

Mitteilungen

Zu den Beschlüssen der 73. Sitzung des Bewertungsausschusses Teil A und Teil B

(schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 73. Sitzung zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten mit Wirkung ab 1. Juli 2002 den nachfolgend unter Teil A bekannt gegebenen Beschluss gefasst.

Teil B

Der Inhalt der Leistungsposition Nr. 16 EBM wird geändert. Für Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Onkologie“ bzw. „Rheumatologie“ sowie für Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung „Rheumatologie“ ist damit die Leistungsposition Nr. 16 EBM ab dem 1. 7. 2002 nicht mehr berechnungsfähig. Im Gegenzug werden entsprechend die Punktzahlen der Ordinationsgebühren für Ärzte mit den vorgenannten Schwerpunkten und dem Schwerpunkt Endokrinologie erhöht.

Zu den vertraglichen Änderungen des BMÄ und der E-GO

Teil C

Aufgrund der Änderungen bei der Ordinationsgebühr Nr. 1 des EBM sind die vertraglichen Regelungen zur Berechnung der Höhe der Punktzahlen für die Ordinationsgebühren in Gemeinschaftspraxen zu ändern. Die entsprechenden vertraglichen Änderungen werden nachfolgend in Teil C bekannt gegeben.

Zu den ergänzenden Abrechnungsregelungen

Teil D

Im Zusammenhang mit diesen Änderungen ist die Vereinbarung der ergänzenden

Abrechnungsregelungen zum EBM vom Dezember 1995 unter 4 a zu ergänzen. Nach diesen ergänzenden Abrechnungsregelungen können die KVen auch Ärzten, die nicht berechtigt sind, den Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“ zu führen, die aber nach der Onkologie-Vereinbarung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die Genehmigung zur Abrechnung der Nr. 16 einräumen. Die jetzigen Änderungen der Leistungslegende zu Nr. 16 machen eine Klarstellung zu den Abrechnungsregelungen 4a erforderlich, da es nach wie vor den KVen ermöglicht werden soll, Ärzten, die im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die Abrechnungsmöglichkeit der Nr. 16 einzuräumen.

Für Internisten mit dem Schwerpunkt „Hämatologie und internistische Onkologie“ gilt dies nicht, da für diese Gruppe der Ausschluss der Berechnungsmöglichkeit der Nr. 16 durch eine Höherbewertung der Ordinationsgebühr kompensiert wird.

Zu den Beschlüssen der 74. Sitzung des Bewertungsausschusses Teil A, Teil B und Teil C

(schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

Der Bewertungsausschuss hat in der 74. Sitzung die Leistungspositionen des EBM zur Berechnung von Dialyseleistungen geändert. Damit im Zusammenhang ist auch eine Änderung der Nr. 16 EBM erforderlich, die damit ab dem 1. 7. 2002 für Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ nicht mehr berechnungsfähig ist.

Teil B

In der 74. Sitzung hat der Bewertungsausschuss – ebenfalls in schriftlicher Beschlussfassung – Änderungen des EBM zur Berechnung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung beschlossen. Die Änderungen wurden erforderlich, weil ab dem 1. 7. 2002 auch die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) als Leistung der gesetzli-

chen Krankenkassen zu berücksichtigen ist.

Teil C

Zur Leistungslegende zu Nr. 451 EBM wird ein früherer fehlerhafter Beschluss korrigiert. In der ursprünglichen Beschlussfassung zum 1. 7. 1996 zu Nr. 451 EBM hatte der Bewertungsausschuss die Leistungslegende zu Nr. 451 mit „Lokal- oder Leitungsanästhesie“ beschlossen. Dieser Terminus wurde redaktionell korrigiert in „Infiltrations- oder Leitungsanästhesie“ und in dieser Fassung auch in die KBV-Dienstaufgabe des EBM übernommen. Da für diese Änderung bislang keine Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vorliegt und die unterschiedlichen Legendierungen Gegenstand von Gerichtsverfahren sind, ist der unter Teil C beigelegte Beschluss erforderlich.

Zu den vertraglichen Änderungen des BMÄ und der E-GO

Im Zusammenhang mit den Änderungen zur Berechnung von Dialyseleistungen nach dem EBM werden die Pauschalentstattungen für die Sach- und Dienstleistungen bei der Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren neu geregelt. Diese Änderungen werden parallel von den Vertragspartnern auf Bundesebene (Spitzenverbände der Krankenkassen und KBV) beschlossen. Die vertraglichen Änderungen werden ebenfalls bekannt gegeben.

Zu der Aufhebung von Interpretationsbeschlüssen

Außerdem hat der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 215. Sitzung die Interpretationsbeschlüsse Nrn. 40 und 54, mit Wirkung ab 1. 7. 2002, aufgehoben. Die Aufhebung dieser Interpretationsbeschlüsse ist im Zusammenhang mit den Änderungen der Leistungspositionen und deren Leistungsinhalte zur Berechnung künstlicher Befruchtungen erforderlich. □

Bekanntmachungen

Beschluss**zur Beschlussfassung gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V
durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in der 73. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

Beschluss nach § 85 Abs. 4 a SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

**Teil A
mit Wirkung zum 1. Juli 2002****Vorbemerkung**

Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V sind im Honorarverteilungsmaßstab durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Regelungen zur Vergütung der Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und -therapeuten zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Hierzu hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 62. Sitzung am 16. Februar 2000 sowie in seiner 65. Sitzung mit Wirkung zum 1. Januar 2001 Regelungen gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V mit Wirkung ab dem Jahr 2000 beschlossen. Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2002 beschließt der Bewertungsausschuss wie folgt:

1. Aufhebung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses der 62. Sitzung vom 16. Februar 2000 (amtliche Bekanntmachung: DÄ 97, Heft 9, A-555) und der 65. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, amtliche Bekanntmachung: DÄ 97, Heft 48, A-3291) zur angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses der 62. Sitzung vom 16. Februar 2000 (amtliche Bekanntmachung: DÄ 97, Heft 9, A-555) und der 65. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, amtliche Bekanntmachung: DÄ 97, Heft 48, A-3291) zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V werden unter Berücksichtigung des nachfolgenden Beschlusses mit Wirkung zum 30. Juni 2002 aufgehoben.

2. Beschluss nach § 85 Abs. 4 a SGB V zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der 73. Sitzung**(schriftliche Beschlussfassung) mit Wirkung zum 1. Juli 2002****2.1 Angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen**

2.1.1 Die angemessene Höhe der Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen des Abschnittes G IV. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ist abhängig von der Umsatz- und Ertragsentwicklung im gesamten vertragsärztlichen Bereich. Damit kann die Höhe des festzusetzenden Mindestpunktwertes für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnittes G IV. des EBM eines ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes beziehungsweise -therapeuten ebenfalls nur in Abhängigkeit von der Ertrags- und Umsatzsituation im gesamten vertragsärztlichen Bereich festgelegt werden. Hierzu bezieht sich der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf die vergleichbare Ertrags- und Umsatzsituation der Gesamtheit der Vertragsärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V.

2.2 Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung mithilfe eines regionalen Mindestpunktwertes für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnittes G IV. des EBM ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten.¹⁾

2.2.1 Die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen gemäß § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V (GKV-GR 2000) einen Mindestpunktwert fest, der sich wie folgt mit Wirkung ab dem 1. Juli 2002 errechnet.

2.2.2 Die Definition des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes beziehungsweise -therapeuten ergibt sich aus den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien für die psychotherapeutische Versorgung.

2.2.3 Zur Höhe der Betriebsausgaben eines ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes bzw. -therapeuten wird ein bundesweit einheitlicher Betrag von 28 100,- € festgesetzt.

2.2.4 Für die Ermittlung des Vergleichsertrages, der um die Auswirkun-

gen der Honorarverteilung bereinigt wird, benötigen die Kassenärztlichen Vereinigungen nachfolgende Datengrundlagen:

- Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der Praxisbudgets) aller an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V teilnehmenden Ärzte und Therapeuten, in 2000, alle abrechnenden Ärzte²⁾, aller Leistungsarten, ohne Leistungsbedarf aus belegärztlicher Behandlung, ohne Leistungsbedarf aus Kapitel U, ohne Dialysesachkosten, ohne Leistungsbedarf aus gesondert regional vereinbarten Leistungen und ohne Leistungsbedarf Kapitel O

(= LB₁)

- Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf aus antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnittes G IV. des EBM, der in 2000 von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und -therapeuten erbracht wurde³⁾

(= LB₂)

- Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der Praxisbudgets) je Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V, die in der Auflistung der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B, des EBM aufgeführt ist, jedoch ohne die Arztgruppen Nervenärzte, Ärzte für Neurologie und Psychiatrie⁴⁾, Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psycho-

¹⁾ Die Inhalte der nachfolgenden Regelungen entsprechen teilweise den Regelungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und Therapeuten vom 16. Februar 2000 (amtliche Bekanntmachung DÄ 97, Heft 9, A-555).

²⁾ Auch ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institutionen; dabei sind nur solche Ärzte zu berücksichtigen, die vier Quartale im Jahr an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

³⁾ Der Leistungsbedarf aus den antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnittes G IV. des EBM der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und Therapeuten entspricht dem Leistungsbedarf, für den die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 85 Abs. 4 SGB V die angemessene Höhe der Vergütung in 2000 festgelegt hat.

