahr vor Erteilung der Genehmigung mind. 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherungsträger) erstellt hat oder
- an einer Fortbildung von 16 Stunden mit Erfolg teilgenommen hat, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt ist.

Vertragsärzte, die nicht über eine Zusatzqualifikation verfügen, dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 31.03.2006 verordnen.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Stand: 01.01.2004 – 31.12.2005
	gültig seit: 01.04.2004 zuletzt geändert: 18.01.2005
Rechtsgrundlage	§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V
Geltungsbereich	bundeseinheitlich

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	gültig seit: 01.04.2004
Rechtsgrundlage	§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	gültig seit: 01.03.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	531
Anzahl beschiedene Anträge	532
- davon Anzahl Genehmigungen	531
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Fortbildungsveranstaltungen	1
- davon bestanden	138
- davon nicht bestanden	-

Aktuelle Themen

1.1.1 Sonographie der Säuglingshüfte

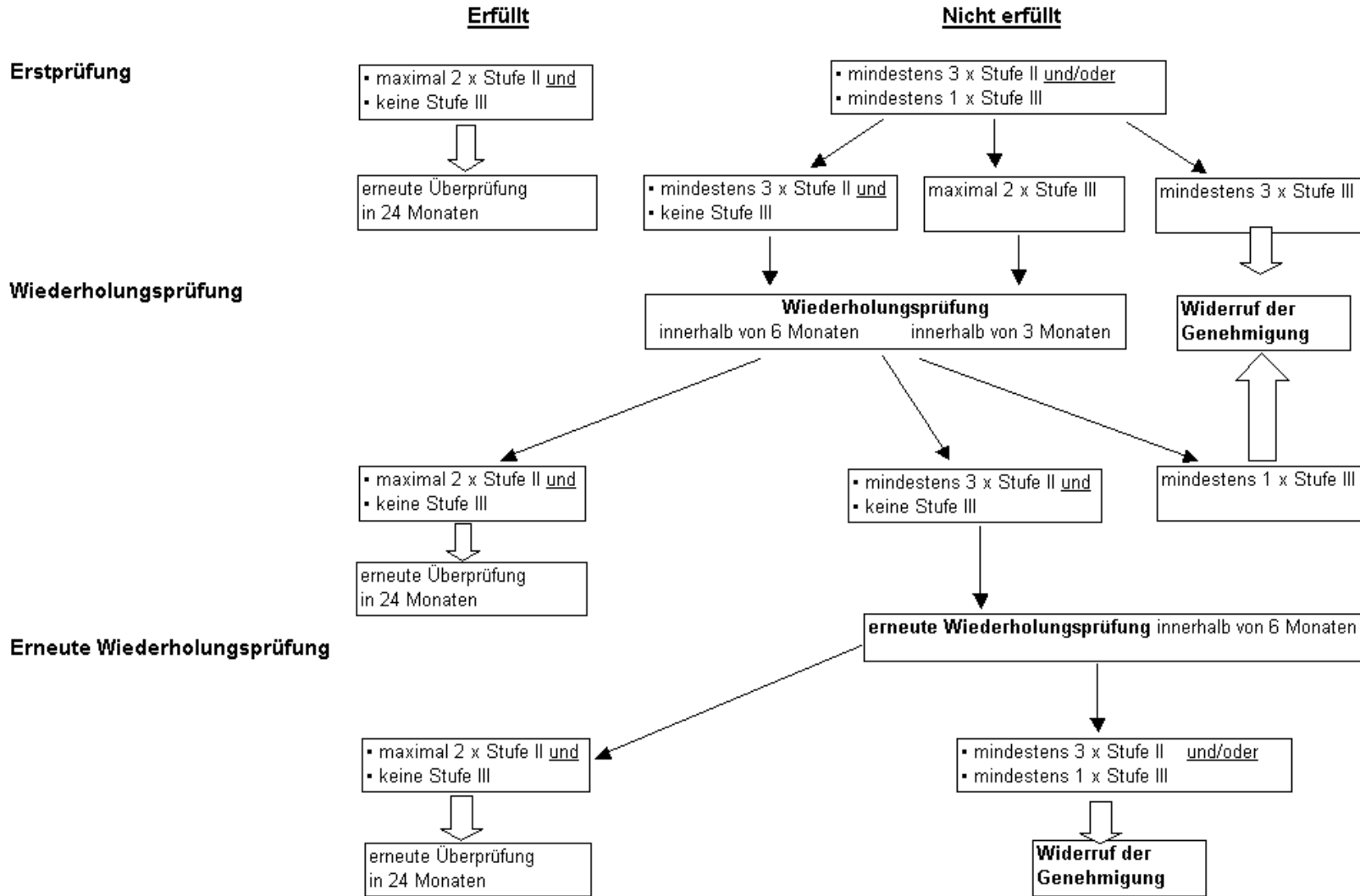
Zum 1. Januar 1996 wurde durch eine Ergänzung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres ("Kinder-Richtlinien") das sonographische Screening der Säuglingshüfte bundesweit eingeführt. Die hüftsonographische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

Um eine optimale Durchführung des Hüftsonographie-Screenings zu gewährleisten, wurde die seit 1993 geltende Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V um spezielle fachliche Eingangsvoraussetzungen ergänzt. So wurde festgelegt, dass vor Antragsstellung im Rahmen der Weiterbildung unter Anleitung mindestens 200 Säuglinge untersucht worden sein mussten. Dies betrifft Fachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und radiologische Diagnostik. Für alle anderen Arztgruppen ist der zusätzliche Nachweis einer 18-monatigen ständigen klinischen oder vergleichbaren Tätigkeit im Fachgebiet Kinderheilkunde oder Orthopädie oder radiologische Diagnostik, Kinderradiologie erforderlich. Weiterhin wurde festgelegt, dass das Abbildungsverhältnis des Untersuchungsgebietes mindestens 1,7 zu 1 betragen muss: Diese Untersuchungsbedingungen sind Voraussetzung für eine fachgerechte Beurteilung des Hüftzustandes von Säuglingen und essenziell für die sich gegebenenfalls ergebende Therapieentscheidung.

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

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

Sonographie Säuglingshüfte – Dokumentationsprüfung
Konsequenzen der Beurteilung



2 Qualitätssicherung

2.1 Ambulante Operationen

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

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

2004

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)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	606
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	63
- davon Genehmigungen	63
- davon Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	50
Anzahl Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit Beanstandung	
Überprüfung der Dokumentation	0
Anzahl geprüfter Ärzte/Fälle	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit Beanstandung	
Einzelfallprüfung nach Stichproben	0
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	

2005

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren	gültig seit: 01.10.1994 zuletzt geändert: 01.01.2004
Rechtsgrundlage	§ 14 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 01.04.1993, zuletzt geändert 01.04.2005 mit der Einführung des EBM 2000plus)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	522 + 55 Anästhesien
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	30 + 6 Anästhesien
- davon Anzahl Genehmigungen	30 + 6 Anästhesien
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	25 + 2 Anästhesien
Anzahl Praxisbegehungen	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit Beanstandung	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichter Beanstandung	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen	-

2.2 Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

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

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

LDL-Apherese können nur durchgeführt werden bei Patienten

- mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung oder
- mit schwerer Hypercholesterinämie, bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann.

Im Vordergrund der Abwägung der Indikationsstellung soll dabei das Gesamt-Risikoprofil des Patienten stehen.

Immunapherese können nur bei aktiver rheumatoider Arthritis bei Patienten

- die auf eine mindestens sechsmonatige Behandlung mit mindestens drei Basistherapeutika (eines davon Methotrexat) in adäquater Dosierung und darüber hinaus auf die Behandlung mit Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren und/oder Interleukin-1-Inhibitoren) nicht angesprochen haben
- oder bei denen eine Kontraindikation gegen diese Arzneimittel besteht,

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

2004

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung von Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren	gültig seit: 01.01.1991 letzte Änderung: 09.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V i.V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	15
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	

- davon nicht bestanden	
LDL-Apherese	
Anzahl Patienten im Jahr 2004	6
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	2
- davon positives Votum der KV	0
- davon negatives Votum der KV	2
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	4
- davon positives Votum der KV	4
- davon negatives Votum der KV	0
Apherese bei rheumatoider Arthritis	
Anzahl Patienten die im Jahr 2004 mindestens einen Zyklus begonnen haben	1
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon positives Votum der KV	1
- davon negatives Votum der KV	0

2005

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	gültig seit: 01.01.1991 letzte Änderung: 09.07.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V i.V. m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	17
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	2
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
LDL-Apherese	
Anzahl Patienten im Jahr 2005	9
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	3
- davon positives Votum der KV	1
- davon negatives Votum der KV	2
Anzahl beschiedene Anträge (Fortsetzung)	6
- davon positives Votum der KV	5
- davon negatives Votum der KV	1
Apherese bei rheumatoider Arthritis	
Anzahl Patienten die im Jahr 2005 mindestens einen Zyklus begonnen haben	-
Anzahl beschiedene Anträge	-
- davon positives Votum der KV	-
- davon negatives Votum der KV	-
Bemerkungen	

2.3 Arthroskopische Untersuchungen

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

2004

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja Regelung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben in der Arthroskopie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	32
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	0
- davon Genehmigungen	
- davon Ablehnungen	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Anzahl Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit Beanstandung	
Einzelfallprüfung nach Stichproben	0
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	

2005

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	36
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	4

- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl Praxisbegehungen	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit Beanstandung	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	
Anzahl geprüfter Ärzte	13
- davon ohne Beanstandung	10
- davon mit leichter Beanstandung	2
- davon mit schweren Beanstandungen	1
Bemerkungen	

2.4 Blutreinigungsverfahren

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

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

2004

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)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2004	20 Praxen und 13 Zweigpraxen 7 ermächtigte Institute (davon 4 KfH und 2 PHV, 1 ermächtigte Dialyseabteilung)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	43 in Dialysepraxen 28 in Dialyseeinrichtungen
Anzahl beschiedene Anträge	9
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	7
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl Patienten im Jahr 2004	2181

2005

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)
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge), Stand 31.12.2005	20 Praxen und 13 Zweigpraxen 7 Institute und 1 Zweigpraxis

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	45 in Praxen 26 in Instituten
Anzahl beschiedene Anträge	8
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	4
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl Patienten im Jahr 2005	2314
Bemerkungen	-

2.5 Disease-Management-Programme

Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB

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

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

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

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

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

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

4. RSAV	27.06.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease-Management-Programmen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und für Patientinnen mit Brustkrebs
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
7. RSAV	28.04.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)
9. RSAV	18.02.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte

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

RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

Diabetes mellitus Typ 2 (2004)

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.01.2003 AOK, IKK 01.04.2003 Bundesknappschaft 02.06.2003 BKK 01.07.2003 Ersatzkassen
akkreditiert:	
Gültigkeitsbereich	
Vertragspartner	siehe oben
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2004	1085 ¹
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1042
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	43
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	284
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht Insulin spritzen	546
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die Insulin spritzen	226
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	111
- andere	
Normalinsulin	43
MEDIAS 2	66
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2004	87.518 ²
Bemerkungen	¹ Anzahl der Ärzte seit Inkrafttreten des Vertrages (01.01.2003) ² plausible Dokumentenpaare (TE/EWE und Erstdokumentation) nach Angabe der Datenstelle

Diabetes mellitus Typ 2 (2005)

Vertragsdaten	
gültig seit:	13.12.2002
akkreditiert:	09.04.2003
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, AOK Sachsen-Anhalt, IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.04.2003
akkreditiert:	29.04.2003
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, Knappschaft

Vertragsdaten	
gültig seit:	02.06.2003
akkreditiert:	08.09.2003
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, BKK-Landesverband Ost

Vertragsdaten	
gültig seit:	16.06.2003
akkreditiert:	Juli/August 2003
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, VdAK/AEV Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	1127
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1065
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	62
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	963
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	122.778
Bemerkungen:	

Koronare Herzerkrankung (2004)

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2004
akkreditiert:	/
Gültigkeitsbereich	KVSA
Vertragspartner	AOK, IKK seit 01.07.2004

	Bundesknappschaft seit 01.12.2004 VdAK/AEV seit 01.02.2005 BKK-LV Ost 01.01.2005
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2004	211
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	183
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	27
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	1
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen, Stand 31.12.2004	120
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht Insulin spritzen	120
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die Insulin spritzen	62
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie ZI	24
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie HBSP	30
- darunter Schulungen für Patienten mit Normalinsulin	17
- darunter Schulungen für Patienten mit Medias 2	19
- darunter Schulungen für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung	4
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2004	124 ¹
Bemerkungen	¹ plausible Dokumentenpaare (TE/EWE und Erstdokumentation) nach Angabe der Datenstelle

Koronare Herzerkrankung (2005)

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.07.2004
akkreditiert:	06.12.2004
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, AOK Sachsen-Anhalt, IKK Landesverband Sachsen-Anhalt, Knappschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	820
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	753 + 10 (nicht invasiv tätig 616)
- darunter Teilnahme als kardiologisch	57

qualifizierter Facharzt	
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	3
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	624
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	14.419
Bemerkungen:	

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.01.2005
akkreditiert:	Antrag ist gestellt
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, BKK-Landesverband Ost

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.02.2005
akkreditiert:	Antrag ist gestellt
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Brustkrebs

Vertragsdaten	
gültig seit:	
akkreditiert:	Antrag ist gestellt
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, AOK Sachsen-Anhalt, IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt, Knappschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	
- darunter Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt	
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	-
Bemerkungen:	

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.04.2005
akkreditiert:	Antrag ist gestellt
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, AOK Sachsen-Anhalt, IKK Landesverband Sachsen-Anhalt, Knappschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2005	74
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	74
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2005)	48
Schulungen	
Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	63
- darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	39
- darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	63
- andere	bitte benennen und ggf. näher ausführen
Patienten	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2005	1.313
Bemerkungen:	

Vertragsdaten	
gültig seit:	01.04.2006
akkreditiert:	Antrag ist gestellt
Gültigkeitsbereich	Sachsen-Anhalt
Vertragspartner	KVSA, BKK-Landesverband Ost

2.6 Herzschrittmacherkontrolle

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

Die Qualitätssicherungsrichtlinie zur Herzschrittmacherkontrolle wurde im Jahr 2005 überarbeitet und zum 01.04.2006 aktualisiert.

