

Qualitätsbericht 2010

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg



Alles Gute.

KVBW 

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Förderung und Sicherung der Qualität in der ambulanten medizinischen Patientenversorgung im Lande ist eine der zentralen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Der Qualitätsbericht der KVBW für das Berichtsjahr 2010 dokumentiert die umfangreichen Maßnahmen zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der Behandlungsqualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.



Aus Kostengründen und zur besseren Übersicht haben wir den Bericht deutlich verschlankt. Wir haben daher eine Druckversion mit den aktuellen Themen und wesentlichen Informationen erstellt sowie eine elektronische Version mit dem Gesamtbericht, der als Anhang umfassendes Datenmaterial zu allen Qualitätssicherungsbereichen enthält, beigefügt. Die elektronische Version liegt der Druckversion bei. Sie können den Gesamtbericht auch im Internet auf der Homepage der KVBW (www.kvbawue.de) einsehen und herunterladen.

Exemplarisch möchte ich Sie an dieser Stelle auf das aktuelle Thema „Patientensicherheit: Hygiene und Medizinprodukte“ aufmerksam machen. Hier unterstützt die KVBW die Arztpraxen durch umfassende Beratungen und Informationen bei der Umsetzung der Hygieneanforderungen und der Aufbereitung von Medizinprodukten. In der Rubrik „Aktuelle Themen“ wird unter anderem über die im März 2010 in Kraft getretene Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Arthroskopie sowie über die Ergebnisse der Stichprobenprüfung zur Umsetzung des Qualitätsmanagements in den baden-württembergischen Praxen informiert.

Außerdem wird über die seit Jahren erfolgreich etablierte Qualitätszirkelarbeit und das vielfältige Fortbildungsangebot für die Mitglieder der KVBW und deren Praxispersonal berichtet.

Der vorliegende Bericht verdeutlicht exemplarisch höchste Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung in Baden-Württemberg. Diese Qualität wird durch die Arbeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten gewährleistet. Daran müssen sich andere erst noch messen lassen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und freue mich über Ihr Interesse.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, which reads "Dr. med. Norbert Metke".

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes
der KV Baden-Württemberg

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	01
1. Einführung	04
1.1 Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen	05
1.2 Theorie und Umsetzung	06
1.3 Entwicklung Genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989 – 2010	14
2. Berichte aus der Versorgung	15
2.1 Patientensicherheit: Hygiene und Medizinprodukte	15
3. Qualitätsförderung	21
3.1 Aktuelle Themen	21
3.1.1 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	21
3.1.2 Arztsuche	21
3.1.3 Arztbibliothek	22
3.1.4 Neue Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Arthroskopie	23
3.1.5 Frühe Hilfen	24
3.1.6 Balneophototherapie	26
3.1.7 Qualitätsmanagement-Richtlinie: Ergebnisse der Stichprobe 2010	27
3.1.8 Fortbildungsverpflichtung	29
3.2 Projekte der KVBW	30
3.2.1 Diamorphin	30
3.2.2 Qualitätszirkel	31
4. Qualitätssicherung Vertragsärztlicher Leistungen	33
4.1 Erteilte Genehmigungen 2010 im Vergleich zu 2009	33
5. Service	36
5.1 Fortbildungsveranstaltungen	36
5.2 Patientenservice	37
5.2.1 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen	37
5.2.2 Patienteninformation MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit	37

Anhang

Die Themen und Tabellen des Anhangs finden Sie auf der CD „Qualitätsbericht 2010 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg“, die diesem Bericht beiliegt.

1. EINFÜHRUNG

Ambulante medizinische Patientenversorgung in Baden-Württemberg auf höchstem Qualitätsniveau

Die Qualität im ambulanten Versorgungsbereich unterliegt einer stetigen Weiterentwicklung. Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen ihre Qualifikation wie keine andere Berufsgruppe ständig unter Beweis stellen. Sie unterliegen einer permanenten Qualitätsprüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Eine Vielzahl diagnostischer und therapeutischer Leistungen stehen unter einem Qualifikationsvorbehalt. Diese Leistungen dürfen von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht und abgerechnet werden, wenn die fachliche Befähigung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wurde. Die Kassenärztliche Vereinigung erteilt bei Nachweis der Qualifikationsvoraussetzungen eine Abrechnungsgenehmigung.

Förderung und Sicherung der Versorgungsqualität durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Der Qualitätsbericht 2010 belegt die vielfältigen Maßnahmen der KVBW zur Förderung und Sicherung der Qualität in der Patientenversorgung. Er gibt einen detaillierten Überblick über die erteilten Genehmigungen zur Erbringung qualifikationsgebundener Leistungen. Auch über die Anzahl der bearbeiteten Genehmigungsanträge und die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätsprüfungen wird informiert. Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben stehen der KVBW unterstützend Qualitätssicherungskommissionen zur Verfügung.

Kommissionen der Qualitätssicherung

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

In den Kommissionen für Radiologie, Kernspintomographie, Dialyse, Substitution und Qualitätsmanagement sind auch Kassenvertreter vorhanden. Die landesweiten Kommissionen koordinieren die einheitliche Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarungen durch die regionalen Qualitätssicherungskommissionen.

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

Eine Übersicht aller Qualitätssicherungskommissionen finden Sie im Anhang im Kapitel A auf der beiliegenden CD-ROM.

1.1 ANZAHL DER AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDEN ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN NACH FACHGRUPPEN

Fachgebiet	Anzahl*
Allgemeinmedizin	5.611
Anästhesiologie	506
Augenheilkunde	696
Chirurgie	770
Frauenheilkunde	1.497
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	503
Haut- und Geschlechtskrankheiten	469
Innere Medizin - Hausärztlich	1.559
Innere Medizin - Fachärztlich	1.425
Kinder- und Jugendmedizin	960
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	114
Kinder- u. Jugendpsychotherapie	401
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	178
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	143
Nervenheilkunde/ Neurologie/Psychiatrie	767
Neurochirurgie	78
Nuklearmedizin	78
Orthopädie	785
Pathologie	109
Physikalische und Rehabilitative Medizin	60
Psychologische Psychotherapie	1.723
Psychotherapeutische Medizin	834
Radiologie/ Strahlentherapie	523
Urologie	356
Gesamtzahl	20.171

Quelle: KVBW Mitgliederstruktur (Stand 31.12.2010)

* Inklusive angestellte und ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten

1.2 THEORIE UND UMSETZUNG

Das Richtige richtig tun...