⁴⁾ Die Gebietsbezeichnung „Ärzte für Neurologie und Psychiatrie“ wird aufgrund des früher gültigen Weiterbildungsrechts auch heute noch von einigen Ärzten geführt. Diese Bezeichnung entspricht heute dem Gebiet „Nervenarzt“.

therapie, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (i = Augenärzte, Anästhesisten, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Neurologen, Orthopäden und Urologen), in 2000, alle abrechnenden Ärzte der Arztgruppe, alle Leistungsarten, ohne Leistungsbedarf aus belegärztlicher Behandlung, ohne Leistungsbedarf Kapitel U, ohne Dialysesachkosten, ohne Leistungsbedarf aus gesondert regional vereinbarten Leistungen und ohne Leistungsbedarf Kapitel O dieser Arztgruppen

$$(\text{= } LB_{3i})$$

– Der GKV-Umsatz in € des Jahres 2000 derjenigen Ärzte und Leistungen, der dem LB_1 entspricht

$$(\text{= } UMS_1)$$

– Der GKV-Umsatz in € des Jahres 2000 derjenigen Ärzte und Leistungen, der dem LB_2 entspricht

$$(\text{= } UMS_2)$$

– Übernahme des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes in Prozent derjenigen Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V, die in der Auflistung der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B, aufgeführt sind, jedoch ohne die Arztgruppen Nervenärzte, Ärzte für Neurologie und Psychiatrie⁴, Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (i = Augenärzte, Anästhesisten, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Neurologen, Orthopäden und Urologen)

$$(\text{= } BA_i)$$

– Der von der Kassenärztlichen Vereinigung für die Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts G IV. des EBM der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und -therapeuten in 2000 im Honorarverteilungsmaßstab festgelegte Punktwert in €

$$(\text{= } PW_{GIV2000})$$

– Die Anzahl aller abrechnenden Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V derjenigen Arztgruppen, die in der Auflis-

stung der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B, des EBM aufgeführt sind, jedoch ohne die Arztgruppen Nervenärzte, Ärzte für Neurologie und Psychiatrie⁴, Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte, Psychologischer Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Ermittlung der Anzahl der Augenärzte, Anästhesisten, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Neurologen, Orthopäden und Urologen), in 2000

$$(\text{= } ANZ)$$

Der Vergleichsertrag wird iterativ wie nachfolgend berechnet:

Schritt 1

Ermittlung eines von HVM-Bestimmungen bereinigten Punktwertes in € für Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs ohne antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts G IV. des EBM

$$PW_{FA} = \frac{UMS_1 - UMS_2}{LB_1 - LB_2}$$

Schritt 2

Ermittlung des GKV-Umsatzes in € aller Ärzte einer Arztgruppe mit Praxisbudget, je Arztgruppe

$$UMS_{3i} = LB_{3i} * PW_{FA}$$

Schritt 3

Ermittlung des GKV-Ertrages in € aller Ärzte einer Arztgruppe mit Praxisbudget, je Arztgruppe

$$E_i = UMS_{3i} - \frac{BA_i}{100} * UMS_{3i}$$

Schritt 4

Ermittlung des durchschnittlichen GKV-Ertrages in € aller Ärzte der Arztgruppen mit Praxisbudget

$$E = \frac{1}{ANZ} * \sum_{i=1}^9 E_i$$

Schritt 5

Ermittlung des vorläufigen Sollpunktwertes in € für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts G IV. des EBM

$$PW_{GIV2002} = \frac{28100 + E}{2244600}$$

Schritt 6

Ermittlung des fiktiven Umsatzes in € aus antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts G IV. des EBM in 2002

$$UMS_{2002} = UMS_2 * \frac{PW_{GIV2002}}{PW_{GIV2000}}$$

Schritt 7

Ermittlung eines fiktiven von HVM-Bestimmungen bereinigten Punktwertes in € für Leistungen der fachärztlichen Versorgung ohne antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts G IV. des EBM in 2002

$$PW_{FA} = \frac{UMS_1 - UMS_{2002}}{LB_1 - LB_2}$$

Schritt 8 bis 10

Ermittlung des Vergleichsertrages in €

Wiederholung der Schritte 2 bis 4 unter Verwendung des Punktwertes aus Schritt 7

Das Ergebnis aus Schritt 10 stellt den Vergleichsertrag dar.

2.2.5 Die Kassenärztliche Vereinigung ermittelt den Soll-Umsatz eines ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes bzw. -therapeuten aus der Addition des Vergleichsertrages gemäß 2.2.4 mit den Betriebsausgaben gemäß 2.2.3.

2.2.6 Der Mindestpunktwert ergibt sich aus der Division des Soll-Umsatzes gemäß 2.2.5 durch einen fiktiven Leistungsbedarf in Höhe von 2 244 600 Punkten.

2.2.7 Dieser so festgelegte Mindestpunktwert gilt nur für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts G IV. des EBM bis zu einer Höhe von insgesamt 561 150 Punkten je Quartal und Arzt für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte und -therapeuten.

3. In-Kraft-Treten und Gültigkeit

3.1 Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2002 in Kraft. Die Vertragspartner im Bewertungsausschuss werden die Auswirkungen dieses Beschlusses sorgfältig analysieren und gegebenenfalls zeitgerecht Korrekturen vornehmen. □

Beschluss

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungs- ausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in der 73. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil B

mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Änderungen von Legenden und Bewertungen der Leistung nach der Nr. 1

1 Ordinationsgebühren, je Behandlungsfall

Versichertengruppe

	M/F	Rentner
...		
Dermatologen	195	265

Fachärztliche Internisten
mit Schwerpunkt
Rheumatologie und/
oder Endokrinologie,
Orthopäden mit Schwer-
punkt Rheumatologie

585	740
-----	-----

Fachärztliche Internisten
mit Schwerpunkt Häma-
tologie und internistische
Onkologie

495	700
-----	-----

Fachärztliche Internisten
ohne oder mit nicht vorge-
nanntem Schwerpunkt

235	300
-----	-----

Kinderärzte	285	285
-------------	-----	-----

Ärzte für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psycho-
therapie

60	110
----	-----

...

Orthopäden ohne oder mit
nicht vorgeanntem Schwer-
punkt, Ärzte für Physikalische
und Rehabilitative
Medizin

315	510
-----	-----

...

2. Änderung der ersten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 2

Unbeschadet der Allgemeinen Be-
stimmungen B 5. können Ärzte aus nicht
in Nr. 2 aufgeführten Arztgruppen –
einschließlich ermächtigter Kranken-
hausärzte – unabhängig von ihrer Ge-
biets- und/oder Schwerpunktbezeich-

nung die Nr. 2 jeweils nur in den Fällen
abrechnen, in denen während des gesam-
ten Behandlungsfalles nur telefonische
Arzt-Patienten-Kontakte als alleinige
Leistungen stattgefunden haben oder in
denen sie im Behandlungsfall allein Auf-
tragsleistungen mit persönlichem Arzt-
Patienten-Kontakt erbracht haben.

3. Änderung der 5. Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 2

Ermächtigte Krankenhausärzte gelten
unabhängig von ihrer Gebiets- und/oder
Schwerpunktbezeichnung als eigene Arzt-
gruppe entsprechend der Regelung zur
Ordinationsgebühr nach Nr. 1.

4. Änderung der Leistungslegende zu der Nr. 16

16* Kontinuierliche Betreuung eines
dialysepflichtigen Patienten durch
einen Internisten mit der Schwer-
punktbezeichnung „Nephrologie“
oder
eines Patienten mit Mukoviszidose-
Erkrankung durch einen Internisten
mit der Schwerpunktbezeichnung
„Pneumologie“ oder durch einen
Kinderarzt,
einmal im Behandlungsfall 900

□

Beschluss

zu vertraglichen Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch die Partner der Bundesmantelverträge bzw. AG Ärzte/Ersatzkassen

Teil C

mit Wirkung zum 1. Juli 2002

Anmerkung: Teil C ist nicht Bestandteil
der Beschlussvorlage für den Bewer-
tungsausschuss, sondern wird getrennt im
schriftlichen Beschlussverfahren durch
die Vertragspartner beschlossen.

1. Änderung der ersten vertraglichen Anmerkungen zur Leistung nach der Nr. 1

Bei Gemeinschaftspraxen wird die
Höhe der Ordinationsgebühr als arithme-
tischer Mittelwert der Ordinationsge-
bühren der beteiligten Ärzte, zuzüglich ei-
nes prozentualen Aufschlages von

– 10 % für Gemeinschaftspraxen zwi-
schen Hausärzten (Allgemeinärzten, Prak-
tischen Ärzten, Hausärztlichen Interni-

sten, Hausärztlichen Kinderärzten) oder
Fachärzten derselben Gebiets- und/oder
Schwerpunktbezeichnung

– 5 % je Fachgruppe bei Gemein-
schaftspraxen zwischen Fachärzten ver-
schiedener Gebiets- und/oder Schwer-
punktbezeichnungen, maximal 35 %

– 5 % je Fachgruppe bei Gemein-
schaftspraxen zwischen Fachärzten und
Hausärzten (die beteiligten Hausärzte
zählen insgesamt als eine Fachgruppe),
maximal 35 %

errechnet.

2. Änderung der dritten vertraglichen Anmerkung zur Leistung nach der Nr. 1

Für einen Arzt, der seine vertragsärzt-
liche Tätigkeit unter mehreren Gebiets-
und/oder Schwerpunktbezeichnungen
ausübt, wird die Höhe der Ordinations-
gebühr als arithmetischer Mittelwert der
Ordinationsgebühren der in Nr. 1 aufge-
führten Arztgruppen errechnet. □

Beschluss

zu vertraglichen Vereinbarungen zur Abrechnung von Leistungen nach dem BMÄ bzw. der E-GO

Teil D

mit Wirkung zum 1. Juli 2002

Anmerkung: Teil D ist nicht Bestandteil
der Beschlussvorlage für den Bewer-
tungsausschuss, sondern wird getrennt im
schriftlichen Beschlussverfahren durch
die Vertragspartner beschlossen.

Zu 4 a (Abrechnungsregelungen)

Mit der Neuaufnahme einer eigenen
Ordinationsgebühr Nr. 1 für Internisten
mit dem Schwerpunkt „Hämatologie und
Internistische Onkologie“ und mit der ent-
sprechenden gleichzeitigen Änderung der
Leistungslegende zu Nr. 16 EBM ist für
Internisten mit dieser Schwerpunktbe-
zeichnung die Nr. 16 EBM nicht mehr be-
rechnungsfähig, und zwar auch dann,
wenn eine Teilnahme an der vertragsärzt-
lichen Versorgung nach der „Onkologie-
Vereinbarung“ vorliegt.

Die Voraussetzungen zur Genehmi-
gung der Abrechnung der Leistungsposi-
tion Nr. 16 EBM für Ärzte anderer Fach-
richtungen beziehungsweise mit anderen
Schwerpunkten bleiben gemäß den er-
gänzenden Vereinbarungen 4 a (Abrech-
nungsregelungen) davon unberührt. □

Beschluss

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in der 74. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 16

16* Kontinuierliche Betreuung eines Patienten mit Mukoviszidose-Erkrankung durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“ oder durch einen Kinderarzt, einmal im Behandlungsfall 900

2. Neufassung des Abschnitts F V.

Nephrologie (Dialyse)

Die Konsultationsgebühr nach Nr. 2 sowie die Gebühr nach Nr. 6 sind neben den Leistungen des Abschnitts F V. nicht berechnungsfähig.

790* Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer dauerhaften endogenen Kreatinin-Clearance unter 20 ml/min oder mit nephrotischem Syndrom, einschließlich Aufklärung über und gegebenenfalls Eintragung und Vorbereitung in ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm, gegebenenfalls einschließlich Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en), durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder einen Vertragsarzt, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, einmal im Behandlungsfall 560

791* Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers einschließlich Kontrolle der Transplantatfunktionen und Überwachung des spezifischen Therapieschemas, gegebenenfalls einschließlich Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en), einmal im Behandlungsfall 560

792* Kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder einen Vertragsarzt, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, einmal im Behandlungsfall 560

Die Leistung nach der Nr. 792 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 790 und 791 berechnungsfähig.

793* Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- bzw. Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschließlich Sondervverfahren (zum Beispiel Hämodifiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V), je Dialysetag 400

794* Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse bei Durchführung von CAPD oder CCPD, je Dialysetag 200

795* Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 793 und 794 für die Durchführung einer Trainingsdialyse, je vollendeter Trainingswoche 600
Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens drei Hämodialysetage oder sieben Peritonealdialysetage.

796* Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, je Apherese 400
Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 793, 794, 795 und 796 setzt eine Genehmigung der Kasernenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreini-

gungsverfahren und/oder zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Der Leistungsumfang der Leistungen nach den Nrn. 793 und 796 bei Durchführung einer Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder LDL-Apherese schließt die ständige Anwesenheit des Arztes ein. Der Leistungsumfang der Nr. 793 bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse sowie der Nrn. 794 und 795 schließt die ständige Bereitschaft des Arztes ein. Aus den in den Abschnitten B I. bis B IV. aufgeführten Leistungen sind neben den Leistungen nach den Nrn. 793 bis 796 nur die Leistungen nach den Nrn. 1, 5 und 26 berechnungsfähig.

Die Leistungen nach Kapitel C sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung handelt, nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 793 bis 796 berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nrn. 720 und 721 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 793 bis 796 in demselben Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Leistungen nach den Nrn. 3513, 3514, 3669, 3670 bzw. 3671, 3680, 3694, 3695, 3696, 3700 und 3822 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Leistungen nach der Nr. 794 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Leistung nach Nr. 3511. □

Beschluss

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in der 74. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil B

mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B, 5.

J Nrn. 1018 bis 1040, 1042, 1044, 1045
1181, 1182, 1184 bis 1186, 1188, 1190,
1192, 1194 bis 1199

2. Streichung der Leistung nach der Nr. 1186 aus dem Zuschlagskatalog nach der Nr. 81,

Streichung der Leistung nach der Nr. 1187
aus dem Zuschlagskatalog nach der Nr. 85

3. Änderung der Überschrift des Kapitels J

J Gynäkologie, Geburtshilfe und Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

4. Einfügung eines Abschnittes I. im Kapitel J vor der Leistung nach der Nr. 1018

I. Gynäkologie und Geburtshilfe

5. Einfügung eines Abschnittes II. im Kapitel J vor der Leistung nach der Nr. 1180

II. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

6. Aufnahme einer Präambel zu Abschnitt J.II.

Die Leistungen nach den Nrn. 1182, 1185 bis 1195 sind für zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen berechnungsfähig, die eine Genehmigung gemäß § 121 a SGB V nachweisen können.

Die Leistung nach der Nr. 1180 ist nur für Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind sowie von solchen anderen Ärzten berechnungsfähig, die über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügen. Darüber hinaus ist für die Berechnung der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung notwendig. Ferner ist die Leistung nach der Nr. 1180 nicht von dem Arzt berechnungsfähig, der die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchführt.

Die Leistung nach der Nr. 1181 ist nur von solchen Ärzten berechnungsfähig, die zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind.

Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 1182, 1185 bis 1195 setzt eine Genehmigung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung voraus.

Die Leistungen nach den Nrn. 1196 bis 1199 sind nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Humangenetik und/oder von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.

Der Zyklusfall umfasst den 1. bis 28. Zyklustag für Patientinnen mit endogen gesteuertem Zyklus (Spontanzyklus) bzw. vom 1. Stimulationstag bis 14 Tage nach der Eizellentnahme für Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus.

Der Reproduktionsfall umfasst die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung abrechnungsfähigen Zyklusfälle.

Die in den Anmerkungen zu den Leistungen angegebene Höchstzahl abrechnungsfähiger Zyklen kann nur überschritten werden, wenn eine Genehmigung nach Nr. 8 der Richtlinien über künstliche Befruchtung durch die zuständige Krankenkasse vorliegt. Diese ist der Abrechnung beizufügen.

Für die Leistung nach der Nr. 1180 ist die Krankenkasse der Ehefrau, für die Leistungen nach den Nrn. 1184, 1196, 1197, 1198 und 1199 die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig.

Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, kön-

nen neben der Leistung nach der Nr. 1184 im Behandlungsfall nur die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6 und den HIV-Antikörpernachweis auf dem Behandlungsausweis des Ehemannes berechnen. Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechtigt sind, können zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 1196 bis 1199 berechnen.

In den Leistungen nach den Nrn. 1188 bis 1195 sind alle zur Durchführung erforderlichen Leistungen des behandelnden Arztes und alle von ihm in diesem Zusammenhang veranlassten Leistungen enthalten, mit Ausnahme derjenigen nach 12.1, 12.2 und 12.6 der Richtlinien über künstliche Befruchtung und mit Ausnahme der Kosten für Arzneimittel.

Die Leistungen nach den Nrn. 1188 bis 1195 und deren Leistungsbestandteile können im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem Arzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sind.

Die Leistungen nach den Nrn. 1188, 1190, 1194 und 1195 sind nicht berechnungsfähig, wenn zur Eizellgewinnung ein stationärer Aufenthalt von mehr als zwei Tagen Dauer erfolgt.

Die im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn. 1194 und 1195 erbrachten Leistungen dieses Abschnitts, Anästhesien/Narkosen, Punktionen/Biopsien zur Gewinnung von Spermien, ggf. auch Freilegung des Hodens/Nebenhodens, einschl. der Zuschläge und die laboratoriumsmedizinischen Leistungen gemäß 12.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung werden nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen gekennzeichnet.

7. Änderung der Leistungslegende der Leistung nach der Nr. 1180

1180 Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung einschließlich einer Bescheinigung nach Nr. 15, einmal im Reproduktionsfall 300

8. Änderung der Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1180

Die Leistung nach der Nr. 1180 ist im Reproduktionsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 1181 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1180 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 berechnungsfähig.

9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1181

1181* Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus, ohne Poly-

ovulation (drei oder mehr Follikel) gemäß Nr. 10.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, ggf. einschl. Ovulationstimung, einmal im Zyklusfall 250

10. Neuaufnahme zweier Anmerkungen hinter Leistung nach der Nr. 1181

Die Leistung nach der Nr. 1181 ist im Reproduktionsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1181 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1182, 1188, 1190, 1192, 1194 und 1195 berechnungsfähig.

11. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung der Leistung nach der Nr. 1182

1182* Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel) gemäß Nr. 10.2 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, ggf. einschl. Ovulationstimung, einmal im Zyklusfall 450

12. Neuaufnahme zweier Anmerkungen hinter Leistung nach der Nr. 1182

Die Leistung nach der Nr. 1182 ist im Reproduktionsfall höchstens sechsmal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1182 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1181, 1188, 1190, 1192, 1194 und 1195 berechnungsfähig.

13. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung der Leistung nach der Nr. 1184

1184* Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermias gemäß Nr. 12.2 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, Aufbereitung und Kapazitation, einmal im Behandlungsfall 400

14. Änderung der Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 1184

Die Leistung nach der Nr. 1184 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach Nr. 3950 berechnungsfähig.

15. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1185

1185* Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 1186 bei ambulanter Durchführung 1200

16. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung der Leistung nach der Nr. 1186

1186* Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zur

künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, gegebenenfalls einschließlich Zusammenführung von Ei- und Spermienzellen, mikroskopischer Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4), ggf. einschließlich intratubarer Transfer bei Maßnahmen nach Nr. 10.4, einmal im Zyklusfall . . 1400

17. Neuaufnahme zweier Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1186

Die Leistung nach der Nr. 1186 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach Nr. 10.4 höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1186 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388 und 398 berechnungsfähig.

18. Streichung der Leistungspositionen Nr. 1187

19. Änderung der Leistungslegende der Leistung nach der Nr. 1188

1188* In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschließlich aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschließlich der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall . . . 20250

20. Neuaufnahme dreier Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1188

Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach 10.3 höchstens viermal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1190 und 1192 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels O berechnungsfähig.

21. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 1190

1190* Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1188 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, einmal im Zyklusfall 17250

22. Streichung der ersten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 1190 und Neuaufnahme von zwei Anmerkungen

Die Leistung nach der Nr. 1190 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1188 und 1192 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1190 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels O berechnungsfähig.

23. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 1192

1192* Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1188 bzw. 1194 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom 1. Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs, einmal im Zyklusfall . . 4500

24. Änderung der Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 1192

Die Leistung nach der Nr. 1192 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1188 und 1190 berechnungsfähig.

25. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1194

1194* In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschließlich intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschließlich aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, ggf. einschließlich der Beratungen nach Nr. 16, einschließlich der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall 28610

26. Neuaufnahme dreier Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1194

Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach 10.5 höchstens viermal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Zyklusfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 1195 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1190, 1192, 1195 und – mit

Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels O berechnungsfähig.

27. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1195

1195* Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) einschließlich intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1194 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, einmal im Zyklusfall 24730

28. Neuaufnahme von zwei Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1195

Die Leistung nach der Nr. 1195 ist im Zyklusfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 1194 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1195 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1190, 1192, 1194 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels O berechnungsfähig.

29. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1196

1196* Humangenetische Abklärung im Zusammenhang mit Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung eines Verdachts auf genetisches und/oder teratogenes Risiko mit Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten einschließlich einer detaillierten Analyse des Stammbaums und abschließender Beratung, ggf. in mehreren Sitzungen. Abfassung einer schriftlichen wissenschaftlich begründeten humangenetischen Stellungnahme, im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5, einmal im Reproduktionsfall 320

30. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1197

1197* Ausführliches schriftliches wissenschaftlich begründetes humangenetisches Gutachten auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen und gegebenenfalls Bilddokumente und/oder auf der Grundlage von Ergebnissen zyto- und/oder molekulargenetischer Untersuchungen im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einmal im Reproduktionsfall . . 640

31. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1198

1198* Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko mit Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten und detaillierter Analyse des Stammbaums über mindestens drei Generationen, ggf. in mehreren Sitzungen, ggf. einschließlich körperlicher Untersuchung, Quantifizierung des Risikos durch Einbeziehung der Ergebnisse weitergehender (zum Beispiel zyto- und/oder molekulargenetischer) Untersuchungen und/oder durch Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten. Abfassung eines wissenschaftlich begründeten humangenetischen Gutachtens, ggf. einschließlich einer zusätzlichen schriftlichen Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n), einmal im Reproduktionsfall 2560

32. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 1198

Die Leistungen nach den Nrn. 1196 bis 1198 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 74, 75, 171 bis 173 berechnungsfähig. Sie sind im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.

33. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1199

1199* Chromosomenanalyse aus Lymphozyten einschließlich vorangegangener Kultivierung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einmal im Reproduktionsfall 3500

Beschluss

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in der 74. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil C
mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 451

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 47. Sitzung am 13. Juni 1996 die Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 451 in den EBM beschlossen (Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 26 vom 28. Juni 1996).

Die amtliche Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt enthielt einen redaktionellen Fehler in der Leistungslegende zu Nr. 451. Anstelle der Formulierung „Lokal- oder Leitungsanästhesie . . .“ – hätte der Bewertungsausschuss die Legende zu Nr. 451 mit dem Wortlaut „Infiltrations- oder Leitungsanästhesie . . .“ beschließen müssen.

Mit dem jetzigen Beschluss des Bewertungsausschusses wird die Beschlussfassung aus der 47. Sitzung vom 13. Juni 1996 mit Wirkung zum 1. 7. 2002 entsprechend korrigiert.

2. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 2960

2960* Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facettendenervation), je Bewegungssegment 700

3. Aufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 2960

Interventionelle Maßnahmen, die nachweislich eine Denervation der kleinen Wirbelgelenke je Bewegungssegment bewirken, sind nach Nr. 2960 abzurechnen. □

7270* Pauschalerstattung für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration), je Behandlungswoche, bis

zum 30. 6. 2003 580,00 €
ab dem 1. 7. 2003 bis zum 31. 12. 2003 550,00 €
ab dem 1. 1. 2004 520,00 €

Die Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 7270 und 7273 enthalten alle Sachkosten, einschließlich Dialysegerät, Dialysator, Schlauchsysteme, Infusionslösungen, am Dialysetag verabreichte Heparine, Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen sowie Sprechstundenbedarf. Nicht enthalten sind die Kosten für Arzneimittel, insbesondere Erythropoetin, Vitamin- oder Mineralstoffpräparate. Die Allgemeinen Bestimmungen A.I., Teil A, 4. finden keine Anwendung. Die Berechnung der Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 7270 und 7273 setzen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigerungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis mit dieser Regelung vergleichbare niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen vereinbart haben, werden diese Vereinbarungen so lange fortgeführt, wie sie den in Nr. 7270 zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Betrag unterschreiten.

Wird im Rahmen einer Feriendialyse während des Ferienaufenthaltes am Ferienort nur eine Hämodialyse abgerechnet, sind 40 % der Höhe der Pauschalerstattung nach der Nr. 7270 berechnungsfähig. Die Leistung ist nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.

7271* Zuschlag zu der Pauschalerstattung nach der Nr. 7270 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Hepatitis B oder Hepatitis C, mit HIV-Infektion, mit MRSA-Infektion) . . 30,00 €

7272* Zuschlag zu der Pauschalerstattung nach der Nr. 7270 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD) 300,00 €

7273* Pauschalerstattung für Sachkosten bei der Durchführung von Dialysen entsprechend der Leistung nach der Nr. 7270 für die Dialyse bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, je Behandlungswoche 830,00 €

Beschluss

zu vertraglichen Änderungen des Kapitels U des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch die Partner der Bundesmantelverträge bzw. AG Ärzte/Ersatzkassen mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Neuaufnahme eines 5. Abschnitts in das Kapitel U**5. Pauschalerstattung für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigerungsverfahren**

Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der ein überwiegender Anteil der wöchentlichen Dialysen (das heißt zwei von drei Hämodialysetagen oder vier von sieben Peritonealdialysetagen) durchgeführt wurde.

Beschlüsse

des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses in der 215. Sitzung vom 19. 3. 2002:

1. Aufhebung des Interpretationsbeschlusses Nr. 40 mit Wirkung zum 1. Juli 2002
2. Aufhebung des Interpretationsbeschlusses Nr. 54 mit Wirkung zum 1. Juli 2002

Hinweis:

Sowohl die Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses (73. und 74. Sitzung) als auch die damit zusammenhängenden vertraglichen Änderungen des BMÄ und der E-GO befinden sich im schriftlichen Unterschriftenverfahren.

Die Bekanntgabe erfolgt somit vorbehaltlich der endgültigen Unterzeichnung durch die jeweiligen Vertragspartner und vorbehaltlich der entsprechenden Änderungen der Richtlinien beziehungsweise der vertraglichen Vereinbarungen.

Anmerkung:

Im Zusammenhang mit den EBM-Änderungen, insbesondere im Zusammenhang mit der Aufnahme der neuen Leistungen, werden Bundesempfehlungen zur Vergütung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossen.

Weiterhin sind entsprechende ergänzende Änderungen der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren, der Bundesmantelverträge und der Richtlinien über künstliche Befruchtung erforderlich.

Diese Änderungen werden in Kürze in einer der nächsten Ausgaben des Deutschen Ärzteblattes bekannt gegeben. □

ren gelten muss. Ob dieser, in andere Gesundheitssystemen realisierte Nutzen auch im spezifischen Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung realisiert werden kann, ist Gegenstand von drei Modellversuchen, die in Bremen, Wiesbaden und Weser-Ems schon begonnen wurden und in Kürze um mindestens eine weitere Region ausgedehnt werden. Die Zwischenergebnisse dieser Modellregionen werden zeitnah ausgewertet und dienen der Vorbereitung für eine flächendeckende Früherkennung, mit deren Einführung ab 2003 gerechnet wird. Wie die Modellversuche soll das flächendeckende Früherkennungsprogramm die strengen, ständig aktualisierten Europäischen Leitlinien zur Brustkrebsfrüherkennung erfüllen. Eine kontinuierliche Evaluation ist integraler Bestandteil des Programms.

So genannte kurative Mammographie

Für die Diagnostik des Mammakarzinoms stehen zahlreiche diagnostische Verfahren zur Verfügung, wobei als Goldstandard der bildgebenden Verfahren nach wie vor die Mammographie gilt. Obwohl seit Jahrzehnten in die Gesetzliche Krankenversicherung eingeführt, gilt das Potenzial dieser Untersuchungsmethode noch nicht als ausgeschöpft, mit anderen Worten: der Nutzen der Mammographie kann weiter optimiert werden, und dies bei gleichzeitiger Reduzierung der mit der Durchführung verbundenen Risiken (insb. Strahlungsbelastung, falschnegative und falschpositive Befunde).

Unter kurativer Mammographie (in Abgrenzung zur Screening-Mammographie) wird die Röntgenuntersuchung der Brust bei Patienten mit abklärungsbedürftigem Verdacht verstanden, wobei dieser Verdacht nicht immer ein Karzinom begründen muss, sondern auch andere krankhafte Veränderungen der Brustdrüse zum Inhalt haben kann. Eine Mammographie ist deshalb dann in der Vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähig, wenn sich aus der Anamnese, den Beschwerden und/oder der klinischen Untersuchung ein konkreter Verdacht auf eine Erkrankung der Brust ergibt. Erwähnt werden sollte, dass Brustkrebserkrankungen in der unmittelbaren Verwandtschaft (1. Grades) der Patientin ebenfalls die Durchführung einer „kurativen“ Mammographie begründen können.

Die Nutzenmaximierung der Mammographie lässt sich in erster Linie durch eine suffiziente Qualitätssicherung erreichen. Qualitätssichernde Maßnahmen sind keineswegs neu und sind bereits seit längerer Zeit etabliert. Beispielsweise wird durch die bestehende Qualitätssicherungsver-

Mitteilungen

Aktuelle Maßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Früherkennung und Diagnose von Brustkrebs

Einleitung

Wie kaum ein anderes Thema dominiert die Diskussion um die potenzielle Reduktion der Brustkrebsmortalität moderne Gesundheitssysteme. Dieses Ziel wird durch die Optimierung der folgenden drei Bereiche angestrebt: Früherkennung, Diagnostik (sog. „kurative Mammographie“) und Therapie des Mammakarzinoms. In allen drei Feldern werden in der Gesetzlichen Krankenversicherung weitreichende Änderungen in Angriff genommen, über die hier berichtet werden soll.

Früherkennung

Früherkennungsuntersuchungen wenden sich an Gesunde, weshalb hier besonders hohe Ansprüche an den Nutzen unter gleichzeitiger Berücksichtigung der immer gleichzeitig vorhandenen Risiken zu fordern sind.