2004

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Überprüfung des Batteriezustandes (Nr. B 1 der RL), Stand 31.12.2004	26
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2004	64
Anzahl beschiedene Anträge	11
- davon Genehmigungen	11
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestandene	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	nein
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	

2005

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL), Stand 31.12.2005	89
Anzahl beschiedene Anträge (neu)	15
- davon Anzahl Genehmigungen	15
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung einer bestehenden Genehmigung um die Funktionsanalyse	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestandene	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen	-

2.7 Invasive Kardiologie

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

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

2004

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 01.10.1999						
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)						
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Diagnostik (Abrechnung der EBM Pos. 5120), Stand 31.12.2003 und Stand 31.12.2004	2003	2004					
	3	3					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Diagnostik und Therapie (z.B. PTCA) (Abrechnung der EBM Pos. 5120+5122), Stand 31.12.2003 und Stand 31.12.2004	2003	2004					
	8	10					
Anzahl beschiedene Anträge (neu/erneut (§7 Abs1 Nr.3))	Diagnostik			Diagnostik und Therapie			
	1			2			
- davon Genehmigungen (neu/erneute)	1			2			
- davon Ablehnungen (neu/erneute)	0			0			
Nachweise der fachlich Befähigung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung gem. § 7 der Vereinbarung							
1. nur Diagnostische Katheterisierung	mind. 150 diag. Katheterisierungen						
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen durchgeführter diagnostischer Katheterisierungen	kein Nw.	< 100	100-129	130-149	150-169	170-199	> 199
				3			
Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte)	3						
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	wegen Nichterreichen der Mindestzahl			aus sonstigen Gründe			
	0			0			
- davon Ärzte mit Kathetermessplatz in eigener Praxis und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)							
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0						
2. Therapeutische Katheterisierung	mind. 150 diag., davon 50 ther. Katheterisierungen						
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen insgesamt durchgeführter Katheterisierungen	kein Nw.	< 100	100-129	130-149	150-169	170-199	> 199
				9			
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen	kein Nw.	< 33	33-42	43-49	50-56	57-66	> 66

durchgeführter therapeutischer Katheterisierungen					9		
Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte)	9						
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	wg. Nichterreichen Mindestzahl			sonst. Gründe			
	gesamt	gesamt + Therap.	therap.				
	0	0	0				
- davon Ärzte mit Kathetermessplatz in eigener Praxis und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0						
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0						
Alle							
Anzahl Kolloquien	0						
- davon bestanden							
- davon nicht bestanden							
Anzahl Praxisbegehungen	0						
- davon ohne Beanstandungen							
- davon mit Beanstandungen							

2005

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)	gültig seit: 01.10.1999					
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)					
Geltungsbereich	bundeseinheitlich					
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2005		31.12.2005			
	5		6			
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	1		erneut (§7 Abs.2 Nr.3)			
- davon Anzahl Genehmigungen	1		-			
- davon Anzahl Ablehnungen	-		-			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl		sonstiger Gründe			
	-		-			
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	-					
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	-					
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	2			4		
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben*)	2			/	/	/
Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)						

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2005			31.12.2005		
		4			4	
Anzahl beschiedener Anträge in 2005	neu			erneut (§7 Abs.2 Nr.3)		
- davon Anzahl Genehmigungen	-			-		
- davon Anzahl Ablehnungen	-			-		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl			sonstige Gründe		
	gesamt	ges. + therap.	therap.			
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)						
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	-					
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 5120 / 34291)	<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	1					3
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	1			/	/	/
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 5122 / 34292)	<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66
				1		3
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)				/	/	/
Anzahl Kolloquien	-					
- davon bestanden	-					
- davon nicht bestanden	-					
Anzahl Praxisbegehungen	-					
- davon ohne Beanstandungen	-					
- davon mit Beanstandungen	-					
Bemerkungen						

2.8 Kernspintomographie

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

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

2004

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.10.2001
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31.12.2004	37
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.2004	4
Anzahl beschiedene Anträge (allgemeine MRT / MRM)	3/0
- davon Genehmigungen	3/0
- davon Ablehnungen	0/0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0/0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0/0
Anzahl Kolloquien	0/0
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Anzahl jährl. Prüfungen nach § 4a Abs. 2 - MRM	4
- davon bestanden	4
- davon nicht bestanden	
Einzelfallprüfung nach Stichproben	0
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	
Bemerkungen	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

2005

	Diagnostik zuzuordnen
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.10.2001
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT), Stand 31.12.2005	41
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM), Stand 31.12.2005	4
Anzahl beschiedene Anträge (allgemeine MRT)	5
- davon Anzahl Genehmigungen	5
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	-
Anzahl beschiedene Anträge (MRM)	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien zur Zulassung	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl jährl. Nachweise nach § 4a Abs. 2	4
- mind. 50 Untersuchungen	4
- weniger als 50 Untersuchungen	-
- - Kolloquium innerhalb 3 Monaten	-
- - - davon bestanden	-
- - - davon nicht bestanden	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben nach § 136 SGB V	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen 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	

2.9 Koloskopie

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

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

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

2004

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.2002						
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)						
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2003 und Stand 31.12.2004	2003 12	2004 12					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2003 und Stand 31.12.2004	2003 52	2004 57					
Anzahl beschiedene Anträge (differenziert: neu/erneut)	neu		erneut (§6 Abs. 1 Nr.3)				
	5		0				
- davon Genehmigungen	5		0				
- davon Ablehnungen	0		0				
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen zu durchgeführten totalen Koloskopien lt. Statistik 2003	kein Nw.	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
		6	2	3	2	1	50
- davon Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen zu durchgeführten totalen Koloskopien mit Polypektomien lt. Statistik 2003	kein Nw.	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
		4	0	2	0	0	58
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen zu durchgeführten totalen Koloskopien Nachweis mit Dokumentationen aus 2003	kein Nw.	< 200			> 200		
		5			59		
- davon Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen zu durchgeführten totalen Koloskopien mit Polypektomien Nachweis mit Dokumentationen aus 2003		<10			>10		
		0			64		
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen zu durchgeführten totalen Koloskopien lt. Statistik 2004	kein Nw.	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
		4	2	0	0	5	53
- davon Anzahl Ärzte mit vorgelegten	kein Nw.	<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14

Nachweisen zu durchgeführten totalen Koloskopien mit Polypektomien lt. Statistik 2004 Nachweise anhand von Dokumentationen liegt noch nicht vollständig vor.		5	0	1	0	0	58
Anzahl der Hygieneüberprüfungen (gemeint sind Prüfungen, nicht Ärzte)	6-monatige (§ 7 Abs.3)	3-monatige (§ 7 Abs.8a)		6-wöchige (§7 Abs.8c Nr.1)			
	132	3		0			
- davon nicht bestanden	6-monatige (§ 7 Abs.3)	3-monatige (§ 7 Abs.8a)		6-wöchige (§7 Abs.8c Nr.1)			
	3	0		0			
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität	keine Bereitschaft Praxisüberprüfung			
	0	0	0	0			
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0						
Anzahl Kolloquien	0						
- davon bestanden	0						
- davon nicht bestanden	0						
Bemerkungen: Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können							

2005

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.10.2002					
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	01.01.2005 12		31.12.2005 10			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	01.01.2005 57		31.12.2005 57			
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu		erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)			
- davon Anzahl Genehmigungen	-		-			
- davon Anzahl Ablehnungen	-		-			
Anzahl beschiedene Anträge in 2005 (kurative und präventive Koloskopie)	neu		erneut (§ 6 Abs. 1 Nr.3)			
- davon Anzahl Genehmigungen	-		-			
- davon Anzahl Ablehnungen	-		-			
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ -> kurativ und präventiv)	1					
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop.	Nichterreichen Mindestzahl tot. Koloskop. mit Polypekt.	Überprüfung Hygienequalität			
	-	-	-			
Anzahl Rückgabe / Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z.B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	2					
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten	< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274

totalen Koloskopien (EBM alt Nr. 156, 764 EBM 2000plus Nrn. 01741, 13421)	5	1	-	3	2	56
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben*)	Noch nicht	abgeschlossen		/	/	/
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM alt Nr. 156 + 163, 764 + 765; EBM 2000plus Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,)	<5 5	5-7 1	8-9 -	10-11 -	12-14 -	>14 61
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben*)	Noch nicht	abgeschlossen		/	/	/
Anzahl Kolloquien	-					
- davon bestanden	-					
- davon nicht bestanden	-					
Hygieneprüfungen: Anzahl überprüfter Einrichtungen	63					
Anzahl der Prüfungen	1. Prüf. (6 Mon.) (§ 7 Abs.3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§ 7 Abs.8a)**	3. Prüf. (6 Wo.) (§7 Abs.8c Nr.1)			
	123	2	-			
<p>Bemerkungen: Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können *) Die Abfrage von Ärzten, die durch den Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 bzw. 10 erreicht haben, ist nicht Bestandteil des Beschlusses des Gemeinsamen Ausschusses Qualitätssicherung. Gleichwohl wurden diese Informationen abgefordert, damit eine umfassende Übersicht zu den Genehmigungsüberprüfungen dargestellt werden kann. **) ohne Prüfungen gem. § 7 Abs. 8c Nr.2 S.1</p>						

2.10 Künstliche Befruchtung

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

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

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

2004

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung	gültig seit: 01.10.1990 zuletzt geändert: 23.12.2004
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit §135 Abs.1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2004	2
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2004	2

2005

Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung	gültig seit: 01.10.1990 zuletzt geändert: 23.12.2004
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit § 135 Abs.1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation, Stand 31.12.2005	2
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI, Stand 31.12.2005	2
Bemerkungen	

2.11 Laboratoriumsuntersuchungen / Ringversuche

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

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

2004

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung	gültig seit: 09.05.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V Richtlinien der BÄK
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja Durchführungsbestimmung zur Überprüfung der qualitätsgerechten Leistungserbringung in der Laboratoriumsdiagnostik
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen (OIII), Stand 31.12.2004	196
Anzahl beschiedene Anträge	18
- davon Genehmigungen	13
- davon Ablehnungen	5
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Anzahl Kolloquien	2
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben (insbesondere Indikationsstellung)	0
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	

2005

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung	gültig seit: 09.05.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV) § 75 Abs. 7 SGB V

	Richtlinien der BÄK
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen, Stand 31.12.2005	237
Anzahl beschiedene Anträge	66
- davon Anzahl Genehmigungen	65
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Rückgabe-Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	6
Anzahl Kolloquien	7
- davon bestanden	6
- davon nicht bestanden	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben (insbesondere Indikationsstellung)	7
Anzahl geprüfter Ärzte	7
- davon ohne Beanstandung	3
- davon mit leichten Beanstandungen	4
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen	-

2.12 Langzeit-EKG-Untersuchung

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

2004

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja Durchführungsbestimmungen zur Stichprobenprüfung
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31.12.2004	143
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2004	252
Anzahl beschiedene Anträge	20
- davon Genehmigungen	20
- davon Ablehnungen	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	Ja
Anzahl geprüfter Ärzte	16

- davon ohne Beanstandung	11
- davon mit leichten Beanstandungen	3
- davon mit schweren Beanstandungen	2
Bemerkungen	Stichprobenprüfungen vom 01.01.2004 – 30.09.2004, da die Daten vom 4. Quartal 2004 noch nicht verfügbar waren

2005

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen	gültig seit: 01.04.1992
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung , Stand 31.12.2005	135
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2005	255
Anzahl beschiedene Anträge	27
- davon Anzahl Genehmigungen	26
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien	1
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	1
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	31
- davon ohne Beanstandung	22
- davon mit leichten Beanstandungen	6
- davon mit schweren Beanstandungen	3
Bemerkungen	-

2.13 Medizinische Rehabilitation

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

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

Hält der behandelnde Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme für angezeigt und erfolgversprechend, teilt er dies der Krankenkasse mittels Muster 60 mit. Die Krankenkasse

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

Paragraf 11 der Rehabilitations-Richtlinien regelt, welche Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen dürfen. Die Qualifikation kann u. a. durch eine 16-stündige Fortbildung erworben werden. Zu den Inhalten der o. g. Fortbildungen wurde ein Curriculum „Rehabilitation“ zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart. Um Engpässe in der Versorgung zu vermeiden und Ärzten ausreichend Zeit für ggf. notwendige Fortbildungen zu geben, wurde eine Übergangsregelung geschaffen. Hiernach können wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen bis zum 31. März 2006 ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden (voraussichtliche Verlängerung bis zum 31. März 2007).

Am 1. März 2005 ist eine Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten. Diese Vereinbarung dient der Sicherung der Strukturqualität bei der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie regelt die fachlichen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Insbesondere werden die Anforderungen an die Qualifikation des Leiters und der Referenten sowie an Inhalte und Umfang (Curriculum) der Fortbildung festgelegt.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	gültig seit: 01.04.2004
Rechtsgrundlage	§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	gültig seit: 01.03.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	531
Anzahl beschiedene Anträge	532
- davon Anzahl Genehmigungen	531
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Fortbildungsveranstaltungen	1
- davon bestanden	138
- davon nicht bestanden	-

2.14 Onkologie-Vereinbarung

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

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung an einem Tumorzentrum oder einem onkologischen 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 mehrerer hundert durchgeführter Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen

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

2004

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	für Versicherte des VdAK/AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja: Vereinbarung über die Behandlung von Krebskranken (IKK und BKK)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	105
Anzahl beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Anzahl Überprüfungen (Ärzte) der KV auf Grundlage § 9 Abs. 3	4
- davon ohne Beanstandung	3
- davon mit Beanstandungen	1
Bemerkungen	Bezug in § 9 Abs. 3 auf § 135 Abs. 3 SGB V. § 135 Abs. 3

	wurde mit GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000-E in § 136 a und b übernommen
--	--------------------------------------------------------------------------

2005

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	für Versicherte des VdAK/AEV
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	109
Anzahl beschiedene Anträge	8
- davon Anzahl Genehmigungen	4
- davon Anzahl Ablehnungen	4
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien	6
- davon bestanden	3
- davon nicht bestanden	3
Anzahl Überprüfungen (Ärzte) der KV auf Grundlage § 9 Abs. 3	3
- davon ohne Beanstandung	1
- davon mit Beanstandungen	2
Bemerkungen	Bezug in § 9 Abs. 3 auf § 135 Abs. 3 SGB V. § 135 Abs. 3 wurde mit GKV-Gesundheits- reformgesetz 2000-E in § 136 a und b übernommen

2.15 Otoakustische Emissionen

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

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

2004

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen	gültig seit: 24.11.1995
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V

Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	59
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

2005

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bestimmung otoakustischer Emissionen	gültig seit: 24.11.1995
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	65
Anzahl beschiedene Anträge	7
- davon Anzahl Genehmigungen	7
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Bemerkungen	

2.16 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

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

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

2004

Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund	gültig seit: 01.08.2001		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)		
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2003 und Stand 31.12.2004	6		
Anzahl beschiedene Anträge (neu/erneut (§ 7 Abs.6))	neu: 3 nach § 7 Abs. 6: keine		
- davon Genehmigungen (neu/erneut)	3		
- davon Ablehnungen (neu/erneut)	0		
Anzahl durchgeführter Überprüfungen der Dokumentationen / Kolloquien (Anzahl Ärzte)	1.Überprüfung	2.Überprüfung	3. Überprüfung (Kolloquium)
	3	0	0