Dieses Motto drückt vielleicht am Besten aus, was Qualität in der Medizin bedeutet. Oder etwas allgemeiner gesprochen: Die Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Jeder Patient soll sicher sein, dass für ihn alles Notwendige, Zweckmäßige und Ausreichende an medizinischen Maßnahmen im Fall einer erforderlichen Behandlung getan wird – und das mit einer überprüfbaren Qualität.

Qualität setzt sich aus verschiedenen Teilaspekten zusammen. Eine seit Jahren international verwendete Systematik, die Qualität in der Medizin in ihrer Begrifflichkeit zu strukturieren, geht auf Professor Avedis Donabedian (amerikanischer Wissenschaftler) zurück. Er unterteilte schon vor 40 Jahren den Begriff „Qualität“ in der Medizin in die drei Dimensionen der Qualitätssicherung:

- **Strukturqualität**
- **Prozessqualität**
- **Ergebnisqualität**

Strukturqualität

Strukturqualität ist der Inbegriff der „klassischen“ Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie definiert sich vor allem über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in allen Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen. Falls erforderlich, kann durch Praxisbegehungen kontrolliert werden, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den Anforderungen genügt und Hygienestandards eingehalten werden.

Prozessqualität

Die Qualität der Abläufe in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Hierbei geht es um die Art und Weise der Diagnostik und Therapie. Dazu zählen unter anderem die Medikamentenverordnung, die Anamneseerhebung, die ärztliche Dokumentation sowie die Beachtung von empfohlenen Behandlungspfaden und Vorgaben zur Indikationsstellung. Ein Urteil über „das Wie“ der Behandlung ist oft schwieriger als die Bewertung der Struktur, wo Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und Gewährleistungserklärungen zur apparativen Ausstattung ein klares Urteil erlauben.

Ergebnisqualität

Am schwierigsten ist die Beurteilung der Ergebnisqualität, also der Güte der Behandlung. Sie umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie an der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Heilung von Erkrankungen, der Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Die Prozessqualität und gewisse Aspekte der Ergebnisqualität sind jeweils im Einzelfall zu überprüfen. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind. Zur umfassenden Bewertung der Ergebnisqualität helfen Auswertungs- und Evaluationsverfahren anhand von Daten der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Das Zusammenwirken der drei Dimensionen

Diese drei Ebenen von Qualität beeinflussen sich gegenseitig. Die gewünschte Ergebnisqualität (Behandlungsergebnis) wird nur erreicht, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (Strukturqualität) gegeben sind und auch der gesamte Behandlungsprozess (Prozessqualität) darauf abzielt.

Instrumente der Qualitätssicherung

Strukturqualität

bei der Erteilung der Genehmigung:

- Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes
- Eingangsprüfungen
- Prüfung apparativer und räumlicher Vorgaben
- Prüfung organisatorischer Voraussetzungen
- Prüfung von Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter zur Erhaltung der Genehmigung
- Prüfung vorgegebener Frequenzen
- Nachweis von Fortbildungen
- Rezertifizierungen

Prozessqualität

Zur Erhaltung der Genehmigung:

- Einzelfallprüfungen durch Stichproben
- Dokumentationsprüfungen
- Präparateprüfungen
- Hygieneprüfungen
- Qualitätsmanagement

Ergebnisqualität

- Benchmarkberichte
- Rückmeldesysteme
- Jahresstatistiken

Beispiele sind hier:

- Dialyse
- Disease-Management-Programme
- Kernspintomographie oder Vakuumbiopsie

Standards

Wenn Qualitätssicherung vereinfacht gesagt bedeutet: „Das Richtige richtig tun“, so muss das Richtige in verbindlichen Standards für Diagnose und Therapieverfahren definiert sein. Nur so kann gemessen werden, dass/ob die richtigen Rahmenbedingungen eingehalten und ob „das Richtige“ getan wurden. Diese Vorgabe von Standards für diagnostische und therapeutische Verfahren in der Medizin legen Richtlinien und Vereinbarungen fest, die von