Seit den siebziger Jahren haben alle gesetzlich versicherten Frauen Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherken-

nung von Brustkrebs (Palpation der Brust). Diese umfasst im Gegensatz zu vielen anderen modernen Gesundheitssystemen nicht die Mammographie, und dies, obwohl diese wie kaum eine andere diagnostische Methode in randomisierten, kontrollierten Screeningstudien mit relevanten Outcomeparametern untersucht wurde. Auch wenn in jüngster Zweifel an der Validität der zugrunde liegenden Studien hinsichtlich der erzielten Mortalitätsreduktion geäußert wurden, so zeigen diese und weitere Untersuchungen, dass durch eine schlüssig organisierte Verknüpfung von frühzeitigem Erkennen und leitliniengestützter, standardisierter Therapie bestehende Ressourcen zielgerichteter eingesetzt und Patientinnen ihrer Krankheit entsprechend angemessener (nämlich frühzeitiger, schneller und erfolgsversprechender) behandelt werden können. Die Erfahrungen in den bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screening-Programmen in Europa verdeutlichen, dass als eine Kernvoraussetzung für zu erzielenden Erfolge die Einrichtung von selbststeuernden, interdisziplinär und intersektoral arbeitenden Ablaufstruktu-

einbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie der Zugang zur Abrechnung von Mammographieleistungen geregelt, durch die Röntgenverordnung sind Geräteanforderungen und der Umgang mit der Mammographie definiert (beispielsweise Vermeidung von Doppeluntersuchungen). Diese Maßnahmen sind essenziell für eine qualitätsgesicherte Mammographie, reichen jedoch vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Untersuchungen und den Erfahrungen anderer Gesundheitssysteme alleine nicht mehr aus. Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge haben deshalb stringente Qualitätssicherungsregelungen vereinbart (siehe nachfolgende Bekanntmachung „Änderungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V“), die innovative Elemente wie die Rezertifizierung und die kontinuierliche Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen. Wesentlich ist dabei auch, dass bei Nichterfüllen der vorgegebenen Kriterien die Abrechnungsgenehmigung entzogen wird.

Folgende Hauptinterventionen sollen insbesondere die Qualifikation des beurteilenden Arztes auf hohem Niveau halten und über Feedback Mechanismen zur kontinuierlichen Weiterbildung beitragen:

1. Eingangsprüfung

Alle Ärzte, gleich welcher Fachrichtung, die durch die Weiterbildungsordnung zur Durchführung und Befundung von Mammographien berechtigt sind, und die künftig Mammographien zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen wollen, müssen sich einer Eingangsprüfung unterziehen. Diese besteht aus der Beurteilung einer Fallsammlung aus 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen, die eine definierte Anzahl benignen und malignen Befunde enthält und die für jeden Arzt aus einem Pool von 800 Aufnahmen zusammengestellt wird („Prüfsammlung“). Die Prüfung erfolgt in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, wobei höchstens 7 falschpositive und 2 falschnegative Befunde zulässig sind. Wird diese Eingangsprüfung nicht bestanden, so ist eine Abrechnung der Leistung innerhalb der GKV nicht möglich. Dieser Prüfung müssen sich auch diejenigen Ärzte unterziehen, die bereits in der vertragsärztlichen Versorgung mammographisch tätig sind.

2. Kontinuierliche „Rezertifizierung“

Jedes Jahr muss sich der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende, mammographierende Arzt zu seiner Fortbildung einer Selbstüberprüfung unterziehen, die im alternierenden Wechsel

in der Arztpraxis und in der Kassenärztlichen Vereinigung stattfindet. Grundlage ist die Beurteilung einer Fallsammlung von Mammographieaufnahmen („Fortbildungssammlung“), die dem Arzt vorgelegt wird. Entspricht das Ergebnis der Selbstüberprüfung nicht den vorgegebenen Kriterien, kann eine Nachqualifikation nach definierten Kriterien erfolgen (u. a. Besuch von geeigneten Fortbildungen, Wiederholung der Prüfung mit einer neuen Auswahl von Aufnahmen). Wird auch diese nicht bestanden, verliert der Arzt seine Abrechnungserlaubnis für Mammographien innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Stichprobenkontrollen

Jeder teilnehmende Arzt ist verpflichtet, stichprobenartig Aufnahmen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung zu stellen. Die Überprüfungen umfassen die Indikationsstellung und die diagnostische Bildqualität einschließlich der Einstelltechnik. Entsprechen diese Aufnahmen nicht prospektiv festgelegten und dem Arzt bekannten Qualitätskriterien, so findet zunächst eine Beratung statt. Führt dies nicht zu entsprechenden Verbesserungen, so wird die Abrechnungsgenehmigung entzogen.

4. Dokumentation

Die Dokumentation der Mammographie hat in standardisierter und nachvollziehbarer Weise zu erfolgen.

5. Kontinuierliche Evaluation

Die kontinuierliche Evaluation der Maßnahmen erfolgt durch die Planungsstelle „Mammographiescreening“. Nur durch das ständige Hinterfragen und Beurteilen der in Kraft gesetzten Vereinbarung kann sichergestellt werden, dass das Ziel einer in ihrem Nutzen deutlich gesteigerten Mammographie realisiert werden kann.

Diese Maßnahmen werden zum 1. 4. 2002 in Kraft gesetzt. Zusätzlich wird derzeit durch die Partner der Bundesmantelverträge erneut geprüft, ob die bestehenden Anforderungen an die apparative Ausstattung von Mammographiegeräten noch dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen oder ggf. Anpassungen erforderlich sind.

Weitere diagnostische Maßnahmen

Zahlreiche Verfahren wurden neben der Mammographie entwickelt, um pathologische Veränderungen der Brustdrüse bildgebend darzustellen. Während sich die Xerographie und die Thermographie nicht durchsetzen konnten, hat sich der Ultra-

schall als fester Bestandteil einer umfassenden Abklärung der Brust etabliert. Nach sorgfältiger Überprüfung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen jetzt auch die Kernspintomographie der weiblichen Brust zugelassen. Seit 1. 10. 2001 kann diese Untersuchungsmethode bei Patientinnen nach karzinombedingter, brusterhaltender Operation und bei Patientinnen mit histologisch gesichertem Mammakarzinom ohne bekannten Primärherd (sog. CUP-Syndrom) zulasten der GKV durchgeführt werden. Die Einführung wurde von der Veröffentlichung stringenter qualitätssichernder Maßnahmen begleitet, die unter anderem eine Frequenzregelung, die obligate Dokumentation der Histologie (bei bioptischer Abklärung des Befundes), die ausgewiesene Spezialisierung auf die bildgebende Diagnostik der Brust und eine Indikationssicherung umfassen. Damit steht gerade bei oft schwierigen Befundkonstellationen aufgrund narbiger Veränderungen nach Operation und Bestrahlung eine weitere, nicht invasive Diagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung.

Künftige Perspektiven

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung kommt der Bekämpfung des Brustkrebses eine prioritäre Bedeutung zu, was nicht zuletzt entsprechenden Ausdruck in der Umsetzung der geschilderten, kostenintensiven Maßnahmen findet. Diese Maßnahmen können nur Teil einer ständigen Weiterentwicklung sein, die sowohl neue wissenschaftliche Erkenntnisse beispielsweise aus der Versorgungsforschung oder technische Neuerungen kontinuierlich berücksichtigen muss. Dazu gehören auch die Bereiche der Patienteninformationen und der psychosozialen Versorgung, die bislang nur vereinzelt und selten aufeinander abgestimmt im Rahmen der GKV aufgegriffen wurden. Mit der Entwicklung der digitalen Mammographie steht die nächste Innovation vor der Einführung, deren sinnvolle, evidenzbasierte Einbettung in die bestehenden Maßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung die Abstimmung aller beteiligten Leistungs- und Kostenträger erfordert. Nicht zuletzt diese drängenden Beispiele zeigen, dass die bedarfsgerechte, dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung gesetzlich Krankenversicherter Gegenstand kontinuierlicher Bemühungen sein muss, die, dem Patientinnenwohl verpflichtet, unabhängig von Medienaufmerksamkeit, finanziellem und politischem Interesse verfolgt werden. □

Bekanntmachungen

Änderungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Teil I: Änderungen des bestehenden Vereinbarungstextes
(Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, Anlage 3 BMV/EKV)

§ 6 (Mammographie) wird wie folgt ergänzt:

(4) Ärzte, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung beantragen, müssen über den Nachweis der fachlichen Befähigung nach Abs. 1 oder Abs. 2 sowie Abs. 3 hinaus an der Beurteilung der Fallsammlung nach Anlage IV, Abschnitt 1 erfolgreich teilgenommen haben. Abs. 3 bleibt unberührt.

(5) Für Ärzte, denen eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erteilt worden ist, bestehen folgende Auflagen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung:

a) Verpflichtung zur Teilnahme an der Selbsterprüfung nach Anlage IV, Abschnitt 2.

b) Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach Anlage IV, Abschnitt 3.

Zu § 14:

- Die Worte „§ 14 Genehmigungsverfahren“ werden durch die Worte „§ 14 Genehmigung und Widerruf“ ersetzt.
- In § 14 (Genehmigungsverfahren) Abs. 1 wird folgender Satz angefügt: „Die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen ist zu widerrufen, wenn der Arzt die Auflagen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung gemäß § 6 Abs. 5 nicht erfüllt.“

Teil II: Einführung einer Anlage IV: Beurteilung von Mammographieaufnahmen, Auflagen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung sowie Anforderungen an die Dokumentation

Abschnitt 1

Beurteilung von Mammographieaufnahmen

§ 1

Antragstellung

(1) Ärzte, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erstmals beantragen, erhalten die Genehmigung gemäß § 6 Abs. 4 der Vereinbarung nur dann, wenn sie die geforderte Anzahl von Mammographieaufnahmen der Fallsammlung zutreffend beurteilt haben. Die übrigen Anforderungen an den Nachweis zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen bleiben unberührt.

(2) Die Teilnahme an der Beurteilung der Mammographieaufnahmen ist bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung formlos zu beantragen. Die Zulassung zur Teilnahme erfolgt erst, wenn der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 6 Abs. 1 bis 3 der Vereinbarung erbracht wurde.

§ 2

Fallsammlung

(1) Die zu beurteilenden Mammographieaufnahmen werden in Form einer Fallsammlung vorgelegt. Es dürfen nur Fallsammlungen verwendet werden, welche die in den Absätzen 2 bis 5 festgelegten Anforderungen erfüllen und bei welchen die Planungsstelle „Mammographie-Screening“ bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (nachfolgend „Planungsstelle“ genannt) die Erfüllung dieser Anforderungen bestätigt hat.