- davon nicht bestanden (Anzahl Ärzte)	1.Überprüfung	2.Überprüfung	3. Überprüfung (Kolloquium)
	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		

2005

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

2.17 Schlafapnoe (Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe) / Schlafbezogene Atmungsstörungen

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

2004

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe	gültig seit: 01.10.1991
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	37
Anzahl beschiedene Anträge	5
- davon Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	6
Anzahl Kolloquien	nein
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Einzelfallprüfung nach Stichproben	nein
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 11.11.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.03.2005	41
Bemerkungen	

2005

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen	gültig seit: 01.04.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt, Stand 31.12.2005	60
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	50
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	10
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie	12
- davon Anzahl Genehmigungen	12
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	10
- davon Anzahl Genehmigungen	10
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien (Polysomnographie)	3
- davon bestanden	3
- davon nicht bestanden	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen	

2.18 Schmerztherapie

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

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

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

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

2004

Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten	gültig seit: 01.07.1997 zuletzt geändert: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	Anlage 12 BMV-EKV
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK / AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja (Rahmenvereinbarung mit AOK)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	23
Anzahl beschiedene Anträge	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	3
- davon bestanden	3

- davon nicht bestanden	0
Anzahl jährliche Prüfungen nach § 4 Abs. 2	23
- davon ohne Beanstandungen	23
- davon mit Beanstandungen	0

2005

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)	gültig seit: 01.04.2005
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V
Geltungsbereich	bundesweit
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	23
Anzahl beschiedene Anträge	24
- davon Anzahl Genehmigungen gem. § 2	-
- davon Anzahl Genehmigungen gem. § 13	23
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden (bzgl. § 4 Abs. 3 Nr. 4)	-
- davon bestanden (bzgl. § 5 Abs. 7)	-
- davon nicht bestanden	-
Anzahl jährliche Prüfungen nach § 7 Abs. 2	-
- davon ohne Beanstandungen	-
- davon mit Beanstandungen	-
Bemerkungen	

2.19 Psychotherapie

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

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

auch die

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

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

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 22.04.2004		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein		
Anzahl beschiedene Anträge (Therapeuten*)	81		
- davon Genehmigungen	81		
- davon Ablehnungen			
Genehmigungen zu den Richtlinienverfahren , Stand 31.12.2004			
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
- Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	85	52	4
- davon Ärzte	62	4	1
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	49	21	6
- davon Ärzte	7	1	2
- Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	31	0	0
- davon Ärzte	12	0	0
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	140		
- davon Ärzte	29		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	16		
- davon Ärzte	7		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	57		
- davon Ärzte	8		
Therapeuten* mit mindestens einer der oben genannten Genehmigung	185		
- davon Ärzte	72		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht (wenn möglich differenziert nach Einzel- und Gruppentherapie)	<u>Einzeltherapie:</u> <u>Gruppentherapie:</u>		
	158	4	
- davon Ärzte	30	1	
Genehmigungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung , Stand 31.12.2004			

- Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	2227
- Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	250
- davon Ärzte	153
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobsonschen Relaxation¹	
- davon Ärzte	
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	88
- davon Ärzte	77
Anmerkung KVSA	¹ mit erfasst unter Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training; getrennte Erfassung nicht möglich, da Abrechnung unter einer gemeinsamen EBM-Ziffer

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

2005

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.01.1999 zuletzt geändert: 07.02.2005		
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)		
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)			
- davon Anzahl Genehmigungen	126 (inkl. psychosomatische Grundversorgung übende (Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation) und suggestive Techniken (Hypnose))		
- davon Anzahl Ablehnungen	-		
Anzahl Rückgaben / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	-		
Genehmigungen zu den Richtlinienverfahren , Stand 31.12.2005 <i>(sollten in Ihrer KV andere Genehmigungsklassen üblich sein, geben Sie diese bitte an, die hier benannten folgen der Systematik des Bundesarztregisters)</i>			
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren, Stand 31.12.2005	219		
- davon Ärzte	71		
im Einzelnen			
	nur für Erwachsene	auch für Kinder und Jugendliche	nur für Kinder und Jugendliche
- Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	98	56	5
- davon Ärzte	66	4	2
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	64	25	8
- davon Ärzte	9	1	2

- Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	34	-	-
- davon Ärzte	14	-	-
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie (bei Erw. und Kindern) im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	Erwachsene: 89	Kinder: 49	
- davon Ärzte	27	1	
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie (bei Erw. und Kindern) im Rahmen der analytischen Psychotherapie	18	-	
- davon Ärzte	7	-	
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie (bei Erw. und Kindern) im Rahmen der Verhaltenstherapie	40	19	
- davon Ärzte	5	3	
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	insgesamt	davon Einzeltherapie	davon Gruppentherapie
	181	175	6
- davon Ärzte	37	35	2

2.20 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

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

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

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

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Vereinbarung mit den Ersatzkassen.

2004

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)	gültig seit: 01.07.1994
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV)
Geltungsbereich	für Versicherte des VdAK / AEV
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	1
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Einzelfallprüfung nach Stichproben	ja
Anzahl geprüfter Ärzte	1
- davon ohne Beanstandung	1
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	

2005

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

Stand 31.12.2005	
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	1
- davon ohne Beanstandung	1
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	
Bemerkungen	

2.21 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach Paragraph 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. abubrechen.

2004

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)	gültig seit: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 37 a SGB V i.V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2004	3
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL	0
- davon Genehmigungen	
- davon Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	

2005

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)	gültig seit: 01.01.2002
Rechtsgrundlage	§ 37 a SGB V i.V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2005	3
Anzahl beschiedene Anträge nach Nr. 15 der RL	3
- davon Anzahl Genehmigungen	3
- davon Anzahl Ablehnungen	
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	
Bemerkungen	

2.22 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

2004

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
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	16
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	

2005

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
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	17
Anzahl beschiedene Anträge	2
- davon Anzahl Genehmigungen	2
- davon Anzahl Ablehnungen	-

Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-

2.23 Strahlendiagnostik/-theapie (allg. Röntgendiagnostik, Mammographie, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)

Die auf Bundesebene gemäß Paragraf 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 die Kenntnisse 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.

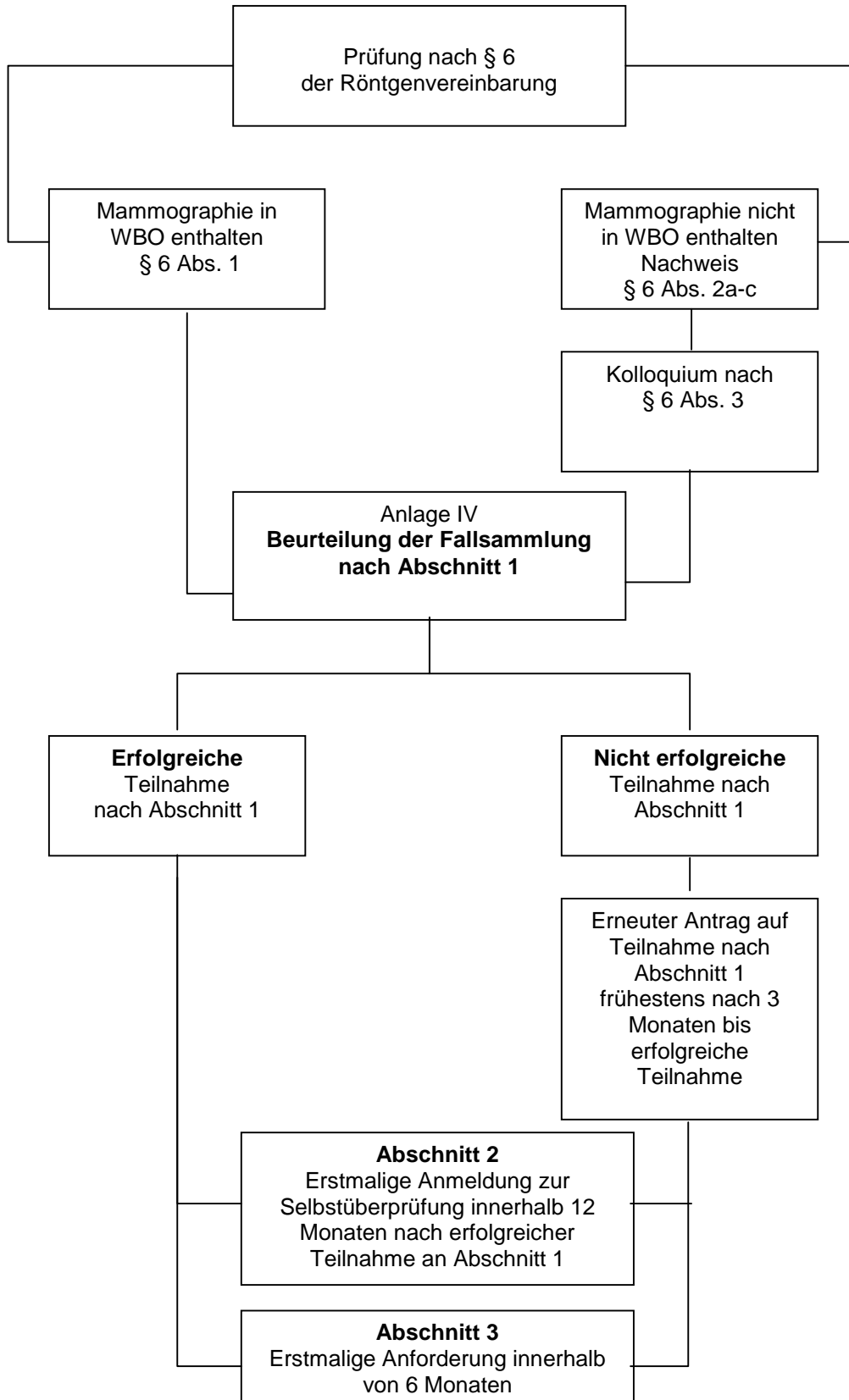
Besondere Regelungen gelten seit dem 01.04.2002 für die Ausführung und Abrechnung der Mammographie. Über die bereits in der bisherigen Vereinbarung bestehenden Regelungen hinaus müssen Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen 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.

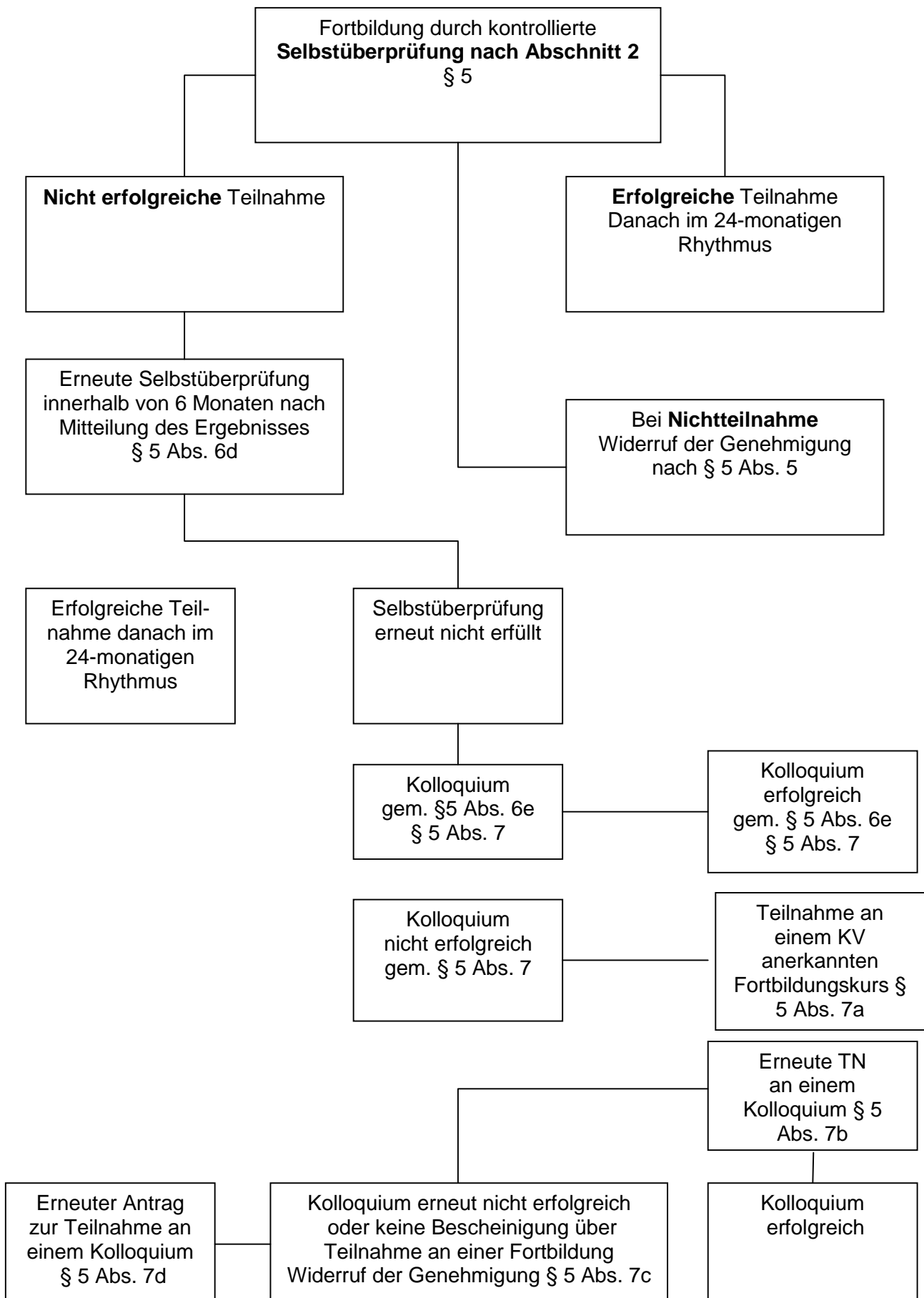
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.03.2004	
hier: Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2003 und Stand 31.12.2004	60 und 64	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Abschnitt 1 (Fallsammlung) (§ 7 Abs.2 Buchst.a)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
- davon bestanden	53	16
- davon nicht bestanden	37	16
	1	1
Anzahl Ärzte, deren Abrechnungsgenehmigung widerrufen wurde, weil sie sich nicht bis zum 30.09.03 der Prüfung nach Abschnitt 1 unterzogen haben	13	
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Abschnitt 2 (§ 7 Abs.2 Buchst.b) teilgenommen haben	39	
Anzahl Ärzte, die die Fallsammlung nach Abschnitt 1 bestanden haben, sich aber nicht innerhalb von 12 Monaten zur Selbstüberprüfung nach Abschnitt 2 angemeldet haben	10	
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Abschnitt 3 § 6 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
- davon bestanden	60	20
- davon nicht bestanden aufgrund § 6 Abs.7 Buchst. a) (mehr als 24 Beurteilungen in Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel)*	40	20
- davon nicht bestanden aufgrund § 6 Abs.7 Buchst. b) (mehr als 1 Beurteilungen in Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel)*	12	0
	8	0
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	0	