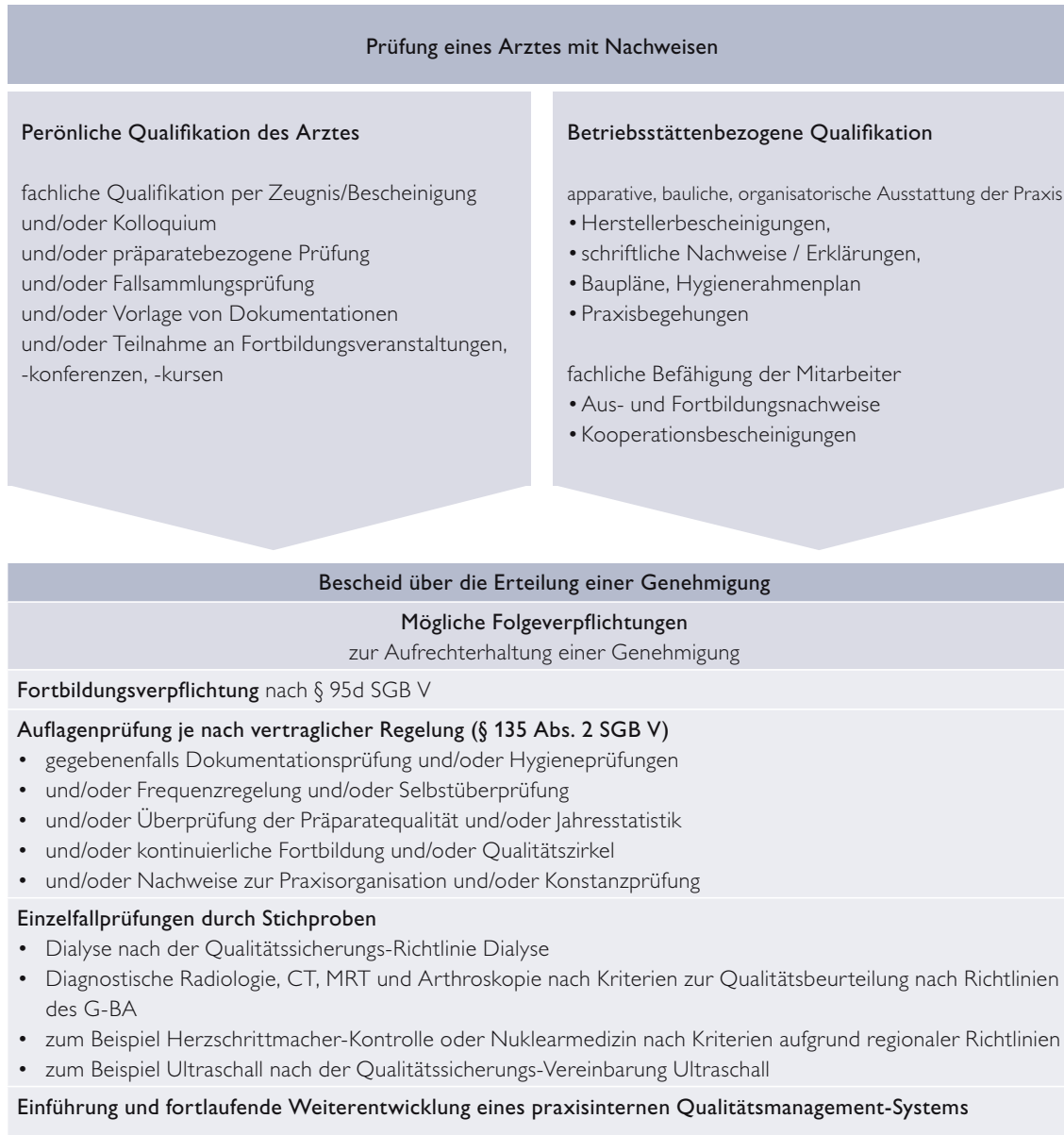
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss aber auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst erarbeitet werden. Sie basieren im Wesentlichen auf Erkenntnissen aus der medizinischen Wissenschaft und Forschung; insbesondere auf Leitlinien, die aus evidenzbasierten Studien abgeleitet wurden. Sie sind aber auch Ergebnisse der unterschiedlichen Verhandlungspositionen der Vertragspartner.

Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse

Der größte Teil aller Regelungen in der Qualitätssicherung betrifft die Strukturqualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Hier sind geeignete Prüfparameter verhältnismäßig einfach zu bestimmen. Aber auch prozess- und ergebnisorientierte Verfahren werden stufenweise mit einbezogen. So werden beispielsweise bei den bildgebenden Verfahren (Röntgen, CT, Ultraschall, Kernspintomographie) regelmäßig die technische Bild- und die Befundungsqualität von unabhängigen Fachleuten beurteilt oder der hygienische Zustand von Koloskopen überprüft.

Die Ergebnisqualität ist abhängig von der vorhandenen Struktur- und Prozessqualität. Die gewünschte Ergebnisqualität (zum Beispiel rasche Wundheilung) kann nur erreicht werden, wenn eine entsprechende Strukturqualität (zum Beispiel geeignete Arznei- und Verbandsmittel) mit guter Prozessqualität (zum Beispiel steriles Arbeiten, regelmäßiger Verbandswechsel) gekoppelt ist.

Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens



Sehr schwierig ist es, Prüfmerkmale für therapeutisches Vorgehen zu ermitteln, die einen Rückschluss auf die Qualität der erbrachten Leistung zulassen. Hier ist das grundsätzlich gewünschte Therapieziel - ein verbesserter Gesundheitszustand - von diversen, schwer kontrollierbaren Faktoren abhängig. Beispiele für solche Faktoren sind die Kooperationsbereitschaft oder der Lebensstil des Patienten. Um seitens der Ärzte Einfluss auf möglichst gute Therapieergebnisse zu nehmen, wird unter anderem der regelmäßige fachliche Austausch innerhalb der Qualitätszirkelarbeit (Prozessqualität) gefördert.

Die KV Baden-Württemberg setzt schwerpunktmäßig folgende Qualitätssicherungsinstrumente ein:

Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen

In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es zahlreiche Leistungen, die vom Vertragsarzt einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordern. Über die ärztliche Weiterbildung hinaus müssen weitere Zusatzqualifikationen und Strukturen in den Praxen nachgewiesen werden, ehe von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der betreffenden Leistungen erteilt wird.

Eingangsprüfung

In einigen Bereichen wird über die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung gefordert. Dies betrifft für den vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie und die Zervix-Zytologie.

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den geltenden Richtlinien und nach Maßgabe eigener Beschlüsse die Qualität von Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Beispielsweise werden in

der KVBW bei den Qualitätssicherungsbereichen Diagnostische Radiologie, Computertomographie und Magnetresonanztomographie jährlich mindestens vier Prozent, bei der Arthroskopie jährlich mindestens zehn Prozent und beim Ultraschall jährlich mindestens drei Prozent der Vertragsärzte überprüft. Bei der Koloskopie, der Mammographie, der substitutionsgestützten Behandlung von Opiat-abhängigen, der Zytologie und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Überprüfung noch umfangreicher bis hin zu einer Vollerhebung.

Feedbacksysteme

Feedback-Systeme helfen dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Durch die Bereitstellung von „Feedback-Berichten“ ist außerdem ein Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen möglich. Dazu werden die von den Praxen erstellten Dokumentationen ausgewertet. Feedback-Systeme sind zum Beispiel Teil der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) und Bestandteil der Qualitätssicherung Dialyse. Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen durch das von den KVen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

Die Qualitätsberichte der Gemeinsamen Einrichtungen zu den DMP's finden Sie im Internet unter www.kvbawue.de. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Dialyse sind unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/45/ veröffentlicht.

Frequenzregelungen

Ein wesentlicher Qualitätsfaktor kann die Häufigkeit und Regelmäßigkeit sein, mit der ein Vertragsarzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden sol-

che Mindestmengen für Leistungen für die invasive Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen, für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust, der interventionellen Radiologie und der Vakuumbiopsie festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Vertragsärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

Rezertifizierung

Bei Vertragsärzten, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen der weiblichen Brust) durchführen, beinhaltet die Qualitätssicherungs-Vereinbarung Mammographie zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sich diese einer „Selbstüberprüfung“ unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und überprüft wird. Werden die Anforderungen nicht erfüllt und kann die Qualifikation auch nicht in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nachweisen werden, darf diese Leistung vom betreffenden Vertragsarzt nicht mehr für gesetzlich Versicherte erbracht werden.