(2) Die Sammlung besteht aus 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen). Bei den pathologischen Befunden in den Mammographieaufnahmen soll es sich um radiologisch kleine bösartige oder gutartige Veränderungen handeln, bei denen keine klinischen Symptome im Bereich der Mamma (z. B. Tastbefund, Beschwerden) bestanden haben. Mammographieaufnahmen von Patientinnen, bei denen klinische Symptome vorlagen, dürfen nur ausnahmsweise enthalten sein.

(3) Die Sammlung muss 20 bis 29 Karzinome oder deren Vorstufen enthalten. Bei 18 bis 27 Frauen müssen die bösartigen Veränderungen einseitig und bei mindestens einer Frau beidseitig sein. In den übrigen Fällen (ohne Karzinomverdacht) müssen drei bis sieben Fälle mit gutartigen Veränderungen enthalten sein.

(4) Die radiologisch auffälligen Befunde müssen histologisch gesichert sein. Bei Fällen ohne einen radiologischen Befund muss vor Aufnahme in die Fallsammlung eine weitere Mammographie circa zwei Jahre nach der Erstuntersuchung durchgeführt worden sein, welche ebenfalls keine bösartigen oder gutartigen Veränderungen aufgewiesen hat. Sowohl bei den bösartigen als auch bei den gutartigen Veränderungen sollen in der Mammographieaufnahme typische radiologische Merkmale auf die jeweilige Erkrankung hinweisen. Sowohl die bösartigen als auch die gutartigen Veränderungen müssen in beiden Ebenen erkennbar sein.

(5) Die Röntgenbilder werden in der Fallsammlung als Kopie vorgelegt und müssen technisch einwandfrei sein. Sie dürfen im Hinblick auf die Zuordnung nach § 3 Abs. 3 keine unklaren Fälle beinhalten.

(6) Der Kassenärztlichen Vereinigung wird für jede Prüfung eine Fallsammlung zur Verfügung gestellt. Nach Abschluss der Prüfung und Mitteilung der Ergebnisse an die Teilnehmer wird die Fallsammlung an die Planungsstelle zurückgegeben, variiert und für weitere Prüfungen zur Verfügung gestellt. Dabei sind durch die Planungsstelle Fälle nach dem Zufallsprinzip auszutauschen.

(7) Die Planungsstelle muss mindestens 600 Mammographieaufnahmen von 150 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen) vorhalten. Ein Teil dieser Mammographieaufnahmen ist in regelmäßigen Abständen auszutauschen. Das Nähere zur Variation der Fallsammlung nach Abs. 6 und zum regelmäßigen Austausch von Fällen nach Satz 1 legt die Planungsstelle fest.

§ 3

Durchführung und Bestehenskriterien

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt dem Teilnehmer für die Beurteilung der Mammographieaufnahmen einen geeigneten Lichtkasten (mindestens 2 000 Candela/m² und Iris-Anbauleuchte) und einen Beurteilungsbogen zur Verfügung. Der zu verwendende Beurteilungsbogen wird von der Planungsstelle entwickelt und den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt. Für die Beurteilung der Fallsammlung hat der Teilnehmer selbst eine geeignete Lupe bereitzuhalten.

(2) Die Beurteilung der Mammographieaufnahmen hat durch den Teilnehmer selbstständig und ohne weitere Hilfen zu erfolgen. Für die Beurteilung stehen dem Teilnehmer maximal sechs Stunden zur Verfügung. Während der Beurteilung soll mindestens ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung anwesend sein.

(3) Die Beurteilung der Mammographieaufnahmen ist wie folgt zu treffen:

- a) Mammographisch unauffällig oder Verdacht auf gutartige Veränderungen
- b) Verdacht auf bösartige Veränderungen

Die Beurteilung hat für die linke und rechte Mamma getrennt zu erfolgen.

(4) Die Teilnahme an der Beurteilung war erfolgreich, wenn die Sensitivität und die Spezifität jeweils mindestens 90 % betragen hat sowie höchstens sieben falsche, davon höchstens zwei falschnegative Beurteilungen erfolgt sind.

(5) War die Teilnahme an der Beurteilung nicht erfolgreich, kann der Antrag auf eine erneute Teilnahme frühestens nach drei Monaten an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gerichtet werden.

(6) Die Kassenärztliche Vereinigung informiert den Arzt über das Ergebnis der Beurteilung der Fallsammlung.

§ 4

Fortbildungskurse

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bieten den Ärzten, die an der Beurteilung der Fallsammlung teilnehmen wollen, zur Vorbereitung darauf Fortbildungskurse an. Für die Inhalte und Durchführung der Kurse wird empfohlen:

a) Die Kurse sollen unter der Leitung eines in der Mammographie fachkundigen Arztes durchgeführt werden, der mindestens die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllt.

b) Die Kurse sollen einen theoretischen und einen praktischen Teil beinhalten und aus insgesamt mindestens 2 × 8 Stunden bestehen.

c) Im theoretischen Teil sollen die prüfungsrelevanten Grundlagen in der Mammographie wiederholt werden.

d) Der praktische Teil soll anhand von Mammographieaufnahmen erfolgen. Für höchstens drei Teilnehmer soll jeweils ein Schaukasten zur Verfügung stehen.

e) Die Teilnehmerzahl der Kurse soll 60 nicht überschreiten. Für jeweils 30 Teilnehmer soll mindestens ein in der Mammographie fachkundiger Arzt zur Verfügung stehen.

f) Für die Ärzte soll grundsätzlich die Möglichkeit bestehen, auch mehrere Kurse hintereinander zu besuchen.

Abschnitt 2

Verfahren zur Fortbildung durch kontrollierte Selbstüberprüfung

§ 5

Beurteilung von Mammographieaufnahmen

(1) Ärzte, denen eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen erteilt worden ist, sind verpflichtet, sich weiterhin an einem Verfahren zur Selbstüberprüfung zu beteiligen. Dieses Verfahren kann nicht durch andere Maßnahmen, z. B. der Fortbildung oder der Teilnahme an Qualitätszirkeln, ersetzt werden. Abs. 9 bleibt unberührt.

(2) Die Selbstüberprüfung erfolgt anhand ausgewählter Mammographieaufnahmen, welche von der Planungsstelle gemäß § 2 Abs. 1, die hierzu von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragt ist, dem Arzt bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt werden. Die Planungsstelle hat die Aufgabe, die technischen und organisatorischen Voraussetzungen für die Selbstüberprüfung zu schaffen sowie die Durchführung konsiliarisch zu begleiten. Die mit der Mammadiagnostik befassen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände sind auf Antrag, der an die Planungsstelle zu richten ist, an der fachlichen Vorbereitung und organisatorischen Durchführung des Selbstüberprüfungsverfahrens zu beteiligen.

(3) Bei der Zusammenstellung der Fälle soll das Spektrum der mammographisch relevanten Erkrankungen und das zu treffende radiologische Entscheidungsspektrum berücksichtigt werden. Die bösartigen Befunde müssen histologisch gesichert sein. Die Röntgenbilder, die in Kopie (Röntgenfilme, gegebenenfalls andere geeignete Medien) zur Verfügung gestellt werden, müssen technisch einwandfrei sein. Die Auswahl obliegt der Planungsstelle.

(4) Die Planungsstelle muss mindestens 2 000 Mammographieaufnahmen von 500 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen) vorhalten. Ein Teil dieser Mammographieaufnahmen ist in regelmäßigen Abständen auszutauschen. Die Fälle, welche dem Arzt nach Abs. 6 einerseits und der Kassenärztlichen Vereinigung nach Abs. 7 andererseits zur Verfügung gestellt werden, dürfen nicht identisch sein. Jeder Kassenärztlichen Vereinigung bzw. jedem Arzt ist eine variierte Fallsammlung zur Verfügung zu stellen.

Das Nähere zum regelmäßigen Austausch von Fällen und zur Variation der Fallsammlung legt die Planungsstelle fest.

(5) Die Selbstüberprüfung ist in jährlichen Abständen durchzuführen, davon jedes zweite Jahr bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Selbstüberprüfungen, welche zwischen dem 10. und 14. Monat nach der letzten erfolgreichen Teilnahme an der Selbstüberprüfung erfolgt sind und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in diesem Zeitraum nachgewiesen wurden, werden anerkannt. Die Teilnahme an der Selbstüberprüfung nach Abs. 6 ist durch die Vorlage der von der Planungsstelle ausgestellten Bescheinigung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Wird der Nachweis über die Teilnahme an der Selbstüberprüfung gemäß Sätzen 1 bis 3 nicht geführt, wird die weitere Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht. Abs. 8 gilt entsprechend.

(6) Für die Durchführung der Selbstüberprüfung beim Arzt gilt Folgendes:

a) Der Arzt meldet sich zur Selbstüberprüfung bei der Planungsstelle an. Dem Arzt werden 400 Mammographieaufnahmen von 100 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen), welche von der Planungsstelle innerhalb von 8 Wochen nach Anmeldung zur Verfügung gestellt werden sollen, zur Beurteilung vorgelegt.

b) Der Arzt teilt der Planungsstelle seine Beurteilungen innerhalb der von ihr vorgegebenen Zeit mit. Die Planungsstelle wertet die Beurteilungen aus und informiert den Arzt zeitnah über die Ergebnisse. Sie teilt dem Arzt mit, worin ggf. die Mängel bestanden haben, und macht ihm als kollegiale Beratung Vorschläge, wie diese behoben werden können. Dem Arzt ist ausreichend Gelegenheit zu geben, die abweichenden Beurteilungen anhand der entsprechenden Mammographieaufnahmen nachzuvollziehen. Darüber hinaus stellt sie dem Arzt auf dessen Wunsch hin Mammographieaufnahmen unter Berücksichtigung der erkannten Mängel zur Verfügung.

c) Die Planungsstelle stellt dem Arzt über die Teilnahme und die Ergebnisse der Selbstüberprüfung eine schriftliche Bescheinigung aus. Der Arzt übersendet der Kassenärztlichen Vereinigung die Bescheinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung wertet die Bescheinigung aus und stellt fest, ob das Ergebnis den Anforderungen der Selbstüberprüfung genügt. Soweit in erheblichem Ausmaß wiederholt nicht zutreffende Beurteilungen* er-

* Definition dieser Kriterien siehe Übergangsregelungen (§ 9 Abs. 5)

folgt sind, fordert die Kassenärztliche Vereinigung den Arzt innerhalb von vier Wochen auf, an einem Kolloquium innerhalb von drei Monaten teilzunehmen.