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: 01.08.2005	Diagnostische Radiologie	Mammographie	Computer-tomographie	Osteodensitometrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
	Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Anlage IV Anlage I - Klasse VII	Anlage I - Klasse VIII	Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Anlage II	Anlage III nach Klassen I-V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	563		71	55	8	21
Anzahl beschiedene Anträge	19		7	4	1	-
- davon Anzahl Genehmigungen	18		7	4	1	-
- davon Anzahl Ablehnungen	1		-	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-		-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3		1	1	1	-
Anzahl Kolloquien	11		1	1	-	-
- davon bestanden	7		1	1	-	-
- davon nicht bestanden	4		-	-	-	-
Einzelfallprüfung nach Stichproben			-	-	-	-
Anzahl geprüfter Ärzte	23		-	-	-	-
- davon ohne Beanstandung	10		-	-	-	-
- davon mit leichten Beanstandungen	12		-	-	-	-
- davon mit schweren Beanstandungen	1		-	-	-	-
Bemerkungen		siehe gesonderte Tabelle				

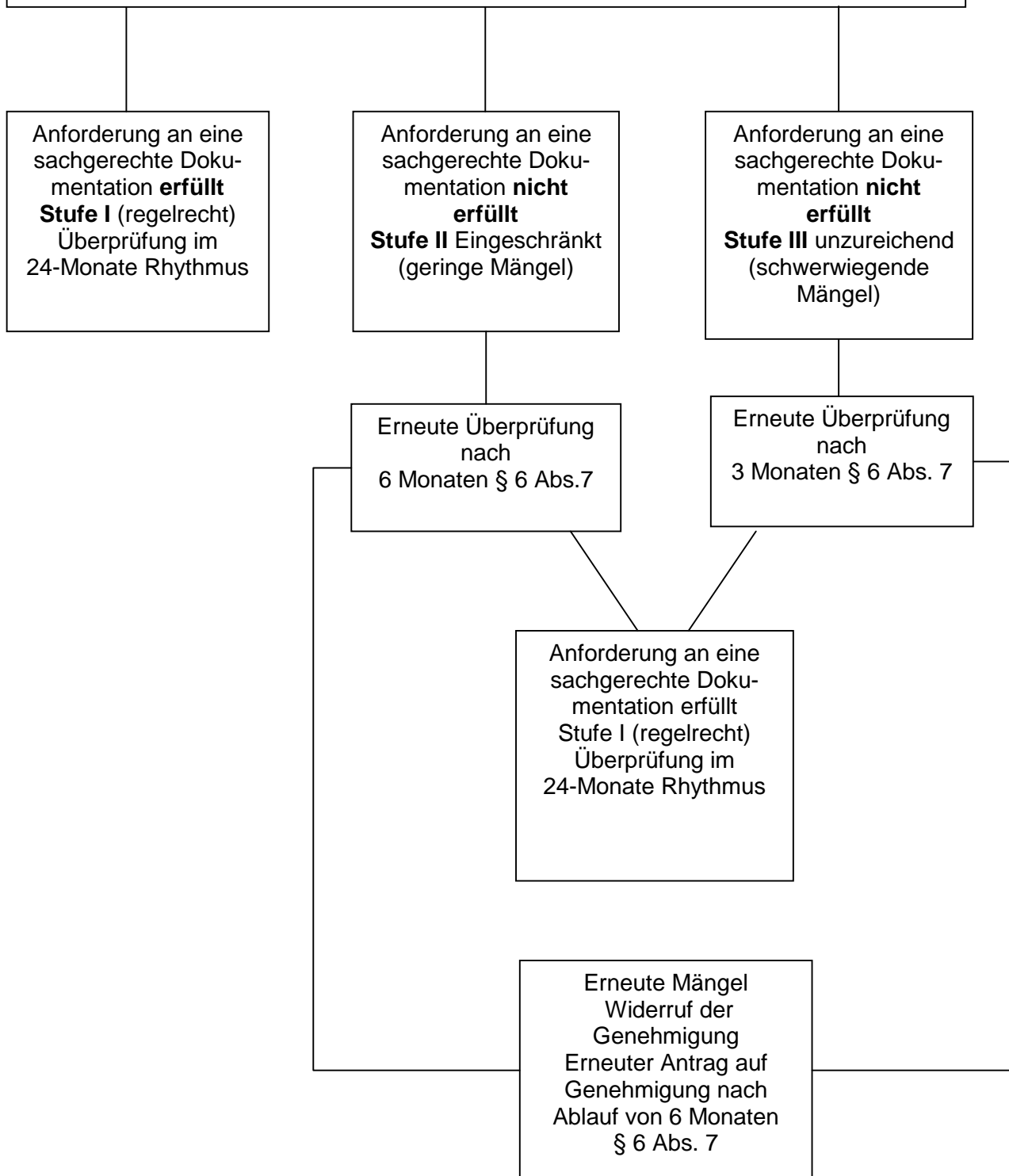
Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 01.08.2005	
hier: Mammographie Anlage IV, Anlage I Klasse VII		
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	82	
Anzahl beschiedene Anträge	6	
- davon Anzahl Genehmigungen	6	
- davon Anzahl Ablehnungen	-	
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3)	-	
- davon bestanden	-	
- davon nicht bestanden	-	
Anzahl Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	7	1
	- davon bestanden	1
	- davon nicht bestanden	-
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§ 7 Abs.2 Buchst. b) teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
	xx	xx
	- davon erfolgreiche Teilnahme	xx
	- davon nicht erfolgreiche Teilnahme	xx
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 5 Abs. 6e / § 5 Abs. 7b)	xx	
Widerruf der Genehmigung (§ 5 Abs. 7c)	xx	
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 5 Abs. 5)	xx	
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3 durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	54	1
	- davon erfüllt	1
	- davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	-
	- davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	-
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs.2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt 3 teilgenommen haben	-	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	1	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	-	
Bemerkungen: * sollte ein Arzt auf Grund von Mängeln in Buchst. a) und b) nicht bestanden haben, diesen bitte ggf. doppelt zählen xx für 2005 nicht relevant, Überprüfungen aus 2004 waren ohne Sanktionen		

Schaudiagramm zu den Prüfungen zur Kurativen Mammographie





Abschnitt 3
Überprüfung der ärztlichen Dokumentation
§ 6



2.24 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

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

Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

2004

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 23.01.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gültig seit 12.01.2004
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	43
Anzahl abrechnender Ärzte (z.B. II/2004)	23 (I/2004), 26 (II/2004), 29 (III/2004), 32 (IV/2004)
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	10
- davon Genehmigungen	10
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl der Rückgaben von	0

Abrechnungsgenehmigungen	
Anzahl Kolloquien	0
- davon bestanden	
- davon nicht bestanden	
Stichprobenprüfung der Dokumentation nach § 9 (3 und 4) (Ärzte/Fälle)	20/81
- davon ohne Beanstandungen	18/58
- davon mit Beanstandungen	8/23
Anzahl der "5-Jahres-Überprüfungen-Patienten" nach § 9 der Richtlinie	15
- davon ohne Beanstandungen	12
- davon mit Beanstandungen	3
Anzahl Patienten im Jahr 2004	584
Anzahl Patientenan- und -abmeldungen	737 (417 Anmeldungen, 320 Abmeldungen)
Bemerkungen	Patientenan- und -abmeldungen während des Urlaubs des behandelnden Arztes wurden nicht berücksichtigt

2005

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	gültig seit: 01.10.1991 zuletzt geändert: 01.01.2004
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gültig seit 12.01.2004
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005*	33
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	9
- davon Anzahl Genehmigungen	9
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	1 (Arzt verstorben)
Anzahl Kolloquien	-
- davon bestanden	-
- davon nicht bestanden	-
Stichprobenprüfung der Dokumentation nach § 9 (3 und 4) (Ärzte/Fälle)	19 / 80
- davon ohne Beanstandungen	14 / 71
- davon mit Beanstandungen	5 / 9
Anzahl der "5-Jahres-Überprüfungen-Patienten" nach § 9 der Richtlinie	27
- davon ohne Beanstandungen	27
- davon mit Beanstandungen	-

Anzahl Patienten im Jahr 2005	643
Anzahl Patientenan- und -abmeldungen	782 (411 Anmeldungen, 371 Abmeldungen)
Bemerkungen: *ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen	Patientenan- und -abmeldungen während der behandelnde Arzt sich im Urlaub befand, wurden nicht berücksichtigt
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	17

2.25 Ultraschalldiagnostik

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	Mammographie	Computer tomographie	Osteodensito- metrie	Strahlentherapie	Nuklearmedizin
	Anlage I nach Klassen I- XIII (außer VII und XI)	Anlage IV Anlage I - Klasse VII siehe gesonderte Tabelle	Anlage I- Klasse VIII	Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Anlage II	Anlage III nach Klassen I-V
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	663		60	54	8	21
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	Regelung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Durchführung der Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben in der Radiologie		nein	nein	nein	nein
Anzahl beschiedene Anträge	21		5	4	0	2
- davon Genehmigungen	21		5	4	0	2
- davon Ablehnungen	0		0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		0	0	0	0
Anzahl Kolloquien	9		1	4	0	0
- davon bestanden	8		1	3	0	
- davon nicht bestanden	1		0	1	0	
Einzelfallprüfung nach Stichproben	0		0	0	0	0

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 I nach Klassen I- XIII (außer VII und XI)	Mammographie Anlage IV Anlage I - Klasse VII siehe gesonderte Tabelle	Computer tomographie Anlage I- Klasse VIII	Osteodensito- metrie Anlage I - Klasse XI Anlage III - Klasse VI	Strahlentherapie Anlage II	Nuklearmedizin Anlage III nach Klassen I-V
Anzahl geprüfter Ärzte	0		0	0	0	0
- davon ohne Beanstandung						
- davon mit leichten Beanstandungen						
- davon mit schweren Beanstandungen						
Bemerkungen	keine	keine	keine	keine	keine	keine

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)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	nein
Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2004	1547
(ggf. Anzahl Genehmigungen, Stand 31.12.2004)	3815
Anzahl beschiedene Anträge	158
- davon Genehmigungen	136
- davon Ablehnungen	22
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Anzahl Kolloquien	141
- davon bestanden	122
- davon nicht bestanden	19
Einzelfallprüfung nach Stichproben	keine
Anzahl geprüfter Ärzte	
- davon ohne Beanstandung	
- davon mit leichten Beanstandungen	
- davon mit schweren Beanstandungen	

Ergänzung

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	51
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	16
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	16
3 Nasennebenhöhlen	110
4 Gesichtswichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	68
5 Schilddrüse	720
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	118
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	4
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	98
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	4
6.3 Belastungs-Echokardiographie	19
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	11
8 Brustdrüse	164
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	704
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	88

10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	91
10.2 Weibl. Genitalorgane	280
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	277
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	157
12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	113
13 Säuglingshüften	117
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	142
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	126
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	10
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	20
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	24
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	77
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	54
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	25
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	9
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	5
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	35
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	59
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	3

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 drei Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch die fachliche Qualifikation zwischen Erwachsenen und Kindern. Soll die fachliche Qualifikation für Kinder nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei Kindern durchgeführt wurden.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)	gültig seit: 01.04.1993 zuletzt geändert: 31.01.2003
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)

Anzahl Ärzte mit min. einer Genehmigung, Stand 31.12.2005*	1542
Anzahl beschiedene Anträge***	230
- davon Anzahl Genehmigungen	205
- davon Anzahl Ablehnungen	25
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen***	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung***	-
Anzahl Kolloquien	163
- davon bestanden	141
- davon nicht bestanden	22
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-
Anzahl geprüfter Ärzte	-
- davon ohne Beanstandung	-
- davon mit leichten Beanstandungen	-
- davon mit schweren Beanstandungen	-
Bemerkungen: * Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen *** (Teil-)genehmigungen nicht Anzahl Ärzte	

Genehmigungsbereiche

	Anzahl Ärzte mit Genehmigung
1 Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	57
2.1 Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	19
2.2 Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	20
3 Nasennebenhöhlen B-Mode	58
Nasennebenhöhlen A-Mode	78
4 Gesichtsweichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	71
5 Schilddrüse	752
6.1.1 Echokardiographie - Erwachsene	124
6.1.2 Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	4
6.2.1 Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	105
6.2.2 Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	4
6.3 Belastungs-Echokardiographie	18
7 Thoraxorgane (ohne Herz)	14
8 Brustdrüse	176
9.1 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	715
9.2 Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	89
10.1 Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	95
10.2 Weibl. Genitalorgane	293
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	288
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	158

12 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften)	119
13 Säuglingshüften	122
14.1.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	148
14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	127
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	10
14.1.4 Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	35
14.2.1 Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	28
14.3.1 Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	84
14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	58
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	28
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	9
14.3.5 Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	5
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	36
14.4.1 Venen der Extremitäten(B-Mode)	61
15 Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	2
(ggf. Anzahl Genehmigungen insgesamt wenn andere Angaben nicht möglich sind, Stand 31.12.2005)	4010
Bemerkung:	

2.26 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales

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

2004

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales	gültig seit: 01.07.1992 zuletzt geändert:: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja Durchführungsbestimmung zur Überprüfung der qualitätsgerechten Leistungserbringung in der gynäkologischen Zytologie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	30
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	1
- davon bestandene Prüfungen	1
- davon nicht bestandene Prüfungen	0

2005

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales	gültig seit: 01.07.1992 zuletzt geändert: 01.10.1994
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	30
Anzahl beschiedene Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	-
- davon bestandene Prüfungen	-
- davon nicht bestandene Prüfungen	-
Bemerkungen	-

2.27 Genehmigungen auf der Grundlage des EBM 2000plus

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

2.27.1 Chirotherapie

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

2004

Chirotherapie	
Rechtsgrundlage	§ 87 Abs. 1 Auflage des EBM's
Zusatzvereinbarungen im Geltungsbereich der KV	ja (Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt für die Qualifikation zur Abrechnung chirotherapeutischer Leistungen)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2004	230
Anzahl beschiedene Anträge	15
- davon Genehmigungen	12
- davon Ablehnungen	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Bemerkungen	

2005

Chirotherapie	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	242
Anzahl beschiedene Anträge	16
- davon Anzahl Genehmigungen	15
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.27.2 Diabetischer Fuß

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

Diabetischer Fuß	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	147 (niedergelassene Ärzte) 8 (ermächtigte Ärzte)
Anzahl beschiedene Anträge	208
- davon Anzahl Genehmigungen	147
- davon Anzahl Ablehnungen	61
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.27.3 Funktionsstörung der Hand

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

Funktionsstörung der Hand	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (07330 oder 18330), Stand 31.12.2005	64 (niedergelassene Ärzte) 2 (ermächtigte Ärzte)
Anzahl beschiedene Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.27.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung

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

Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (03350 – 03352), Stand 31.12.2005	90
Anzahl beschiedene Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.27.5 Krebsfrüherkennung der Frau

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

Krebsfrüherkennung bei der Frau	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2005	19
Anzahl beschiedene Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.27.6 Empfängnisregelung

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

Empfängnisregelung	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung (01821, 01822, 01828); Stand 31.12.2005	195
Anzahl beschiedene Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.27.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung

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

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

Neurophysiologische Übungsbehandlung (Leistungen nach Kapitel 30.3)	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zu Leistungen des Kapitels 30.3, Stand 31.12.2005	2 (Zusatzqualifikation) 274 (entsprechend FG)
Anzahl beschiedene Anträge	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-

2.27.8 Physikalische Therapie

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

Physikalische Therapie (Leistungen nach Kapitel 30.4)	
Rechtsgrundlage	EBM 2000plus
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zu Leistungen des Kapitels 30.4, Stand 31.12.2005	894
Anzahl beschiedene Anträge	895
- davon Anzahl Genehmigungen	894
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1

2.27.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

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

Endokrinologie und Diabetologie:

Wird der Nachweis über eine mindestens 24-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder - Endokrinologie und –Diabetologie erbracht, kann die Abrechnung der Nr. 13350 EBM 2000plus genehmigt werden.