Bisher sind zwei Zyklen dieser Selbstüberprüfung absolviert und schon jetzt kann man einen Effekt in der Verschiebung der Prüfergebnisse feststellen.

Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt hier zweimal im Jahr durch ein von der KVBW beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Treten wiederholt Mängel auf, kann dies zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen.

Praxisbegehungen können beispielsweise in Praxen stattfinden, in denen ambulant operiert wird und die dafür besondere bauliche Anforderungen erfüllen müssen.

Kontinuierliche Fortbildung

Die Berufsordnungen schreiben eine kontinuierliche Fortbildung zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der zur Beraufsausübung erforderlichen fachlichen Kompetenzen vor. Daneben besteht seit dem Jahr 2004 für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten die gesetzliche Verpflichtung zum Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung (§ 95d SGB V). Der Nachweis ist alle fünf Jahre gegenüber der KVBW in der Regel durch ein Kammerzertifikat zu führen.

Darüber hinaus schreiben viele bundeseinheitliche und regionale Verträge oder Vereinbarungen, zum Beispiel Disease Management Programme, Schmerztherapievereinbarung, Onkologievereinbarung oder hausarztzentrierte Versorgungsverträge eine spezielle fachliche Fortbildung vor; in der Schmerztherapie sogar in Konferenzen mit persönlicher Vorstellung von Patienten. Der Nachweis der erforderlichen Fortbildung muss im Rahmen solcher Verträge teilweise jährlich erfolgen.

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel (QZ) sind seit mehr als fünfzehn Jahren eine etablierte Form ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung: Ärzte und Psychotherapeuten tauschen sich in moderierten Arbeitskreisen über ihre Tätigkeit aus, um die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Qualitätszirkel sind damit ein wichtiges Instrument der Qualitätsförderung und -sicherung. Die KVBW unterstützt die Qualitätszirkelarbeit durch die Gewährung einer Moderatoren-Aufwandsentschädigung und durch gezielte Fortbildungsangebote für QZ-Moderatoren.

Kolloquium/Beratung

Die Qualitätssicherungs-Kommissionen haben unter anderem die Aufgabe, bei Leistungen, die einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordern, die fachliche Befähigung des Vertragsarztes im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen: Dies ist dann der Fall, wenn entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung bestehen oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Des Weiteren kann die Durchführung eines Kolloquiums auch dazu dienen, die in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben beziehungsweise um zu überprüfen, ob der Vertragsarzt die fachlichen Anforderungen an die Leistungserbringung in dem speziellen Leistungsbereich noch erfüllt.

Qualitätsmanagement

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, in den nächsten Jahren ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen effizienter zu gestalten, Fehler zu vermeiden und Qualität weiterzuentwickeln. Näheres hierzu im Kapitel „Aktuelle Themen“.

Stichprobenprüfung nach § 136 Abs. 2 SGB V

Anforderung der Dokumentationen durch die KV

- Mindestens vier Prozent der Ärzte, die den betreffenden Leistungsbereich abrechnen, werden jährlich geprüft
- Zwölf Patientendokumentationen für das zu überprüfende Abrechnungsquartal werden angefordert.
- Es werden Bilddokumentationen (zum Beispiel Röntgenbild) und schriftliche Dokumentationen (inklusive Indikationsstellung) geprüft



Überprüfung durch die Qualitätssicherungs-Kommission

Je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel sind eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen zu ergreifen:



Keine Beanstandung



Bestätigung an den Arzt



Geringe Beanstandung



Schriftliche Empfehlung zur Beseitigung der Mängel, gegebenenfalls Beratungsgespräch



Erhebliche Beanstandung



- Schriftliche Empfehlung oder Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel
- Nichtvergütung oder Rückforderung der Vergütung beanstandeter Leistungen
- Anforderung und Prüfung weiterer Dokumentationen
- Praxisbegehung



Schwerwiegende Beanstandung



- Schriftliche Empfehlung oder Verpflichtung zur Beseitigung der Mängel
- Nichtvergütung oder Rückforderung der Vergütung beanstandeter Leistungen
- Kolloquium
- Praxisbegehung
- Widerruf der Genehmigung, wenn Patientengefährdung zu befürchten ist

1.3 ENTWICKLUNG GENEHMIGUNGSPFLICHTIGER LEISTUNGEN 1989 – 2010

2010	2006-2009	2002-2005	1998-2001	1994-1997	1990-1993	1989
<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Balneophototherapie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Asthma/COPD • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 1 • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Hautkrebs-Screening • Herzschrittmacher • Histopathologie HKS • HIV/AIDS • Homöopathie • Intervent. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Mam.-Screening • MR-Angiographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • PTK • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Soziotherapie • Substitution • Ultraschall • Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Asthma/COPD • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 1 • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Hautkrebs-Screening • Herzschrittmacher • Histopathologie HKS • HIV/AIDS • Homöopathie • Intervent. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Mam.-Screening • MR-Angiographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • PTK • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Soziotherapie • Substitution • Ultraschall • Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Herzschrittmacher • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Soziotherapie • Substitution • Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthroskopie • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Apherese • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Mammographie • Onkologie • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Zytologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirotherapie • Kernspin • Labor • Langzeit-EKG • Onkologie • Psychotherapie • Röntgen • Zytologie

2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

2.1 PATIENTENSICHERHEIT: HYGIENE UND MEDIZINPRODUKTE

Das Thema Hygiene nimmt nicht zuletzt aufgrund der Darstellung in den Medien an Bedeutung zu. Themen wie beispielsweise die neue Influenza H1N1 (Schweinegrippe), multiresistente Erreger, wie der Staphylococcus aureus, nosokomiale Infektionen oder EHEC (enterohaemorrhagische Escherichia coli) stehen im Focus des öffentlichen Interesses. Die Folge ist ein deutlich verstärkter Umgang mit der Thematik in den Arztpraxen.