(7) Für die Durchführung der Selbstüberprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung gilt Folgendes:

a) Der Arzt meldet sich zur Selbstüberprüfung an. Die Selbstüberprüfung soll innerhalb von acht Wochen nach der Anmeldung erfolgen. Dem Arzt werden 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen), welche der Kassenärztlichen Vereinigung von der Planungsstelle zur Verfügung gestellt wurden, zur Beurteilung vorgelegt. Für die Beurteilung stehen dem Arzt maximal sechs Stunden zur Verfügung.

b) Die Kassenärztliche Vereinigung wertet die Beurteilungen aus und informiert den Arzt zeitnah über die Ergebnisse. Sie teilt dem Arzt mit, worin gegebenenfalls die Mängel bestanden haben und macht ihm als kollegiale Beratung Vorschläge, wie diese behoben werden können. Dem Arzt ist ausreichend Gelegenheit zu geben, die abweichenden Beurteilungen anhand der entsprechenden Mammographieaufnahmen nachzuvollziehen. Darüber hinaus stellt sie dem Arzt auf dessen Wunsch hin Mammographieaufnahmen unter Berücksichtigung der erkannten Mängel zur Verfügung.

c) Soweit mehr als eine bestimmte Anzahl von falsch positiven und falsch negativen Beurteilungen* erfolgt sind, hat der Arzt innerhalb von acht Wochen weitere 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen) zu beurteilen. Die nicht zutreffenden Beurteilungen nach Satz 1 und nach Buchstabe a) werden zu einem Ergebnis zusammengefasst. Buchstaben a) und b) gelten entsprechend.

d) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt fest, ob das Ergebnis nach Buchstabe c) Satz 2 den Anforderungen der Selbstüberprüfung genügt. Soweit in erheblichem Ausmaß wiederholt nicht zutreffende Beurteilungen* erfolgt sind, fordert die Kassenärztliche Vereinigung den Arzt innerhalb von vier Wochen auf, an einem Kolloquium innerhalb von drei Monaten teilzunehmen.

(8) Im Rahmen des nach Abs. 6 Buchstabe c) oder Abs. 7 Buchstabe d) erforderlichen Kolloquiums werden dem Arzt 80 Mammographieaufnahmen von 20 Patientinnen (beide Mammae in jeweils zwei Ebenen) zur Beurteilung vorgelegt. Mindestens die Hälfte dieser Mammographieaufnahmen sind von der zuständi-

gen Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung aus den von der Planungsstelle zur Selbstüberprüfung vorgesehenen Mammographieaufnahmen auszuwählen. Kann der Arzt im Kolloquium seine fachliche Qualifikation in der Mammographie nicht ausreichend belegen, ist wie folgt zu verfahren:

a) Der Arzt ist verpflichtet, an Fortbildungskursen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind, teilzunehmen.

b) Nach Abschluss der Fortbildungskurse ist die erneute Teilnahme an einem Kolloquium zu beantragen. Dieser Antrag ist innerhalb von vier Monaten nach der Mitteilung über die erfolglose Teilnahme an dem vorangegangenen Kolloquium zu stellen. Die Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an den Fortbildungskursen nach Buchstabe a) ist mit dem Antrag vorzulegen.

c) Hat der Arzt die Bescheinigung über die Teilnahme an den Fortbildungskursen nach Buchstabe a) nicht vorgelegt oder war die Teilnahme an dem Kolloquium wiederum erfolglos, ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung mit der Mitteilung über die erfolglose Teilnahme zu widerrufen.

d) Nach Widerruf der Genehmigung kann der Arzt frühestens nach Ablauf von sechs Monaten einen Antrag auf eine erneute Teilnahme an dem Kolloquium stellen. Ist dann die Teilnahme an diesem Kolloquium erfolgreich, erteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Wird der Antrag nach Satz 1 innerhalb von 12 Monaten nach dem Widerruf der Abrechnungsgenehmigung gestellt, müssen die Voraussetzungen nach § 6 Absätze 1 bis 4 der Vereinbarung nicht nachgewiesen werden.

(9) Der Nachweis über die Teilnahme an der Selbstüberprüfung nach Abs. 6 wird auch dann anerkannt, wenn diese nicht durch die Planungsstelle durchgeführt wurde. Voraussetzung ist, dass sie im Rahmen einer Qualitätssicherungsmaßnahme seitens der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder Berufsverbände sowie der Ärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen erworben wurde und die Selbstüberprüfung gemäß diesem Abschnitt gleichwertig ist.

(10) Die Gleichwertigkeit gilt als gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Verwendung einer von der Planungsstelle anerkannten Fallsammlung. Jedem Arzt ist eine variierte Fallsammlung zur Verfügung zu stellen.

b) Selbstständige und individuelle Beurteilung der Fallsammlung durch jeden an der Beurteilung teilnehmenden Arzt

c) Auswertung der Beurteilungsergebnisse und Ausstellen der Bescheinigung darüber im Einvernehmen mit der Planungsstelle. In der Bescheinigung muss insbesondere in geeigneter Weise dargelegt werden, wie die jeweiligen Fallsammlungen variiert werden.

Die der Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegte Bescheinigung ist von der Kassenärztlichen Vereinigung der Planungsstelle zum Zweck der Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahme (§ 7) als Kopie zur Verfügung zu stellen.

Abschnitt 3

Dokumentationen

§ 6

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation

(1) Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation umfasst die Qualität der mammographischen Untersuchung mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Indikationsstellung und Befundung.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung fordert vom Arzt innerhalb von 18 Monaten nach In-Kraft-Treten der Vereinbarung die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen 20 abgerechneter Mammographien von zehn Patientinnen (beide Mammae in jeweils beiden Ebenen) an. Bei Ärzten, die nach dem In-Kraft-Treten der Vereinbarung eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen erteilt bekommen haben, erfolgt die erstmalige Anforderung der Dokumentationen innerhalb von sechs Monaten. Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation des Arztes muss spätestens 24 Monate nach der erfolgreichen Teilnahme an der letzten Überprüfung wiederholt werden.

(3) Die Auswahl der Dokumentationen erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage der Abrechnungsunterlagen unter Angabe des Namens der Patientin und des Tages der durchgeführten Mammographie. Der Zeitraum zwischen der Anforderung der Dokumentation und dem Tage, an dem die Mammographie durchgeführt worden ist, soll in der Regel vier Monate nicht überschreiten.

(4) Aus den vorgelegten Mammographie-dokumentationen muss hervorgehen:

- a) Anamnese
- b) Indikation zur Mammographie
- c) Klinischer Untersuchungsbefund

* Definition dieser Kriterien siehe Übergangsregelungen (§ 9 Abs. 5)

d) Aufnahmetechnische Bedingungen (z. B. Aufnahmespannung, Empfindlichkeit des Film-Folien-Systems)

e) Beschreibung der auffälligen Bildinhalte

f) Lokalisation des Befundes (Distanz zur Mamille in mm, Winkel nach dem Uhrzeigerprinzip) und seine Ausdehnung

g) Die Befundung ist nach folgendem Schema vorzunehmen:

1. Unauffällig

(Anm.: Es liegen keine Merkmale vor, die auf eine benigne oder maligne Veränderung hinweisen.)

2. Benigner Befund

(Anm.: Die Veränderung weist typische benigne Merkmale auf.)

3. Wahrscheinlich benigner Befund

(Anm.: Die Veränderung ist mit hoher Wahrscheinlichkeit benigne, aber ein Karzinom ist nicht auszuschließen.)

4. Suspekter Veränderung

(Anm.: Die Veränderung weist keine typischen malignen Merkmale auf, aber ein Karzinom ist nicht auszuschließen.)

5. Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund

(Anm.: Die Veränderung weist typische maligne Merkmale auf.)

h) Ergebnisse der durchgeführten Zusatzuntersuchungen (Mammasonographie, Spezialaufnahmen, Kernspintomographie, zytologische/histologische Untersuchung).

i) Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

(5) Die Beurteilung der schriftlichen und bildlichen Dokumentation erfolgt einerseits je Aufnahme, soweit es die Parameter der Bildqualität betrifft, sowie andererseits je Mamma, soweit es die Schlüssigkeit der Indikationsstellung, der Mammographiebilder und der Befundung betrifft:

Stufe I: (regelgerecht)

1. Brustparenchym vollständig abgebildet:

1.1 Medio-lateral schräge Aufnahme (MLO)

– Pektoralismuskel relaxiert und bis in Höhe der Mamille abgebildet (Posterior-Nipple-Line, „a“ = PNL „a“)

– Pektoralismuskel im richtigen Winkel ($> 20^\circ$)

– Mamille im Profil abgebildet (Kriterium nicht anwendbar, wenn die Mamille sich nicht eindeutig darstellt)

– Inframammäre Falte klar dargestellt

1.2 Cranio-caudale Aufnahme (CC)

– Brustparenchym adäquat abgebildet (Posterior-Nipple-Line „b“. Eine adäquate Abbildung liegt vor, wenn $b > a - 15$ mm)

– Mamille im Profil abgebildet

– Mamille mittig oder nach medial zeigend

– Axillärer Drüsenkörperanteil bis auf weit laterale Anteile vollständig abgebildet (Die Brust kann leicht nach medial rotiert werden, um eine bessere Abbildung des axillären Anteils zu erreichen. Dies muss jedoch ohne Verlust von medialen Brustanteilen geschehen.)

2. Beschriftung

– Patienten-Identifikations-Daten

– Beschriftung mit Projektions- und Seitenangabe

– Aufnahmedatum

3. Korrekte Belichtung und Kontrast

Geringe Überbelichtung ist akzeptabel, wenn keine Information verloren geht. (Die Messung der optischen Dichte erfolgt in unklaren Fällen mit einem Densitometer im diagnostisch relevanten Bereich: $D_{\text{Opt}} < 0,6$ Unterbelichtung, $D_{\text{Opt}} > 2,5$ Überbelichtung.)