Gastroenterologie:

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

Hämatologie und Onkologie:

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

Pneumologie:

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

Rheumatologie:

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

Neuropädiatrie:

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

Nephrologie:

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

Kardiologie

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

Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin	Endokrinologie und Diabetologie	Gastroenterologie	Hämatologie	Pneumologie	Rheumatologie	Neuropädiatrie	Nephrologie	Kardiologie
Rechtsgrundlage EBM 2000plus								
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung aus dem Schwerpunkt, Stand 31.12.2005	1 (niedergelassener Arzt) 4 (ermächtigte Ärzte)	3 (ermächtigte Ärzte)	-	1 (niedergelassener Arzt) 2 (ermächtigte Ärzte)	1 (ermächtigter Arzt)	4 (niedergelassene Ärzte) 8 (ermächtigte Ärzte)	1 (ermächtigter Arzt)	2 (SP) 2 (ermächtigt e Ärzte)
Anzahl beschiedene Anträge	-	-		-	-	-	-	-
- davon Anzahl Genehmigungen	-	-		-	-	-	-	-
- davon Anzahl Ablehnungen	-	-		-	-	-	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-		-	-	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	-	-		-	-	-	-	-

3 Besonderheiten im Geltungsbereich der KVSA

3.1 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 zur 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 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.

In Sachsen-Anhalt begannen die Gespräche zur Umsetzung eines DMP Diabetes mellitus Typ 2 im Sommer 2002. Diese Gespräche wurden zunächst mit der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK Sachsen-Anhalt geführt, da bei diesen Krankenkassen bereits Erfahrungen aus dem Modellvorhaben Diabetes vorlagen. Der Vertrag eines DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK Sachsen-Anhalt wurde am 13.12.2002 abgeschlossen. Nachdem die Verträge mit der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK Sachsen-Anhalt am 13.12.2002 als erster DMP-Vertrag in Deutschland zur strukturierten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 unterzeichnet waren, signalisierten die anderen Krankenkassen, gleichlautende Verträge abzuschließen. Mit der Bundesknappschaft wurden die Verträge am 1. April 2003, mit dem BKK-Landesverband Ost am 2. Juni und mit den Ersatzkassen am 16. Juni 2003 unterzeichnet.

Der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK Sachsen-Anhalt wurde vom BVA die Zulassung des Programms zum 09.04. 2003, der Bundesknappschaft zum 29.04.2003, dem BKK Landesverband Ost zum 08.09.2003 sowie den einzelnen Mitgliedskassen der Ersatzkassenverbände jeweils im Juli/August 2003 beschieden.

Seit dem 01.07.2004 gibt es mit der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK gesund plus sowie seit dem 01.01.2005 mit dem BKK Landesverband Ost einen DMP-Vertrag für Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Diese DMP-Verträge wurden vom BVA noch nicht beschieden.

3.2 Ambulantes Operieren (Verträge auf Landesebene)

Katarakt-Vertrag (Sondervertrag jeweils mit AOK (gekündigt zum 31.12.2004) und IKK)

- Ziel: Förderung ambulanter Katarakt-Operationen, insbesondere um planbare OP, die bisher vorwiegend stationär durchgeführt wurden, ambulant zu erbringen, sofern dies aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung der sozialen Bedingungen des Patienten möglich ist
- Teilnehmende Ärzte: Augenärzte (operativ und nicht operativ), Hausärzte in freier Niederlassung und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V
- Voraussetzung zur Teilnahme der Augenärzte: Genehmigung durch KV und jährliche Weiterbildung, bei operativ tätigen Augenärzten auch Mindestanzahl an Katarakt-Operationen erforderlich
- Vergütung: Euro-Beträge für prä- (Untersuchung, Indikationsstellung und umfassende Beratung) und postoperative Behandlung und Betreuung, Feststellung der OP-Tauglichkeit durch Hausarzt, Operation, Anästhesie, gesonderte Vereinbarung zu den Linsenkosten (Abrechnung direkt über KK)

Strukturvertrag zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten bei ausgewählten ambulanten Operationen (IKK) ab 01.01.2004, erweiterte Indikationsliste ab 01.04.2004

- Ziel: Förderung ambulanter ausgewählter OP, insbesondere um planbare OP, die bisher vorwiegend stationär durchgeführt wurden, ambulant zu erbringen, sofern dies aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung der sozialen Bedingungen des Patienten möglich ist
- Teilnehmende Ärzte: alle in freier Praxis niedergelassenen Vertragsärzte und Leistungserbringer gemäß § 311 SGB V, Genehmigung der KV zur Durchführung ambulanter OP (Operateur)
- Vergütung: Euro-Beträge für prä- und postoperative Betreuung, Feststellung der OP-Tauglichkeit durch Hausarzt, Operation, Anästhesie und ambulante Nachbehandlung

Strukturvertrag über die Förderung ausgewählter krankenhauseretzender Operationen (BKK) ab 01.04.2004

- Ziel: Ambulante Erbringung planbarer Operationen, die bisher stationär durchgeführt wurden, durch Kooperation von Haus- und Fachärzten und unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Teilnehmende Ärzte: alle in freier Praxis niedergelassenen Vertragsärzte und Leistungserbringer gemäß § 311 SGB V, Genehmigung der KV zur Durchführung ambulanter OP (Operateur)
- Vergütung: Euro-Beträge für prä- und postoperative Betreuung, Feststellung der OP-Tauglichkeit durch Hausarzt, Operation, Anästhesie und ambulante Nachbehandlung

3.3 Hausarztzentrierte Versorgung

Vertrag zwischen der AOK Sachsen-Anhalt, der IKK gesund plus in Sachsen-Anhalt und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) eG in Gründung, diese unterstützt durch den Berufsverband der Allgemeinärzte Sachsen-Anhalt, und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) über die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V in Verbindung mit §§ 140 a ff. SGB V – „Hausarztvertrag“ vom 01.07.2004

- Ziel: Umsetzung einer hausarztzentrierten, sektorübergreifenden und interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung der Versicherten der Krankenkassen im Bereich der KVSA
- Teilnehmende Ärzte:
 - 1. niedergelassene Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmen und ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben (Hausärzte) Dies gilt ebenso für Hausärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V oder in Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V.
 - 2. weitere Leistungserbringer (z.B. Pflegedienste; Fachärzte etc.) und stationäre Einrichtungen, die Kooperationsverträge mit den Vertragspartnern dieses Vertrages geschlossen haben
- Vergütung:
 - in den ersten zehn Quartalen der Vertragslaufzeit eine Koordinierungspauschale je eingeschriebenen Versicherten in Höhe von drei Euro pro Quartal
 - Nachgewiesene Einsparungen werden zwischen den teilnehmenden Ärzten (§ 3 Abs. 2 b und den teilnehmenden Fachärzten der Kooperationsvereinbarung zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und der Krankenkasse im Verhältnis von 50 Prozent zu 50 Prozent aufgeteilt. Für die ersten zehn Quartale ab Vertragsunterzeichnung wird die vorgenannte Aufteilung im Verhältnis von 40 Prozent für die Ärzte und 60 Prozent für die Krankenkasse vorgenommen.

3.4 Onkologische Leitstellen der KVSA

Die onkologischen Leitstellen in Magdeburg und Halle/Saale stellen ein Modellprojekt der Deutschen Krebshilfe („Aufbau geeigneter Strukturen zur Sicherstellung einer fachgerechten, patientennahen ambulanten Langzeitbetreuung von Tumorpatienten im Bereich der KVSA“) dar. Durch die onkologischen Leitstellen wird die ambulante Tumornachsorge überregional koordiniert und organisiert. Das Einzugsgebiet für die Organisation und Koordination der Nachsorge umfasst alle drei Regierungsbezirke Sachsen-Anhalts mit etwa 2,8 Mio. Einwohnern, für die im Falle einer Krebserkrankung eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung sichergestellt wird. Krebspatienten erfahren unabhängig vom Wohnort und der Nähe onkologisch spezialisierter Ärzte bzw. Krankenhäuser eine qualifizierte Nachsorge. Die Leitstellen sind ihrer Funktion nach direkt behandlungs- und betreuungsunterstützendes Instrument der ärztlichen Tätigkeit.

Über dieser Koordinations- und Organisationsebene liegt die Qualitätssicherungsebene. Grundlage aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist auch bei der Arbeit der Leitstellen eine hochwertige Dokumentation, die die Bedingungen der zunehmend arbeitsteiligen medizinischen Versorgung von Tumorpatienten berücksichtigt. Um bei der Dokumentation (mittels landeseinheitlichem Dokumentationsbogensatz) eine Doppelerfassung von Daten zu verhindern und eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit zu gewährleisten, kommt in den onkologischen Leitstellen das „Giessener Tumordokumentationssystem“ als gemeinsames Dokumentationssystem zwischen Tumorregistern und Leitstellen zum Einsatz. In den regional verteilten Tumorregistern Magdeburg und Halle/Saale wurde durch die für Deutschland modellhafte Integration der niedergelassenen Ärzte über die online an die Tumorregister angeschlossenen onkologischen Leitstellen der KVSA die Voraussetzung für die Durchgängigkeit der Tumordokumentation im Sinne einer einheitlichen elektronischen Tumorkrankenakte geschaffen. Informationen über die Tumorpatienten werden somit an einer Stelle zusammengeführt und stehen allen an der Betreuung dieser Patienten beteiligten Ärzten zur Verfügung. Die Erfassung, Speicherung und Auswertung der Tumordaten erfolgt unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Regelungen des Landes und des Bundes. Werden die medizinischen Daten aus dem Register für wissenschaftliche Zwecke (Jahresberichte, Qualitätssicherungsstudien u.ä.) verwendet, geschieht dies ausschließlich in solcher Form, dass ein Rückschluss auf die Person nicht möglich ist.

4 Ausblick

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

4.1 Herzschrittmacher

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

4.2 Zytologie

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

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

4.3 Photodynamische Therapie (PDT)

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

Beschlüsse hierzu werden Anfang 2006 erwartet, die Qualitätssicherungsrichtlinie wird auf diese Beschlüsse anzupassen sein.

4.4 Dialyse

Künftig soll die Qualität der Erbringung der Dialyse durch die Erhebung von Qualitätsindikatoren, beispielsweise der Dialysedauer und –frequenz, transparent gemacht werden. Alle Einrichtungen im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten regelmäßige Rückmeldeberichte, die ihnen den erreichten Qualitätsstandard im Vergleich zu den anderen Einrichtungen mitteilen. Dialysekommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden informiert, ob einzelne Einrichtungen im Gesamtvergleich deutlich auffallen und gegebenenfalls einer tiefer gehenden Überprüfung unterzogen werden müssen. Das System befindet sich derzeit im Aufbau. Es wird derzeit davon ausgegangen, dass im Laufe des Jahres 2006 mit dem Start in der Fläche begonnen werden kann.

5 Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Fortbildung

5.1 Qualitätsmanagement in Arztpraxen

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

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

www.g-ba.de / Vertragsärztliche Versorgung / Richtlinien / Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung.

http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=215

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

Qualitätsmanagements bis zum 31. Dezember 2007 abzuschließen, die Umsetzung dann spätestens bis 31. Dezember 2009.

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

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

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

QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen



PHASEN

BAUSTEINE DES QEP-KONZEPTE

Qualitätsziel-Katalog → Kernziele

<p>Befähigung</p>	<p>PRINT</p>	<p>ONLINE</p> <p>Website PDF-Dokumente zum Herunterladen</p>	<p>Einführungsseminar durch lizenzierte Trainer der KVen</p>
--------------------------	---------------------	-------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Manual: Umsetzungsvorschläge, Musterdokumente

<p>Umsetzung</p>	<p>PRINT</p>	<p>ONLINE</p> <p>Website PDF-Dokumente zum Herunterladen</p>	<p>Infoline und Begleitung durch KVen</p>
-------------------------	---------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Qualitätsziele

<p>Qualitätsbewertung</p> <p>Selbstbewertung Fremdbewertung</p> <p>→ Zertifikat → Excellence-Bewertung</p>	<p>PRINT</p>	<p>ONLINE</p> <p>Website PDF-Dokumente zum Herunterladen</p>	<p>→ Akkreditierte Visitoren → Akkreditierte Zertifizierungsstellen</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

EMV
Ein Service der

5.2 Qualitätszirkel

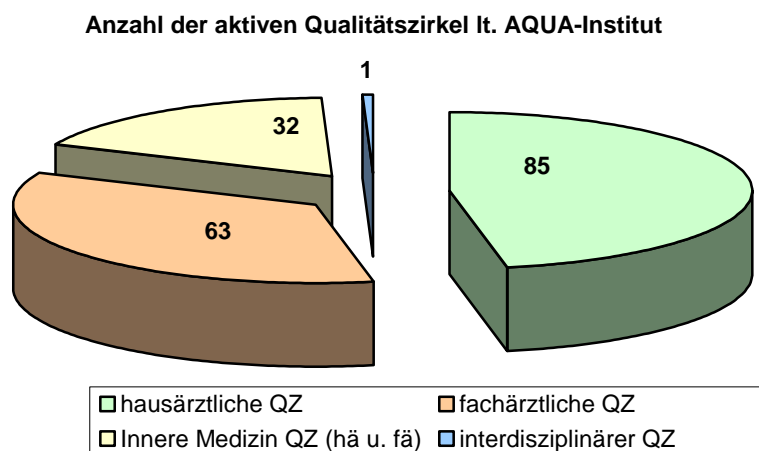
Kaum eine Qualitätsförderungsmaßnahme der ärztlichen Selbstverwaltung war so erfolgreich wie die der Qualitätszirkel. Zwischenzeitlich sind es bundesweit über 5.000 Ärzteguppen, die sich regelmäßig auf freiwilliger Basis zum strukturierten Erfahrungs- und Wissensaustausch treffen. Neben dem Primat der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

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

Qualitätszirkel arbeiten demnach

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

Nach dem Qualitätsbericht IV/2005 (Stichtag: 31.12.2005) im Rahmen der Basisdokumentation für ärztliche Qualitätszirkel des Göttinger AQUA-Institutes gibt es 181 aktive Qualitätszirkel.