Vor diesem Hintergrund hat die KVBW in den vergangenen Jahren die Arztpraxen bei der Umsetzung der Hygieneanforderungen und der Aufbereitung von Medizinprodukten durch umfangreiche telefonische sowie persönliche Beratung und durch ausführliche Informationspakete unterstützt.

Beratungsinhalte der KVBW im Arbeitsgebiet Hygiene und Medizinprodukte im Jahr 2010

- Umsetzung von Gesetzen, Richtlinien und Normen in der Praxis
- Erstellung und Erarbeitung von Hygiene-, Desinfektionsplänen und Plänen zur Umsetzung des Personalschutzes
- Umgang mit den Inhalten eines Hygieneplans (Personal- und Patientenhygiene, Flächenreinigung- und Flächendesinfektion, Instrumentendesinfektion, Wäsche und Abfallentsorgung) im praktischen Alltag
- Risikoeinstufung von Medizinprodukten in der Praxis
- Aufbereitung von Medizinprodukten, das heißt Reinigung, Desinfektion, Verpackung und Sterilisation, einschließlich Überwachungsmöglichkeiten des Aufbereitungsprozesses durch hygienisch – mikrobiologische und/oder physikalische Routinekontrollen unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Aspekte; die manuelle Aufbereitung ist beispielhaft nachfolgend beschrieben
- Umgang mit übertragbaren Krankheiten und deren Meldepflicht
- Umgang mit und Erfassung von nosokomialen Infektionen und Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
- Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
- Beratung vor und nach behördlichen Begehungen und zur Umsetzung von eventuellen Auflagen
- Unterstützung bei der Erstellung von Verfahrensanweisungen und Standardarbeitsanweisungen sowie die Umsetzung in die Praxis

Die Einhaltung und Umsetzung der Vorschriften in den Bereichen Hygiene und Medizinprodukte wird zunehmend durch die Regierungspräsidien und die

Gesundheitsämter überprüft. Der Gesetzgeber ist mit den aktualisierten Prüfvorschriften dem Grundsatz gefolgt: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“

Manuelle Aufbereitung von Medizinprodukten

1. Grundsätzliches

Medizinprodukte stellen für jede Arztpraxis einen hohen Kapitalwert dar, den es zu pflegen gilt. Demzufolge haben alle, die mit Medizinprodukten umgehen, eine hohe Verantwortung und Sorgfaltpflicht.

Manuelle Aufbereitungsverfahren müssen in gleicher Weise wie maschinelle Prozesse stets nach dokumentierten Standardarbeitsanweisungen und

mit auf Wirksamkeit geprüften Verfahren durchgeführt werden. Die manuelle Aufbereitung hat gegenüber dem maschinellen Verfahren einen wesentlichen Nachteil: Nur maschinelle Verfahren sind validierbar und entsprechen dem Stand der Technik. Trotzdem wird in vielen Arztpraxen, je nach Praxisgegebenheiten, vor allem aus wirtschaftlichen Gründen, eine manuelle Aufbereitung das Mittel der Wahl sein.

2. Instrumentenkreislauf

Die Instrumentenaufbereitung umfasst in der Regel folgende Schritte:



Für die Instrumentenaufbereitung unerlässlich und Basis jedes Teilprozesses sind die Herstellerangaben zum jeweiligen Instrument und die Risikobewertung. Die Aufbereitung darf nur von Personen durchgeführt werden, die die Sachkenntnis zur ordnungsgemäßen Ausführung dieser Aufgabe besitzen. Zusätzlich sind für alle Arbeitsschritte Arbeitsanweisungen zu erstellen und so abzulegen, dass alle

mit der Aufbereitung beauftragten Personen jederzeit Zugriff darauf haben.

Der manuelle Aufbereitungsprozess endet mit Schritt 4 „Kennzeichnung und Verpackung“. Für alle vier Teilprozesse ist eine Vielzahl von Einzelschritten erforderlich, die im nachfolgenden Text übergreifend beschrieben sind.

2.1. Entsorgung

Bevor die Medizinprodukte entsorgt werden, sollten sie von groben Verunreinigungen befreit werden. Anschließend werden sie je nach Praxisgegebenheit

geschlossen entsorgt und durch Trocken- Feucht- oder Nassentsorgung in den unreinen Bereich des Aufbereitungsraumes gebracht.

2.2 Reinigung/Desinfektion/Spülung und Trocknung

Bei der Reinigung und Desinfektion müssen alle äußeren und inneren Oberflächen für die eingesetzten Reinigungs- und Desinfektionsmittel zugänglich sein. Man darf dabei nicht vergessen, Ventile, Hähne oder Gelenkinstrumente zu öffnen und gegebenenfalls komplexe Medizinprodukte zu zerlegen.

Für das nun folgende Desinfektionsverfahren muss ein VAH-gelistetes Desinfektionsmittel verwendet werden, welches nachweislich bakterizid, fungizid und viruzid ist.

Wenn durch die manuelle Reinigung mit entsprechenden Reinigern nicht alle anhaftenden Verschmutzungen beseitigt werden können, kann unter Umständen ein zusätzliches Ultraschallbad helfen.

Um Reinigungs- und Desinfektionsmittel rückstandslos vom Medizinprodukt zu entfernen, erfolgt eine abschließende Spülung mit vollentsalztem Wasser und die Trocknung mit einem fusselfreien Tuch beziehungsweise durch Druckluft.

2.3. Prüfung auf Sauberkeit und Unversehrtheit, Pflege und Instandsetzung, Funktionsprüfung

Die Gewährleistung der technisch-funktionellen Sicherheit eines Medizinproduktes obliegt dem Betreiber. Umfang und Art der Überprüfung der Funktionsfähigkeit des Medizinproduktes und deren Pflege sind vom Produkt abhängig und sollten auch für jedes Medizinprodukt in einer Arbeitsanweisung hinterlegt

sein. Das Ziel der Prüfung auf Sauberkeit, Unversehrtheit und definierte technische funktionelle Eigenschaften ist, dass die Medizinprodukte, die diese Anforderungen nicht erfüllen, aussortiert werden und die Mängel behoben werden können.