4. Gute Kompression (scharfe Abbildung der Drüsenkörperstrukturen und adäquates Aufspreizen des Drüsengewebes)

5. Keine Bewegungsunschärfen

6. Keine oder geringe Entwicklungs- und Handhabungsartefakte

7. Keine Hautfalten oder Hautfalten im geringen Umfang

8. Symmetrische oder gering asymmetrische Aufnahmen

(Rechte und linke Brust sollen Spiegelbilder bei der Betrachtung im Schaukasten darstellen.)

9. Indikationsstellung, Mammographieaufnahmen und Befundung sind schlüssig.

Stufe II: Eingeschränkt

(geringe Mängel):

Die Dokumentation erfüllt die Kriterien 2 bis 6 der Stufe I (regelrecht). Für die Kriterien 1, 7, 8 und 9 gilt:

1.1 Medio-lateral schräge Aufnahme (MLO)

– Pektoralismuskel nicht bis in Höhe der Mamille abgebildet (PNL), oder

– Pektoralismuskel nicht im richtigen Winkel abgebildet, oder

– Mamille nicht im Profil abgebildet, oder

– inframammäre Falte nicht klar dargestellt

1.2 Cranio-caudale Aufnahme (CC)

– Brustparenchym nicht adäquat abgebildet ($b < a - 15$ mm),

– Mamille nicht im Profil dargestellt oder größere Anteile des axillären Ausläufers nicht abgebildet bei mittiger oder medialer Projektion der Mamille.

7. Ausgeprägte Hautfalten

8. Deutlich asymmetrische Aufnahmen

9. Indikationsstellung, Mammographieaufnahmen und Befundung sind eingeschränkt schlüssig.

Stufe III: Unzureichend (schwerwiegende Mängel):

Die Dokumentation ist unzureichend, wenn sie mindestens einer der folgenden Kriterien zugeordnet wird:

1. Brustparenchym durch suboptimale Einstellung unvollständig abgebildet oder in der medio-lateral schrägen Aufnahme (MLO) Pektoralismuskel nur am Rand erfasst bzw. in der cranio-caudalen Aufnahme (CC) Mamille nach lateral abweisend.

2. Unzureichende Beschriftung

3. Fehlbelichtung oder unzureichender Kontrast

4. Unzureichende Kompression

5. Unschärfen durch Bewegung

6./7. Artefakte, welche die diagnostische Aussage einschränken (z. B. durch Überlagerung anderer Körperstrukturen, Hautfalten)

9. Indikationsstellung, Mammographieaufnahmen und Befundung sind nicht schlüssig.

(6) Die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation werden erfüllt, wenn

a) nicht mehr als 12 Beurteilungen der Stufe II erfolgt sind und

b) keine Beurteilung der Stufe III erfolgt ist.

(7) Werden die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation nicht erfüllt, müssen

a) Ärzte, bei denen mindestens 13 Beurteilungen der Stufe II erfolgt sind, innerhalb von sechs Monaten und

b) Ärzte, bei denen mindestens eine Beurteilung der Stufe III erfolgt ist, innerhalb von drei Monaten

an einer erneuten Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilnehmen. Zeigt die Überprüfung der Dokumentation erneut Mängel, ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung mit der Mitteilung über die festgestellten Mängel zu widerrufen.

(8) Ergeben sich z. B. aus mangelnder Kooperation der Patientin, aufgrund besonderer morphologischer Strukturen der Mamma oder Spezialaufnahmen (z. B. rein seitliche, medio-laterale, präoperative Aufnahmen) eingeschränkte Interpretationen der Bilddokumentation, gelten diese nicht als Mängel gemäß Abs. 5, soweit die Gründe für diese Mängel aus der vorgelegten schriftlichen Dokumentation hervorgehen.

(9) Das Ergebnis der Überprüfung der Dokumentation wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung

dem Arzt innerhalb von vier Wochen mitgeteilt. Der Arzt soll über die bestehenden Mängel informiert und eingehend beraten werden, in welcher Form die Mängel behoben werden können. Die Beratung zur Behebung von technischen Mängeln kann mit Zustimmung des Arztes auch am Ort der Leistungserbringung (Arztpraxis etc.) durchgeführt werden.

Abschnitt 4

§ 7

Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahmen

(1) Damit die Partner der Bundesmantelverträge entscheiden können, ob und in welcher Weise die nach dieser Vereinbarung getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen weitergeführt werden, sind deren Ergebnisse von der Planungsstelle zu sammeln und jährlich auszuwerten.

(2) In die jährliche Auswertung werden insbesondere einbezogen:

a) Die Ergebnisse der Beurteilung der Fallsammlung nach Abschnitt 1.

b) Die Ergebnisse des Selbstüberprüfungsverfahrens nach Abschnitt 2 aus den Bescheinigungen, welche den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Nachweis der Teilnahme vorgelegt wurden.

c) Die Ergebnisse der Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen gemäß Abschnitt 3.

(3) Die Einzelheiten über Ziele und Inhalte der Evaluation legen die Partner der Bundesmantelverträge bis zum 30. Juni 2002 fest.

Abschnitt 5

In-Kraft-Treten, Übergangsregelungen

§ 8

In-Kraft-Treten

Die Vereinbarung tritt am 1. April 2002 in Kraft.

§ 9

Übergangsregelungen

(1) Ärzte, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen vor dem In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung erhalten haben, behalten diese, wenn sie bis zum 30. September 2003 erfolgreich an der Beurteilung der Fallsammlung gemäß Abschnitt 1 dieser Anlage teilgenommen haben.

(2) Die Teilnahme an der Beurteilung der Mammographieaufnahmen gemäß Abschnitt 1 dieser Anlage ist bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung formlos zu beantragen. Die Beurteilung

der Mammographieaufnahmen soll innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung erfolgen. Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Arzt das Ergebnis seiner Beurteilung innerhalb von vier Wochen mit.

(3) War die Teilnahme an dieser Beurteilung nicht erfolgreich, gilt Folgendes:

a) Der Arzt ist verpflichtet, innerhalb von vier Monaten an Fortbildungskursen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind, teilzunehmen.

b) Der Antrag auf erneute Teilnahme an der Beurteilung der Mammographieaufnahmen ist innerhalb von vier Monaten nach der Mitteilung über die erfolglose Teilnahme zu stellen. Die Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an den Fortbildungskursen nach Buchstabe a) ist mit dem Antrag vorzulegen.

c) Hat der Arzt die Bescheinigung über die Teilnahme an den Fortbildungskursen nach Buchstabe b) nicht vorgelegt oder war die Teilnahme an der Beurteilung der Mammographieaufnahmen erneut erfolglos, ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung mit der Mitteilung über die erfolglose Teilnahme zu widerrufen.

d) Der Antrag auf eine weitere Teilnahme an der Beurteilung der Fallsammlung kann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Mitteilung über die vorausgegangene erfolglose Teilnahme gestellt werden. Ist dann die Teilnahme an der Beurteilung der Mammographieaufnahmen erfolgreich, erteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von mammographischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Der 2. und 3. Abschnitt dieser Anlagen bleiben unberührt.

(4) Die schriftliche Bescheinigung über die Teilnahme an der Selbstüberprüfung nach § 5 Abs. 6 oder Abs. 7 dieser Anlage hat der Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung erstmals innerhalb von 12 Monaten nach seiner erfolgreichen Teilnahme an der Beurteilung der Fallsammlung nach Abschnitt 1 dieser Anlage vorzulegen.

(5) Die Vertragspartner legen bis zum 30. Juni 2002 die Kriterien fest, nach denen

a) Häufigkeit und Ausmaß unzutreffender Beurteilungen für die Erfolglosigkeit der jeweiligen Selbstüberprüfung oder der Teilnahme an dem Kolloquium maßgeblich sind (s. § 5 Abs. 6 Buchstabe c), Abs. 7 Buchstabe d)) sowie

b) bei der Durchführung der Selbstüberprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Beurteilung zusätzlicher Mammographieaufnahmen erforderlich ist (s. § 5 Abs. 7 Buchstabe c)).

Protokollnotiz

Die Vertragspartner verpflichten sich, ein Jahr nach dem In-Kraft-Treten der Vereinbarung auf der Grundlage der bis dahin vorliegenden Erfahrungen z. B. der Planungsstelle „Mammographie-Screening“ und Kassenärztlicher Vereinigungen zu prüfen,

– ob die Beurteilungen der Fallsammlungen zukünftig ggf. auf der Grundlage digitalisierter Röntgenaufnahmen erfolgen können und

– welcher Stellenwert einem institutionalisierten Zweitmeinungsverfahren im Rahmen der „kurativen“ Mammographie zukommen kann. □

16. Interdisziplinäre Sommer-Seminar-Woche für Medizin in Davos/Schweiz

20. bis 26. Juli

Wissenschaftliche Gestaltung und Kongressleitung: Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Walter Siegenthaler, Universität Zürich

Seminar-Praktika: Molekulare Medizin, Internistisches, Psychosomatisches, Rheumatologisches, Dermatologisches, Kardiologisches und Neurologisches Seminar. Daneben Infektiologisches, Ophthalmologisches, Otologisches, Gynäkologisches, Senologisches und Nephrologisches Seminar.

Kurse: Ultraschallkurs, Grundlagenkurs in Doppler-Sonographie, Workshops sowie Visiten und Assistenzen in Davoser Kliniken und Forschungsinstituten.

Eröffnung der Sommerseminar-Woche: Sonntag, 21. Juli, 17.45 bis 19 Uhr: Festvortrag: Dr. Werner Bauer „Innere Medizin: Auslaufmodell oder Hoffnungsträger?“.

Teilnahmeberechtigt: Ärzte, Zahnärzte und Studenten in klinischen Semestern. Wochenkarten vor Kongressbeginn (bis 30. Juni): 236 €, nach dem 30. Juni: 270 €; 50 Prozent Ermäßigung auf Wochenkarten für Studenten. Tageskarte: 61 €, Ultraschallkurs (Zusatzgebühr): 371 beziehungsweise 405 €, Doppler-Sonographie (Zusatzgebühr): 472 beziehungsweise 506 €.

Anmeldung und Auskunft: Davos Tourismus, Kongressabteilung, Andrea Germann, Promenade 67, CH-7270 Davos Platz (Schweiz); Telefon: 00 41/(0)81/4 15 21 21, Fax: 00 41/(0)81/4 15 21 69, www.davos.ch/congress@davos.ch □