Die jahrelange Erfahrung mit Qualitätszirkeln in der KV Sachsen-Anhalt hat gezeigt, dass die Unterstützung der Moderatoren und die Entwicklung beziehungsweise die Aufbereitung von

Qualitätszirkelthemen von wesentlicher Bedeutung für den Erfolg der Zirkelarbeit sind. So werden beispielsweise die im Rahmen des Hausarztvertrages tätigen Qualitätszirkel auf Wunsch mit Fortbildungsmodulen des Institutes für hausärztliche Fortbildung (IHF) ausgestattet. Diese können in Papierform als Foliensatz oder auch als ppt-Folien genutzt werden. Begonnen wurde damit im Jahr 2005 mit dem Thema „COPD“ (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung).

Umfang der QZ Arbeit	
Aktive QZ (mind. 4 Sitzungen im Jahr 2004), insgesamt	53
- darunter hausärztliche QZ	7
- darunter fachärztliche QZ	7
- darunter QZ der Psychotherapie	4
- darunter interdisziplinäre QZ	6
- darunter QZ zu Diabetes mellitus	1
- sonstige	Pharmakotherapie 26 Homöopathie 2
Anzahl der QZ, die im Jahr 2004 neu gegründet wurden	21
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten insgesamt, die im Jahr 2004 an mindestens einem aktiven QZ teilgenommen haben	nicht bekannt (keine Erfassung)

Moderatoren	
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die bisher insgesamt zu Moderatoren ausgebildet wurden (Stand: 31.12.04, ggf. differenziert nach KBV-Modul und andere)	213
- davon Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 neu ausgebildet wurden	12
Anzahl der im Jahr 2004 durchgeführten Moderatorenfortbildungsveranstaltungen der KV und jeweilige Teilnehmerzahl	1 (12 Teilnehmer)
Teilnehmergebühr für Moderatorenfortbildungsveranstaltungen (j/n, Höhe)	Ja, 150,- €

Evaluation der Qualitätszirkelarbeit	
Erfolgten Veränderungen/Überarbeitungen der Vorgaben für die Durchführung und Anerkennung eines QZ in 2004 ?	Nein
Anfertigung von Protokollen (j/n)	Ja
- standardisiert (j/n)	Ja
- Veröffentlichung der QZ Protokolle z.B. im Intranet, Zusendung an die QZ Teilnehmer (j/n, in welcher Form ?)	Nein
Evaluation der QZ (j/n, durch wen ?)	Ja, AQUA GmbH
- Evaluationskriterien	- Anzahl der QZ - regionale Verteilung - Fachgruppen - Themenwahl - inhaltliche Gestaltung/ Methoden/ Ergebnisse - Bewertung durch Moderatoren
- Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse z.B. für Vorstand, Teilnehmer, Moderatoren, Öffentlichkeit (j/n)	Teilnehmer, Moderatoren

Sonstiges	
Honorare / Aufwandsentschädigungen für Moderatoren (j/n, Höhe)	54,- € (bis Aug. 2004) 100,- € (ab Sept. 2004)
Anzahl Weiterbildungspunkte für Moderator/Teilnehmer pro QZ Sitzung	4 Pkt. pro Sitzung (anerkannte QZ)

Anmerkung:

Es sind ausschließlich Qualitätszirkel mit mindestens vier Sitzungen im Jahr berücksichtigt, da auf die Kontinuität der Treffen fokussiert werden soll

5.3 Fortbildung

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

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

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

6 Anhang / Service

6.1 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

6.1.1 Kommissionsarbeit

2004

Kommissionen	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2004
Ambulantes Operieren	9 ärztliche Mitglieder	0
Apheresen (nach § 5 der RL)	3 ärztliche Mitglieder 3 MDK-Vertreter	1
Arthroskopie	2 ärztliche Mitglieder	0
Blutreinigungsverfahren	-	-
Diabetes-Kommission	5 ärztliche Mitglieder	2
Dialyse-Kommission	4 ärztliche Mitglieder	1
Herzschrittmacherkontrolle/ Langzeit-EKG	5 ärztliche Mitglieder	1
Invasive Kardiologie	-	-
Koloskopie	3 ärztliche Mitglieder	4
Labor	5 ärztliche Mitglieder 1 Fachwissenschaftlerin der Medizin	6
Mammographie, kurativ	4 ärztliche Mitglieder	2
Nuklearmedizin	3 ärztliche Mitglieder	0
Onkologie	6 ärztliche Mitglieder	4
Photodynamische Therapie	-	-
Qualitätssicherungsbeauftragte	4 ärztliche Mitglieder	0
Schlafapnoe	3 ärztliche Mitglieder	
Schmerztherapie	4 ärztliche Mitglieder	2
Radiologie / CT / MRT	7 ärztliche Mitglieder	5
Strahlentherapie	3 ärztliche Mitglieder	0
Substitution	6 ärztliche Mitglieder 6 Kassenvertreter	5
Ultraschall	6 ärztliche Mitglieder	8
Zytologie	6 ärztliche Mitglieder	3

2005

Kommissionen	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2005
Ambulantes Operieren	8 ärztliche Mitglieder	-
Apheresen (nach § 5 der RL)	3 ärztliche Mitglieder	3
Arthroskopie	3 ärztliche Mitglieder	2
Blutreinigungsverfahren	-	-
Diabetes-Kommission	5 ärztliche Mitglieder	1
Dialyse-Kommission	4 ärztliche Mitglieder	1
Herzschrittmacherkontrolle/ Langzeit-EKG	3 ärztliche Mitglieder	4
Invasive Kardiologie		-
Koloskopie	5 ärztliche Mitglieder	3
Labor	5 ärztliche Mitglieder 1 Fachwissenschaftlerin der Medizin	6
Mammographie		6
Nuklearmedizin	3 ärztliche Mitglieder	-
Onkologie	6 ärztliche Mitglieder	4

Photodynamische Therapie	4 ärztliche Mitglieder	-
Qualitätssicherungsbeauftragte	2 ärztliche Mitglieder	-
Schlafapnoe	3 ärztliche Mitglieder	5
Schmerztherapie	4 ärztliche Mitglieder	2
Radiologie / CT / MRT	10 ärztliche Mitglieder	7
Strahlentherapie	3 ärztliche Mitglieder	-
Substitution	6 ärztliche Mitglieder 7 Kassenvertreter	4
Ultraschall	7 ärztliche Mitglieder	6
Zytologie	3 ärztliche Mitglieder 1 Fachwissenschafterin der Medizin	2

6.1.2 Informations-/ Fortbildungsveranstaltungen in der KV

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

Ein besonderer Fortbildungsaufwand war 2005 mit der Einführung des EBM 2000plus verbunden. In Großveranstaltungen mit einem Expertenteam der KV konnten sich die Praxen über die neue Struktur, Änderungen und Besonderheiten des Leistungskataloges informieren. Gleichmaßen wurden 2005 Informationsveranstaltungen zu den Disease-Management-Programmen Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit sowie Diabetes mellitus Typ 1 angeboten.

Insgesamt hat die KV Sachsen-Anhalt im Jahr 2005 47 Fortbildungsveranstaltungen mit 2935 Teilnehmenden durchgeführt. Die Resonanz auf die Fortbildungsangebote war durchgehend positiv.

Seminare für Ärztinnen und Ärzte (insgesamt ca. 942 Teilnehmer)

- 5 Informationsveranstaltungen zum Thema „Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung (ca. 800 Teilnehmer)
- 2 Ultraschall – Fortbildungsveranstaltungen:
„Sonographische Diagnostik bei urologischen, gynäkologischen und geburtshilflichen Notfällen – Neue Trends in der 3D und 4D Sonographie“ (73 Teilnehmer)

„Ultraschalldiagnostik für die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Radiologie, Chirurgie, Innere Medizin und Pädiatrie“ (69 Teilnehmer)

Seminare für Arzthelferinnen (77 Teilnehmer)

- 5 Veranstaltungen „Telefontaining für Arzthelferinnen“
- 2 Impfkurse für Arzthelferinnen

Veranstaltungen für Ärzte und Praxismitarbeiter (insgesamt ca. 600 Teilnehmer)

- 14 Informationsveranstaltungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen „DMP Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit sowie Diabetes mellitus Typ 1

Fortbildungsveranstaltungen für das onkologische Praxispersonal der onkologisch verantwortlichen Ärzte in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

- 2 Fortbildungsveranstaltungen „Tumore des HNO-Bereiches – des ZNS, Plastisch rekonstruktive Chirurgie bei Tumoren“ (ca. 50-70 Teilnehmer)
- 2 Fortbildungsveranstaltungen „Palliativmedizinisch – Sterbebegleitung Patientenverfügung“ (ca. 50-70 Teilnehmer)

- 15 Informationsveranstaltungen zum EBM 2000plus (insgesamt 1196 Teilnehmer)

Neben den oben genannten Seminaren wurden spezielle Diabetes- und Hypertonie-Schulungen für Praxisleitungen und ihre Mitarbeiterinnen organisiert und angeboten. Diese wurden von ausgebildeten Referententeams des ZI (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung) durchgeführt. Damit wird den Ärzten und deren Praxispersonal die Möglichkeit gegeben, sich weiter zu qualifizieren und den Patienten mit Diabetes bzw. Hypertonie die entsprechenden Schulungen in Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme anzubieten.

6.1.3 Notdienst / Bereitschaftsdienst

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

Konkretisiert wird diese Verpflichtung durch Paragraph 3 Abs. 3 Satz 3 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt i.V.m. der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Der organisierte Notfalldienst wurde in der KV Sachsen-Anhalt im Jahre 2005 239.999 mal in Anspruch genommen.

6.1.4 Zuständigkeiten und Organisation

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

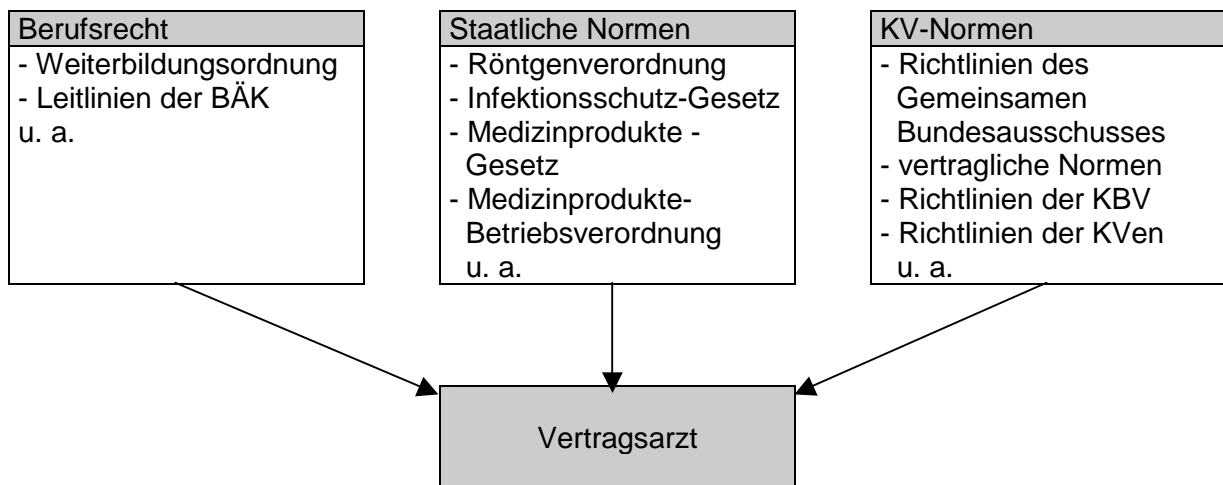


Abbildung : Schema der Normsetzungsbereiche

Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

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

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

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

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

6.1.5 Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen der Paragraphen 91 ff. SGB V ab dem 1. Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das wichtigste Gremium für die Ausgestaltung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er besteht aus neun Vertretern der Leistungserbringer, neun Vertretern der Kassenseite sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Zur Stärkung der Kompetenz der Patientinnen und Patienten stellt der Gemeinsame Bundesausschuss Informationen zu Krankheiten, die hohe soziale und volkswirtschaftliche Folgen verursachen und somit eine hohe Versorgungsrelevanz haben, zur Verfügung. Diese Informationen sind in einer allgemein verständlichen und für medizinische Laien nachvollziehbaren Form aufzuarbeiten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten geschaffen. Diese Regelungen finden sich in Paragraph 140f SGB V. Abs. 2 regelt, dass den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitspracherecht eingeräumt wird. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sachkundigen Personen sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Diese für die Bundesebene geltende Regelung findet sich für die auf der Landesebene tätigen Gremien in Abs. 3. Dies betrifft insbesondere die Landesausschüsse sowie die Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse. Insgesamt sollen diese Regelungen die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig stärker in die Entscheidungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Versorgung betreffen, eingebunden sein. Sie müssen von den Betroffenen zu Beteiligten werden.

6.1.6 Normen der Qualitätssicherung

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

Wichtige Qualitätssicherungsparagraphen im SGB V:

Paragraf 70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

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

Paragraf 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus

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

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

Paragraf 135: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

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

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

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

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

Paragraf 135a: Verpflichtung zur Qualitätssicherung

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

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Paragraf 111a besteht, sind nach Maßgabe der

Paragrafen 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Diese Regelungen sind eingeführt worden, da von den positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements alle Leistungsbereiche profitieren sollen. Deshalb werden die Leistungserbringer erstmals auch verpflichtet, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern.