2.4. Kennzeichnung und Verpackung

Die Verpackung für ein Medizinprodukt besteht aus einem sterilen Barriersystem (SBS) und gegebenenfalls noch einer schützenden Umverpackung für den Transport und die Lagerung.

Das SBS muss die aseptische Entnahme gewährleisten können. Das bedeutet, das sterile SBS muss die Sterilisation ermöglichen und die Sterilität bei

entsprechender Lagerung bis hin zur Anwendung gewährleisten.

Bei der Auswahl des SBS (Folien,- Vlies,- Containerverpackung) ist zu beachten, dass sie für die nachfolgende Art der Sterilisation geeignet ist und auch die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Medizinproduktes gewährleisten kann.

3. Fortbildungsangebote

Die KVBW hat für ihre Mitglieder auf dem Gebiet Hygiene und Medizinprodukte im Jahr 2010 zwei Fortbildungsreihen angeboten:

- Zehn halbtägige Kurse „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis.“
- Elf fünftägige Sachkundekurse nach § 4 Abs. 3 Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung zur Aufbereitung von Sterilgut.

Der Kurs „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis.“ dient der Auffrischung und Vertiefung der Hygienekenntnisse in den Arztpraxen. In diesem Kurs werden insbesondere die Inhalte eines Hygieneplans besprochen. Im Jahr 2010 nahmen an den zehn Veranstaltungen insgesamt 265 Personen teil.

Entscheiden sich Praxisbetreiber für die Aufbereitung in der eigenen Praxis, so tragen diese die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Prozesses (§ 4 Abs.1 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)). Wird die Aufgabe nicht selbst durchgeführt, muss vom Inhaber der Praxis ein fachlich verantwortlicher Mitarbeiter (= beauftragte Person) für die Aufbereitung schrift-

lich bestellt werden. Die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten Beauftragten müssen eine Fortbildung und ein Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) nachweisen. Das Vorhandensein dieses DGSV-Zertifikats wird von den Aufsichtsbehörden (Regierungspräsidien) bei den Praxisbegehungen überprüft.

Seit 2007 haben Praxen die Möglichkeit, die geforderte Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 der MPBetreibV für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis im Rahmen eines fünftägigen Sachkundekurses bei der KVBW zu erwerben.

Diese Sachkundekurse wurden in Kooperation mit der Akademie für Infektions-Prävention – (AFIP) e.V., Tübingen, sowie dem Brandenburgischen Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V., Potsdam, angeboten. Beide Fortbildungseinrichtungen sind bei der DGSV akkreditiert und arbeiten nach deren Curriculum. Der Sachkundekurs schließt mit einer Kenntnisprüfung ab. Die Teilnehmer erhalten nach erfolgreich bestandener Prüfung das Zertifikat der DGSV. Die Inhalte des Sachkundekurses sind nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

Inhalte des Sachkurses zur Aufbereitung von Sterilgut

- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Grundlagen der Mikrobiologie und Hygiene
- Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
- Grundlagen der Desinfektion
- Instrumentenkunde und -pflege
- Dekontamination von Medizinprodukten
- Aufbereitung von Medizinprodukten
- Verpackung und Lagerung
- Grundlagen der Sterilisation
- Validierung
- Qualitätsmanagement
- Kenntnisprüfung

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 350 Mitarbeiter in Sachkurse für ambulant operierende Arztpraxen sowie einem Sachkurs für endoskopierende Arztpraxen erfolgreich fortgebildet. Die Teilnehmer kamen aus insgesamt 267 Arztpraxen in Baden-Württemberg. Die Verteilung der teilneh-

menden Praxen auf die Fachgebiete im Vergleich zu den Jahren 2007 bis 2010 ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen. Der Sachkurs wurde als sehr effiziente Unterstützung der Qualitätsanstrengungen in der Praxis empfunden.

Verteilung der an den Sachkursen der KVBW in den Jahren 2007 bis 2010 teilgenommenen Praxen nach Fachgebieten

Facharztpraxen für	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2007	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2008	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2009	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2010
Allgemeinmedizin	23	18	66	26
Anästhesiologie	15	4	6	6
Augenheilkunde	11	22	17	9
Chirurgie	44	39	36	43
Frauenheilkunde und Geburtsmedizin	26	22	38	35
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12	10	10	25
Haut- und Geschlechtskrankheiten	32	31	41	58
Innere Medizin (hausärztlich)	34	-	-	6
Innere Medizin (fachärztlich)	24	57	29	19

Facharztpraxen für	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2007	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2008	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2009	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2010
Kinder- und Jugendmedizin	2	-	5	1
Laboratoriumsmedizin	1	-	-	1
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	7	11	8	5
Neurologie	-	1	-	-
Orthopädie	25	20	21	5
Physikalische und Rehabilitative Medizin	2	1	-	-
Urologie	20	26	27	27
Notfallpraxis	-	-	1	1
Summe der Teilnehmer	278	262	305	267

Die 1000. Teilnehmerin beim Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung

„Sachkundekurs Sterilgutaufbereitung“ - ein trockener Titel, aber trotzdem eine besondere Erfolgsgeschichte: Im Februar 2010 konnte in Mannheim bei

dem über die KVBW organisierten Sachkundekurs zur Sterilgutaufbereitung die 1000. Teilnehmerin begrüßt werden.

Bundesweite Projekte

Die KVBW beteiligt sich auch an bundesweiten Projekten zur Verbesserung der Praxishygiene, so zum Beispiel als Mitglied der Arbeitsgruppe MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) beim

Kompetenzzentrum für Patientensicherheit der KVWL (Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe) und beim Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und KBV.

3. QUALITÄTSFÖRDERUNG

3.1 AKTUELLE THEMEN

3.1.1 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde mit Wirkung zum 1. Juli 2008 die Verpflichtung für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingeführt, in Richtlinien die Voraussetzungen für eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu regeln. Damit sollen die Bedingungen für Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Sektoren „vertragsärztliche (ambulante) Versorgung“ und „stationäre Krankenhausversorgung“ nach einheitlichen Kriterien und Vorgaben gestaltet werden. Diese einrichtungs- und sektorenübergreifende Form der Qualitätssicherung soll die bisher sektorspezifische Qualitätssicherung durch neue Verfahren ergänzen und wenn möglich verbinden. Grundlage dieser Verfahren werden vor allem Datenerhebungen mit statistischer Relevanz zur Beantwortung gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Fragestellungen sein.

Im April 2010 wurde vom G-BA die Rahmenrichtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach mehreren Jahren intensiver Diskussion verabschiedet. Erst am 2. Dezember 2010 konnte

die Richtlinie in Kraft treten, da von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) – insbesondere im Hinblick auf Datenschutz und die Frage der Finanzierung der zusätzlich entstehenden Ausgaben – Nachbesserungsbedarf bestand.

In Baden-Württemberg wurde diese Zeit genutzt, um in einem Modellprojekt zur invasiven Kardiologie erste Erfahrungen mit sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsthemen zu sammeln. In einer Arbeitsgruppe, die sich aus niedergelassenen Kardiologen und auch aus Kardiologen aus dem Krankenhaus zusammensetzte, wurden Daten zur invasiven Kardiologie verglichen. Dabei konnten beispielsweise in Bezug auf Durchleuchtungszeiten während einer Koronarangiographie oder generell in Bezug auf die Häufigkeit und Schwere der eingetretenen Komplikationen sehr wohl Unterschiede zwischen ambulant und stationär durchgeführten Eingriffen festgestellt werden. Diese Unterschiede waren auf die Verschiedenheit der beiden Studienpopulationen zurückzuführen und konnten daher nicht Rückschlüsse auf die Qualität der erbrachten Leistungen erlauben.

3.1.2 Arztsuche

Das Portal der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Arztsuche über das Internet wird bereits seit Jahren rege genutzt. Verfügbar sind Kontaktdaten von rund 20.000 Ärzten und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg. Neben der Adresse und den Sprechzeiten werden auch Zusatzqualifikationen und Fremdsprachenkenntnisse angezeigt.

Die Auswahl lässt sich nach Name, Ort, Landkreis oder Postleitzahl treffen und mit der Selektion nach Fachrichtungen kombinieren. Über die Auswahl sonstiger Praxismerkmale lässt sich auch ab-

fragen, ob die Praxis behindertengerecht ausgestattet ist.

In der Trefferliste sieht man zunächst Namen und Sprechzeiten, die Fachgebietsbezeichnung und Adresse der Praxen. Weitere Informationen über die einzelne Praxis, wie Genehmigungen für Leistungsbereiche, die einer besonderen Qualitätssicherung unterliegen, erhält man über die Detailansicht. Den Weg zum ausgewählten Arzt oder Psychotherapeuten kann man sich über eine Kartenansicht mit Routenplaner anzeigen lassen.



3.1.3 Arztbibliothek

Ärztliches Handeln verlangt zuverlässiges und aktuelles Wissen. Die zunehmende Informationsflut macht es jedoch immer schwieriger und aufwändiger, vertrauenswürdigen und nützliches Wissen zu identifizieren. Die KBV und die Bundesärztekammer haben deshalb mit der Arztbibliothek ein Internetportal geschaffen, um medizinisches Wissen gezielter verfügbar zu machen.

Das Portal bietet Zugang zu Informationen, die von Experten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin recherchiert und auf Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung, Qualität der Information und Seriosität des Anbieters geprüft wurden.

Zu finden sind hier ausgewählte Leitlinien, Praxishilfen und Patienteninformationen, Cochrane-Reviews und aktuelle Evidenzberichte, Zugang zu den Angeboten der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin sowie zu Richtlinien und Gesetzesquellen. Das Angebot wird laufend erweitert.



3.1.4 Neue Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Arthroscopie

Anfang März 2010 ist die neue Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Arthroscopie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft getreten. Sie enthält einheitliche Beurteilungskriterien für arthroscopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk. Damit wird sichergestellt, dass in ganz Deutschland die gleichen Qualitätsstandards gelten und eingehalten werden. In Baden-Württemberg wurden bisher Stichprobenprüfungen auf der Grundlage einer regionalen Richtlinie durchgeführt.

Wie in der Vergangenheit auch bezieht die Prüfung die schriftliche und bildliche Dokumentation ein. Hierfür definiert die Richtlinie konkrete Anforderungskriterien, die zu erfüllen sind.

Die Vorgaben für die Umsetzung der Prüfung fußen auf der Qualitätsprüfungsrichtlinie für die ver-

tragsärztliche Versorgung. Das bedeutet, dass pro Jahr mindestens vier Prozent der Ärzte, die eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Arthroscopien besitzen, zu überprüfen sind. Bei jedem zu überprüfenden Mitglied werden bezogen auf das zu überprüfende Abrechnungsquartal (Prüfquartal) und den betreffenden Leistungsbe- reich per Zufallsgenerator zwölf Patienten ausge- wählt. Die schriftlichen und bildlichen Dokumenta- tionen werden durch die Arthroscopie-Kommission begutachtet.

Je nach Bewertung und Schwere der gefundenen Mängel werden keine, geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt. Wird die Leistungserbringung beanstandet, reicht die Maßnahmenskala von der Beratung bis hin zum Entzug der Genehmigung.

3.1.5 Frühe Hilfen

Vernetzung lokaler Angebote im Rahmen „Frühe Hilfen“ mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln

Pilotprojekt der KVBW von September 2010 bis Februar 2012

Ausgangslage

In den letzten fünf Jahren sorgten immer wieder Tötungen von Babys und Kleinkindern in Deutschland für Entsetzen. Forderungen nach verbessertem Schutz von kleinen Kindern und Früherkennung von Risiken wurden laut.

Als Antwort darauf hat das Bundesfamilienministerium im Jahr 2007 das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ ins Leben gerufen. Parallel dazu wurde das Nationale Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH) gegründet. Ziel ist zum einen, mehr Unterstützungsangebote für Familien mit kleinen Kindern zu schaffen und auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen. Zum anderen soll die bessere Vernetzung der in diesem Feld tätigen Hilfeanbieter erreicht werden.

Belastete Eltern und ihre Kinder müssen in einem frühen Stadium erreicht werden

Es hat sich gezeigt, dass der frühe Zugang zu Familien ein wesentliches Kriterium für eine erfolgreiche Hilfestellung ist. Besonders sehr kleine oder ungeborene Kinder hängen im Hinblick auf ihre gesunde Entwicklung in extremer Weise von den Lebensumständen und der Beziehungsfähigkeit ihrer Mütter und Väter ab.