Paragraf 136: Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

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

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

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

Paragraf 136a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

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

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

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

Paragraf 137b: Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen,
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen,

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

Paragraf 137f: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

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

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

Paragraf 139a: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

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

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

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

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

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick der wichtigsten Normen der Qualitätssicherung und die Zuständigkeit zu den Regelungen wider:

Regelung	Erstellt von:
§ 25 Gesundheitsuntersuchungen - Früherkennungsleistungen, Festlegung unter Qualitätsgesichtspunkten von Mindestfrequenzen,	Partner der Bundesmantelverträge

Regelung	Erstellt von:
bedarfsgerechter Festlegung von Planungsräumen (Qualifikation und räumliche Zuordnung)	
§ 115b Ambulantes Operieren - Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität	Dreiseitige Verträge KBV/DKG/Spitzenverbände KK
§ 135 Abs. 2 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - Definition von Strukturanforderungen - Definition von sog. Kernleistungen	Partner der Bundesmantelverträge
§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung - Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung - Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung	G-BA
§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung - Stichprobenprüfung - Qualitätsberichte	G-BA, KVen
§ 136a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung - Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit von aufwändigen Leistungen - Definition von grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	G-BA
§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin - Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung - Regelmäßige Berichte	G-BA
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten - DMP - Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung	G-BA
§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit - HTA - Bewertung evidenzbasierter Leitlinien - Empfehlung zu DMP - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln - Bürgerinformationen	Eigene Einrichtung

6.1.7 Stichprobenprüfung

Zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen unter anderem die Möglichkeit, Einzelfallprüfungen nach Stichproben auf Grundlage der Paragraphen 136, 75 Abs. 7 oder 135 Abs. 2 SGB V zu vereinbaren und durchzuführen. Beispiele für solche Regelungen sind für § 136 die Vereinbarung zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie und die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik. Für Paragraph 135 Abs. 2 ist die Anlage IV zur Ultraschallvereinbarung (Säuglingshüfte) zu nennen. Im Gegensatz zu den eben genannten Regelungen werden Vereinbarungen nach Paragraph 75 Abs. 7 in der Regel direkt regional getroffen. In der KV Sachsen-Anhalt ist dies zum Beispiele für die Langzeit-EKG der Fall. Darüber hinaus sind weiterhin auch in verschiedenen Richtlinien gemäß Paragraph 135 Abs. 1 SGB V Stichprobenprüfungen vorgesehen. Beispielhaft zu nennen sind die Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger und die Leistung der Photodynamischen Therapie.

6.2 Übersicht 2004

Thema	ambulantes Operieren	<u>Arthroskopische Untersuchungen</u>	<u>Blutreinigungsverfahren</u>	<u>Chirotherapie</u>	<u>Herzschrittmacher</u>	<u>Invasive Kardiologie</u>	<u>Kernspintomographie</u>	<u>Koloskopie</u>	<u>Künstliche Befruchtung</u>	<u>Laboruntersuchungen</u>	<u>Langzeit-EKG</u>	<u>LDL-Elimination</u>	<u>Onkologie-Vereinbarung</u>	<u>Otoakustische Emissionen</u>	<u>Photodynamische Therapie</u>	<u>Psychotherapie</u>	<u>Med. Rehabilitation</u>	<u>Schlafapnoe</u>	<u>Schmerztherapie</u>	<u>Sozialpsychiatrie</u>	<u>Soziotherapie</u>	<u>Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen</u>	<u>Strahlendiagnostik/-therapie</u>	<u>Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger</u>	<u>Ultraschalldiagnostik</u>	Zytologie
Anzahl Genehmigung (31.12.2004)	606	30	71	230	90		Allg. MR T			19 6		15	105	59	6			37	23	1	-	16	64	43	1547 Ärzte	30
Anzahl Kommissionssitzungen	-	-	-	-	1	-		4	-	6	1	1	4	-	-			-	5	-	-	-		5	8	3
Anzahl beschiedene Anträge	63	-	9	15	11		3/-	-		18	20	2	6	3	3	81		5	3	1	-	2		10	158	1
- davon Genehmigungen	63		2	12	11		3/-	-		13	20	2	6	3	3	81		5	3	1	-	2		10	136	1
- davon Ablehnungen	-		7	3			-/-	-		5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	22	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	-	-	6	-	-		-/-	-		-	-	-	1	-	-			-	-	-		-	13	-	-	-
Anzahl Rückgabe von Abrechnungsgenehmigungen	-		-	-	-		-/-	-		1	-	-	-	-	-			6	-	-		-	-	-	-	-
Anzahl Kolloquien		-	-	-	-		-/-	-		2	-	-	-		3 (1. Überprüfung)			-	3	-		-		-	141	
- davon bestanden										1					3			3						-	122	
- davon nicht bestanden										1					-			-						-	19	
Anzahl der Hygieneprüfungen								?																		
- davon bestanden								?																		
- davon nicht bestanden								?																		
Anzahl der Praxisbegehungen	-	-																								
- davon ohne Beanstandungen																										
- davon mit Beanstandungen																										

Thema	<u>ambulantes Operieren</u>	<u>Arthroskopische Untersuchungen</u>	<u>Blutreinigungsverfahren</u>	<u>Chirotherapie</u>	<u>Herzschrittmacher</u>	<u>Invasive Kardiologie</u>	<u>Kernspintomographie</u>	<u>Koloskopie</u>	<u>Künstliche Befruchtung</u>	<u>Laboruntersuchungen</u>	<u>Langzeit-EKG</u>	<u>LDL-Elimination</u>	<u>Onkologie-Vereinbarung</u>	<u>Otoakustische Emmissionen</u>	<u>Photodynamische Therapie</u>	<u>Psychotherapie</u>	<u>Med. Rehabilitation</u>	<u>Schlafapnoe</u>	<u>Schmerztherapie</u>	<u>Sozialpsychiatrie</u>	<u>Soziotherapie</u>	<u>Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen</u>	<u>Strahlendiagnostik/-therapie</u>	<u>Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger</u>	<u>Ultraschalldiagnostik</u>	Zytologie
Überprüfung der Dokumentation (Anzahl Ärzte)	-																									
- davon ohne Beanstandungen																										
- davon mit Beanstandungen																										
Einzelfallprüfung nach Stichproben	-	-			-					-	ja						nein		ja					Ärzte/ Fälle	nein	
Anzahl geprüfter Ärzte											16															
- davon ohne Beanstandung											11															
- davon mit leichten Beanstandungen											3															
- davon mit schweren Beanstandungen											2															
Präparateprüfung																										
- davon bestanden																										
- davon nicht bestanden																										
Überprüfung nach § 9 zur Onkologievereinbarung													4													
- davon bestanden													3													
- davon nicht bestanden													1													
Überprüfung nach §9 zur Substitutionsrichtlinie																								15		
- davon bestanden																								12		

Thema	ambulantes Operieren	<u>Arthroskopische Untersuchungen</u>	<u>Blutreinigungsverfahren</u>	<u>Chirotherapie</u>	<u>Herzschrittmacher</u>	<u>Invasive Kardiologie</u>	<u>Kernspintomographie</u>	<u>Koloskopie</u>	<u>Künstliche Befruchtung</u>	<u>Laboruntersuchungen</u>	<u>Langzeit-EKG</u>	<u>LDL-Elimination</u>	<u>Onkologie-Vereinbarung</u>	<u>Otoakustische Emmissionen</u>	<u>Photodynamische Therapie</u>	<u>Psychotherapie</u>	<u>Med. Rehabilitation</u>	<u>Schlafapnoe</u>	<u>Schmerztherapie</u>	<u>Sozialpsychiatrie</u>	<u>Soziotherapie</u>	<u>Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen</u>	<u>Strahlendiagnostik/-therapie</u>	<u>Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger</u>	<u>Ultraschalldiagnostik</u>	Zytologie
- davon nicht bestanden																								3		
Anzahl Erst-Mammographie-Prüfungen (Fallsammlung)																							53			
- davon bestanden																							37			
- davon nicht bestanden																							1			
Anzahl Erst-Dokumentations-Überprüfungen																			60							
davon bestanden																			40							
davon nicht bestanden																			20							
Überprüfung nach § 4 zur Schmerztherapievereinbarung																			23							
- davon bestanden																			23							
- davon nicht bestanden																			-							
Anzahl Ringversuche (der KV)																										
- davon bestanden																										
- davon nicht bestanden																										
Anzahl Patienten Substitutionsbehandlung																								584		
Anzahl Anträge Patienten LDL-Apherese/Apherese bei rheumatoider Arthritis												6/1														
- davon Genehmigungen												4/1														

Thema	- davon Ablehnungen	Anzahl Anträge Patienten	- davon Genehmigungen	- davon Ablehnungen	Anzahl Patienten insgesamt (31.12.2004)
ambulantes Operieren					
<u>Arthroskopische Untersuchungen</u>					
<u>Blutreinigungsverfahren</u>					2.181
<u>Chirotherapie</u>					
<u>Herzschrittmacher</u>					
<u>Invasive Kardiologie</u>					
<u>Kernspintomographie</u>					
<u>Koloskopie</u>					
<u>Künstliche Befruchtung</u>					
<u>Laboruntersuchungen</u>					
<u>Langzeit-EKG</u>					
<u>LDL-Elimination</u>		2/1			
<u>Onkologie-Vereinbarung</u>					
<u>Otoakustische Emmissionen</u>					
<u>Photodynamische Therapie</u>					
<u>Psychotherapie</u>					
<u>Med. Rehabilitation</u>					
<u>Schlafapnoe</u>					
<u>Schmerztherapie</u>					
<u>Sozialpsychiatrie</u>					
<u>Soziotherapie</u>					
<u>Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen</u>					
<u>Strahlendiagnostik/-therapie</u>					
<u>Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger</u>					392
<u>Ultraschalldiagnostik</u>					
Zytologie					

6.3 Arztstruktur

6.3.1 Arztstruktur (Stand 31.12.2004)

	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	1.328	0	1.328
Anästhesisten	42	19	61
Augenärzte	164	4	168
Chirurgen	114	44	158
davon Gefäßchirurgen	4	12	16
davon Kinderchirurgen	3	5	8
davon Plastische Chirurgen	3	1	4
davon Thoraxchirurgen	1	3	4
davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	0	1	1
davon Unfallchirurgen	16	11	27
davon Viszeralchirurgen	0	6	6
Dermatologen	103	6	109
Gynäkologen	264	45	309
HNO-Ärzte	117	5	122
davon Phoniater und Pädaudiologen	5	2	7
Internisten	448	108	556
davon Angiologen	4	4	8
davon Endokrinologen	2	2	4
davon Gastroenterologen	9	9	18
davon Hämatologen	1	1	2
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	6	6	12
davon Kardiologen	31	13	44
davon Nephrologen	34	2	36
davon Pneumologen	19	10	29
davon Rheumatologen	9	5	14
Kinderärzte	176	36	212
davon Kinderkardiologen	2	1	3
davon Neonatologen	1	4	5
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	2	0	2
Kinder- und Jugendpsychiater	5	2	7
Laborärzte	4	2	6
Lungenärzte	5	1	6
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	13	1	14
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	109	25	134
Neurochirurgen	6	2	8
Nuklearmediziner	15	3	18
Orthopäden	124	10	134
davon Rheumatologen	9	2	11
Pathologen	13	8	21
Psychotherapeuten - ärztlich	7	5	12
Psychotherapeuten - psychologisch	114	3	117
Radiologen / Diagnostische Radiologie	59	13	72
Urologen	73	8	81
übrige Arztgruppen	14	10	24
Summe	3.319	360	3.679

6.3.2 Arztstruktur (Stand 31.12.2005)

	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte	1.281	-	1.281
Anästhesisten	48	17	65
Augenärzte	160	4	164
Chirurgen	113	46	159
davon Gefäßchirurgen	4	12	16
davon Kinderchirurgen	3	4	7
davon Plastische Chirurgen	3	1	4
davon Thoraxchirurgen	1	3	4
davon Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	-	1	1
davon Unfallchirurgen	16	12	28
davon Viszeralchirurgen	-	8	8
Dermatologen	98	7	105
Gynäkologen	264	44	308
HNO-Ärzte	114	5	119
davon Phoniater und Pädaudiologen	5	2	7
Internisten	461	104	565
davon Angiologen	5	4	9
davon Endokrinologen	2	1	3
davon Gastroenterologen	11	9	20
davon Hämatologen	-	1	1
davon Hämatologen und Internistische Onkologen	8	10	18
davon Kardiologen	32	12	44
davon Nephrologen	35	2	37
davon Pneumologen	19	9	28
davon Rheumatologen	11	4	15
Kinderärzte	173	36	209
davon Kinderkardiologen	2	1	3
davon Neonatologen	2	4	6
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	2	1	3
Kinder- und Jugendpsychiater	4	3	7
Laborärzte	4	2	6
Lungenärzte	4	1	5
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	12	1	13
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	110	28	138
Neurochirurgen	6	4	10
Nuklearmediziner	14	3	17
Orthopäden	128	10	138
davon Rheumatologen	10	2	12
Pathologen	13	8	21
Psychotherapeuten - ärztlich	8	3	11
Psychotherapeuten - psychologisch	135	4	139
Radiologen / Diagnostische Radiologie	58	15	73
Urologen	73	10	83
übrige Arztgruppen	10	9	19
Summe	3295	365	3660

6.4 Weiterbildungen

Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte (einschließlich psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

6.4.1 Weiterbildungen (Stand 31.12.2004)

Bezeichnung		Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Allgemeinmedizin		Gebiet	1.094	0	1.094
	Klinische Geriatrie im Rahmen der Allgemeinmedizin	Fakultative Weiterbildung	0	0	0
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	5	0	5
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
Anästhesiologie		Gebiet	50	19	69
	Spezielle anästhesiologische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	4	1	5
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	0	0	0
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
Arbeitsmedizin		Gebiet	13	0	13
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	0	0	0
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
Augenheilkunde		Gebiet	164	4	168
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
Biochemie		Gebiet	0	1	1
Chirurgie		Gebiet	138	44	182
	Spezielle chirurgische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	0	0	0
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	Fachkunde	0	2	2
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
	Unfallchirurgie	Schwerpunkt	17	12	29
	Gefäßchirurgie	Schwerpunkt	4	14	18
	Plastische Chirurgie	Schwerpunkt	3	1	4
	Thoraxchirurgie	Schwerpunkt	1	3	4
	Kinderchirurgie	Schwerpunkt	0	3	3
	Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	Schwerpunkt	0	2	2
	Viszeralchirurgie	Schwerpunkt	0	7	7
Diagnostische Radiologie		Gebiet	18	4	22
	Magnet-Resonanz-Tomographie und -spektroskopie	Fachkunde	0	0	0
	Sonographie der weiblichen Genitalorgane	Fachkunde	0	0	0
	Sonographie der Brustdrüse	Fachkunde	1	0	1
	Sonographie der abdominalen und retroperitonealen Gefäße	Fachkunde	1	0	1
	Kinderradiologie	Schwerpunkt	0	1	1
	Neuroradiologie	Schwerpunkt	0	1	1
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		Gebiet	268	46	314
	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Fakultative Weiterbildung	0	2	2
	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Fakultative Weiterbildung	1	1	2

Bezeichnung		Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
	Spezielle operative Gynäkologie	Fakultative Weiterbildung	1	0	1
	Mammographie	Fachkunde	0	0	0
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	0	0	0
	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	Fachkunde	1	0	1
	Gynäkologische Aspirations- und Punktatzytologie	Fachkunde	0	0	0
	Sonographie der Brustdrüse	Fachkunde	0	0	0
	Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	Fachkunde	0	0	0
	Sonographie der Gefäße des Fetus	Fachkunde	0	0	0
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		Gebiet	118	5	123
	Spezielle Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie	Fakultative Weiterbildung	0	1	1
	Phoniatrie und Pädaudiologie	Schwerpunkt	4	1	5
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
Haut- und Geschlechtskrankheiten		Gebiet	105	6	111
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	1	0	1
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
	Dermatohistologie	Fachkunde	0	0	0
Herzchirurgie		Gebiet	0	1	1
	Thoraxchirurgie	Schwerpunkt	0	1	1
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
Humangenetik		Gebiet	4	2	6
	Zytogenetische Labordiagnostik	Fachkunde	0	0	0
	Molekulargenetische Labordiagnostik	Fachkunde	0	0	0
Hygiene und Umweltmedizin		Gebiet	10	0	10
Innere Medizin		Gebiet	468	112	580
	Klinische Geriatrie im Rahmen der Inneren Medizin	Fakultative Weiterbildung	2	0	2
	Spezielle internistische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	1	0	0
	Gastroenterologie	Schwerpunkt	9	11	20
	Kardiologie	Schwerpunkt	35	13	48
	Pneumologie	Schwerpunkt	21	11	32
	Endokrinologie	Schwerpunkt	5	2	7
	Nephrologie	Schwerpunkt	37	2	39
	Rheumatologie	Schwerpunkt	10	6	16
	Angiologie	Schwerpunkt	8	3	11
	Hämatologie und internistische Onkologie	Schwerpunkt	7	6	13
	Hämatologie	Schwerpunkt	5	4	9
	Diabetologie	Schwerpunkt	12	0	12
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	0	0	0
	Internistische Röntgendiagnostik	Fachkunde	2	0	2
	Echokardiographie	Fachkunde	2	0	2
	Bronchoskopie	Fachkunde	1	0	1
	Sigmoido-Koloskopie	Fachkunde	35	8	43
	Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße	Fachkunde	0	0	0
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
Kinderchirurgie		Gebiet	3	3	6

Bezeichnung		Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
	Sigmoido-Koloskopie	Fachkunde	0	0	0
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
Kinderheilkunde		Gebiet	238	35	273
	Spezielle pädiatrische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	0	0	0
	Kinderkardiologie	Schwerpunkt	4	1	5
	Neonatologie	Schwerpunkt	2	4	6
	Kinder- Lungen- und Bronchialheilkunde	Schwerpunkt	1	2	3
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut		Gebiet	2	0	2
Kinder- und Jugendpsychiatrie		Gebiet	9	3	12
Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie		Gebiet	1	0	1
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
Klinische Pharmakologie		Gebiet	0	0	0
Laboratoriumsmedizin		Gebiet	6	3	9
Lungen- und Bronchialheilkunde		Gebiet	8	1	9
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie		Gebiet	8	1	9
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		Gebiet	14	1	15
Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)		Gebiet	85	17	102
	Klinische Geriatrie im Rahmen der Nervenheilkunde	Fakultative Weiterbildung	0	0	0
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	2	0	2
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
Neurochirurgie		Gebiet	7	2	9
	Spezielle neurochirurgische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	0	0	0
Neurologie		Gebiet	11	4	15
	Spezielle neurologische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	1	0	1
	Klinische Geriatrie im Rahmen der Neurologie	Fakultative Weiterbildung	0	0	0
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	0	0	0
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
Neurologie und Psychiatrie		Gebiet	2	2	4
Neuropathologie		Gebiet	1	1	2
Nuklearmedizin		Gebiet	16	3	19
Öffentliches Gesundheitswesen		Gebiet	0	0	0
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
Orthopädie		Gebiet	125	10	135
	Spezielle orthopädische Chirurgie	Fakultative Weiterbildung	0	1	1
	Rheumatologie	Schwerpunkt	12	3	15
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
Pathologie		Gebiet	14	8	122
	Molekularpathologie	Fakultative Weiterbildung	0	0	0
	Neuropathologie	Schwerpunkt	1	0	1
Pharmakologie und Toxikologie		Gebiet	2	0	2

Bezeichnung		Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
	Klinische Pharmakologie	Schwerpunkt	0	0	0
Phoniatrie und Pädaudiologie		Gebiet	5	1	6
Physikalische und Rehabilitative Medizin		Gebiet	9	1	10
Plastische Chirurgie		Gebiet	1	0	1
	Spezielle plastisch-chirurgische Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung	0	0	0
Praktischer Arzt		Gebiet	53	0	53
Psychiatrie		Gebiet	17	3	20
Psychiatrie und Psychotherapie		Gebiet	7	4	11
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	0	1	1
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
Psychologischer Psychotherapeut		Gebiet	114	3	117
Psychotherapeutische Medizin		Gebiet	8	3	11
	Suchtmedizinische Grundversorgung	Fachkunde	0	0	0
	Verkehrsmedizinische Begutachtung	Fachkunde	0	0	0
Psychotherapie		Gebiet	1	3	4
Radiologie		Gebiet	39	9	48
	Strahlentherapie	Schwerpunkt	0	1	1
Radiologische Diagnostik		Gebiet	11	4	15
Strahlentherapie		Gebiet	2	4	6
Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik		Gebiet	0	1	1
Transfusionsmedizin		Gebiet	0	4	4
Urologie		Gebiet	76	8	84
	Spezielle urologische Chirurgie	Fakultative Weiterbildung	1	0	1
	Laboruntersuchungen	Fachkunde	0	0	0
	Ernährungsmedizin	Fachkunde	0	0	0
Zusatzbezeichnungen					
Allergologie			151	5	156
Arbeitsmedizin			0	0	0
Ärztliches Qualitätsmanagement			0	0	0
Balneologie und Medizinische Klimatologie			2	0	0
Betriebsmedizin			151	0	151
Bluttransfusionswesen			0	1	1
Chirotherapie			165	4	169
Flugmedizin			2	0	2
Handchirurgie			3	0	3
Homöopathie			60	0	60
Medizinische Genetik			0	0	0
Medizinische Informatik			0	0	0
Naturheilverfahren			71	1	72
Phlebologie			17	3	20
Physikalische Therapie			21	1	22
Plastische Operationen			6	4	10
Psychoanalyse			6	2	8
Psychotherapie			40	6	46
Qualitätsmanagement			0	0	0
Rehabilitationswesen			0	0	0
Rettungsmedizin			0	0	0
Sozialmedizin			2	0	2
Spezielle Schmerztherapie			16	3	19
Sportmedizin			46	3	49
Stimm- und Sprachstörungen			23	0	23
Transfusionsmedizin			0	0	0
Tropenmedizin			2	0	2
Umweltmedizin			18	2	20

6.4.2 Weiterbildungen (Stand 31.12.2005)

Die Sicherstellung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung umfasst alle Facharztgebiete und Weiterbildungsbereiche (einschließlich psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Für die KV Sachsen-Anhalt stellt sich dies wie folgt dar. (Darstellung nach Musterweiterbildungsordnung, Stand Januar 2006)

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Anästhesiologie	Gebiet	48	17	65
Anatomie*)	Gebiet	-	-	-
Arbeitsmedizin	Gebiet	-	-	-
Augenheilkunde	Gebiet	160	4	164
Biochemie*)	Gebiet	-	-	-
Chirurgie	Gebiet	113	46	159
Allgemeine Chirurgie	Facharztkompetenz	-	-	-
Gefäßchirurgie	Facharztkompetenz	-	-	-
Herzchirurgie*)	Facharztkompetenz	-	-	-
Kinderchirurgie	Facharztkompetenz	3	2	5
Orthopädie und Unfallchirurgie	Facharztkompetenz	-	-	-
Plastische und ästhetische Chirurgie	Facharztkompetenz	1	-	1
Thoraxchirurgie	Facharztkompetenz	-	-	-
Viszeralchirurgie	Facharztkompetenz	-	-	-
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gebiet	264	44	308
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Gynäkologische Onkologie	Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Spezielle operative Gynäkologie	Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Gebiet	114	5	119
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Facharztkompetenz	114	5	119
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	Facharztkompetenz	-	-	-
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Gebiet	99	7	106
Humangenetik	Gebiet	2	2	4
Hygiene und Umweltmedizin	Gebiet	-	-	-
Innere Medizin und Allgemeinmedizin	Gebiet	1514	105	1619
Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Facharztkompetenz	-	-	-
Innere Medizin und Angiologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Innere Medizin und Gastroenterologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Innere Medizin und Kardiologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Innere Medizin und Nephrologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Innere Medizin und Pneumologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Innere Medizin und Rheumatologie	Facharztkompetenz Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Kinder- und Jugendmedizin	Gebiet	173	36	209
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Kinder-Kardiologie	Schwerpunktkompetenz	2	1	3

Bezeichnung		Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
	Neonatologie	Schwerpunktkompetenz	2	4	6
	Neuropädiatrie	Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		Gebiet	4	3	7
Laboratoriumsmedizin		Gebiet	4	2	6
Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie		Gebiet	4	1	5
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie		Gebiet	12	1	13
Neurochirurgie		Gebiet	6	4	10
Neurologie		Gebiet	13	5	18
Öffentliches Gesundheitswesen*)		Gebiet	-	-	-
Pathologie		Gebiet	14	8	22
	Neuropathologie	Facharztkompetenz	1	1	2
	Pathologie	Facharztkompetenz	13	7	20
Pharmakologie		Gebiet	-	-	-
	Klinische Pharmakologie	Schwerpunktkompetenz	-	-	-
	Pharmakologie und Toxikologie	Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Physikalische und Rehabilitative Medizin		Gebiet	5	-	5
Physiologie		Gebiet	-	-	-
Psychiatrie und Psychotherapie		Gebiet	26	7	33
	Forensische Psychiatrie	Schwerpunktkompetenz	-	-	-
Radiologie		Gebiet	58	15	73
	Kinderradiologie	Schwerpunktkompetenz	-	1	1
	Neuroradiologie	Schwerpunktkompetenz	-	1	1
Rechtsmedizin*)		Gebiet	-	-	-
Strahlentherapie		Gebiet	1	3	4
Transfusionsmedizin		Gebiet	-	3	3
Urologie		Gebiet	73	10	83

*) nicht für die Vertragsärztliche Versorgung zutreffend

Zusatzweiterbildungen				
Ärztliches Qualitätsmanagement		-	-	-
Akupunktur		-	-	-
Allergologie		147	6	153
Andrologie		-	-	-
Betriebsmedizin		137	-	137
Dermatohistologie		-	-	-
Diabetologie		-	-	-
Flugmedizin		2	-	2
Geriatric		-	-	-
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie		-	-	-
Hämostaseologie		-	-	-
Handchirurgie		4	1	5
Homöopathie		67	-	67
Infektiologie		-	-	-
Intensivmedizin		-	-	-
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie		-	-	-
Kinder-Gastroenterologie		-	-	-
Kinder-Nephrologie		-	-	-
Kinder-Orthopädie		-	-	-
Kinder-Pneumologie		-	-	-
Kinder-Rheumatologie		-	-	-
Labordiagnostik-fachgebunden		-	-	-
Magnetresonanztomographie-fachgebunden		-	-	-
Manuelle Medizin/Chirotherapie		-	-	-
Medikamentöse Tumorthherapie		-	-	-

Bezeichnung	Art der Weiterbildung	Vertrags- ärzte	Ermächti- gungen	Summe
Medizinische Informatik		-	-	-
Naturheilverfahren		75	1	76
Notfallmedizin		-	-	-
Orthopädische Rheumatologie		-	-	-
Palliativmedizin		-	-	-
Phlebologie		17	3	20
Physikalische Therapie und Balneologie		-	-	-
Plastische Operationen		7	4	11
Proktologie		-	-	-
Psychoanalyse		7	2	9
Psychotherapie-fachgebunden		41	6	47
Schlafmedizin		-	-	-
Sozialmedizin		2	-	2
Spezielle Orthopädische Chirurgie		-	-	-
Spezielle Schmerztherapie		18	3	21
Spezielle Unfallmedizin		-	-	-
Sportmedizin		50	3	53
Suchtmedizinische Grundversorgung		-	-	-
Tropenmedizin		2	-	2
Umweltmedizin		19	1	20

6.5 Ansprechpartner für besondere Genehmigungen

Abteilungsleiterin	Frau Brumm	0391-627-6460
Sekretariat	Frau Reichenbach	0391-627-6459
Beratende Ärztin - Geschäftsstelle Qualitätssicherung - Qualitätszirkel - Pharmakotherapieberatung - G-BA-Richtlinien (Heil-, Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Krankentransport, chronisch Kranke) - Impfleistungsberatung	Frau Dr. Kunze	0391-627-6437
Beratender Arzt - Pharmakotherapieberatung - G-BA-Richtlinien (Heil-, Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, Krankentransport, chronisch Kranke) - Impfleistungsberatung - Koordinator onkologische Leitstelle - Berater neue Vertrags- u. Versorgungsformen (Praxisnetze, integrierte Versorgung)	Herr Buckisch	0391-627-6439
Sekretariat der Beratenden Ärzte	Frau Rößler	0391-627-6438
- Ultraschalldiagnostik im A + B-Mode-Verfahren - Doppler- u. Duplexsonographie der Gefäße - Echo-, Dopplerecho- und Belastungsechokardiographie - onkologisch verantwortlicher Arzt - Koloskopie	Frau Aernecke	0391-627-6441
- Labordiagnostik - ambulantes Operieren - Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung - humangenetische Leistungen - gynäkologische Zytologie - Urinzytologie - Schlafapnoe - Dermatohistologie - Photodynamische Therapie - DMP KHK - Hausarztzentrierte Versorgung	Frau Dressler	0391-627-6452
- DMP Diabetes mellitus Typ II - Hausarztzentrierte Versorgung - Belegärztliche Tätigkeit - Zweigsprechstunden	Frau Hahne	0391-627-7452
- substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger - Schutzimpfungen - Medizinische Rehabilitation	Frau Nitsche	0391-627-6440
- Dialyse - Langzeit-EKG-Untersuchungen	Frau Quicker	0391-627-7440

<ul style="list-style-type: none"> - Herzschrittmacher-Kontrolle - Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren - Asthmaschulung für Kinder 		
<ul style="list-style-type: none"> - Radiologie - Strahlentherapie - Nuklearmedizin - Kernspintomographie - Computertomographie - Mammographie - Mammographie-Screening - Schmerztherapie - Arthroskopie - invasive Kardiologie - Akupunktur/Homöopathie - extrakorporale Stoßwellenlithotripsie - Bestimmung der otoakustischen Emission - physikalische Therapie - Rückenschule (AOK) 	Frau Schönemeyer / Frau Münzel	0391-627-6444/ 0391-627-7444
<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsmanagement - Mammographie-Screening 	Frau Zimmermann	0391-627-7458