Die Bedeutung von niedergelassenen Ärzten im Netzwerk der Frühen Hilfen

Belastende familiäre Bedingungen gehen fast immer einher mit einem schlechten Gesundheitszustand von Kindern. Kinder-, Haus- und Frauenärzte sind oft die ersten und einzigen Fachkräfte, die Kin-

der im Alter von null bis drei oder schon während der Schwangerschaft auf ihren Gesundheitszustand und ihre gesunde Entwicklung hin untersuchen können.

Ausgangssituation in Baden-Württemberg zu Beginn des Projektes

Im Jahre 2006 wurden im Rahmen des Programms „Guter Start ins Kinderleben“⁴⁸ bundesweit Modellregionen daraufhin untersucht, wie sich die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen des Gesundheitswesens und Einrichtungen der freien und öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Frühen Hilfen gestaltet.

⁴⁸ Jörg M. Fegert, Ute Ziegenhain u.a., Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben, Universitätsklinikum Ulm, Hsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Berlin, 2010

Fehlende Vernetzung von Vertragsärzten mit Angeboten der Jugendhilfe

Die Untersuchungen belegen, dass es in den Modellregionen vielfältige Angebote zur Unterstützung von belasteten Familien gibt. Allerdings konnte auch festgestellt werden, dass abgesehen von einzelnen, persönlich engagierten niedergelassenen Ärzten das Gros der Vertragsärzteschaft nur schwer in eine Kooperation mit der Jugendhilfe einzubeziehen ist. Als Hindernisse für die schwierige Zusammenarbeit wurden große Unterschiede in der Struktur und in der Arbeitsorganisation der beiden Systeme Jugendhilfe und Gesundheitswesen genannt.

Die Projektidee

Vor diesem Hintergrund wurde ein Projekt bei der KVBW installiert. Ziel ist, Ärzte, sowie Psychotherapeuten mit Angeboten der Frühen Hilfen, beziehungsweise der Hilfen zur Erziehung über das Jugendamt nachhaltig zu verknüpfen. Dazu soll die vorhandene Struktur der Qualitätszirkel genutzt werden. Entscheidend ist, dass die Kooperation interdisziplinär und ganz konkret auf der Fallebene stattfindet. Ein beabsichtigter Begleiteffekt ist dabei, dass beide Partner ihre Kenntnisse über die Arbeitsweise des jeweils anderen erweitern können und Vorurteile abgebaut werden.

In dem Projekt wurden zunächst in 15 Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs Tandems aus je einem Vertreter des Jugendamtes/der Jugendhilfe und einem ärztlichen Qualitätszirkelmoderator gebildet. Diese Tandems wurden mittels einer eigens entwickelten Dramaturgie an zwei Tagen darin geschult, in Qualitätszirkeln gemeinsam Familienfallkonferenzen durchzuführen. Die Familienfallkonferenzen sollen dann von den Moderatoren-Tandems bei Bedarf einberufen werden. Auf diese Weise kann überforderten und belasteten Familien und ihren Kindern wesentlich besser die passgenaue Hilfe vermittelt werden. Die Resonanz auf die Fortbildungen war außerordentlich positiv.

Beteiligte Modellstandorte

Städte: Heilbronn, Heidelberg, Mannheim, Pforzheim, Villingen-Schwenningen

Landkreise: Alb-Donau, Emmendingen, Heidenheim, Ortenau, Ravensburg, Rems-Murr, Tübingen, Schwarzwald-Baar, Waldshut, Zollernalb

Organisation und Durchführung des Projektes

Für die Koordination des Projektes sorgt eine Dipl.-Sozialpädagogin, die befristet für den Projektzeit-

raum in der BD Reutlingen eingestellt wurde. Das Projekt erfährt sozialpolitisch große Unterstützung. In der begleitenden Projektsteuergruppe sind die ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsverbände, das Sozialministerium, die Kommunalen Spitzenverbände, die Landesärztekammer, die Landespsychotherapeutenkammer und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen vertreten.

Weiterentwicklung und Übertragung des Projektansatzes in Baden-Württemberg und auf andere KVen - Abschluss Symposium in Stuttgart

Am 16. November 2011 hat in der KVBW in Stuttgart ein Abschluss Symposium stattgefunden, in dem die wissenschaftlich evaluierten Ergebnisse des Projektes öffentlich vorgestellt und diskutiert wurden. Es ist eine Übertragung auf weitere Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg sowie andere KV-Regionen vorgesehen. Das im Projektverlauf erstellte Handbuch und Methodenmanual sind hierbei eine wesentliche Grundlage. Zudem sollen die entsprechenden Qualifizierungen weiterhin angeboten werden.

Wissenschaftliche Begleitung und Durchführung der Qualifizierung

Die wissenschaftliche Begleitung und Ausbildung der Tandems aus Ärzten, Psychotherapeuten und Jugendhelfemitarbeitern erfolgt durch Prof. Dr. med. Marcus Siebolds und Brigitte Münzel, Sysco GmbH Köln.

Finanzierung

Die Finanzierung des auf 18 Monate angelegten Projektes übernimmt überwiegend das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Nationale Zentrum für Frühe Hilfen in Köln. Die KVBW beteiligt sich an den Kosten durch die Übernahme der Regiekosten.

3.1.6 Balneophototherapie

Leistungen der Balneophototherapie können bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris verordnet werden. Bei der Balneophototherapie baden die Patienten circa 20 Minuten in warmem Wasser, das primär Salzlösungen enthält. Dabei werden sie entweder gleichzeitig oder unmittelbar anschließend mit künstlichem UV-Licht bestrahlt. Die Behandlungen finden mehrmals pro Woche statt und erstrecken sich über mehrere Wochen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erkannte Anfang 2008 die Balneophototherapie als Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung an. Einzelheiten zu den fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen wurden in der zum 1. Oktober 2010 in Kraft getretenen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie) geregelt.

Die Leistung kann durch niedergelassene und ermächtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechts-

krankheiten erbracht werden. Voraussetzung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Hierfür sind fachliche, apparative, organisatorische und räumliche Voraussetzungen nachzuweisen:

- **Fachlich:** Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung und Durchführung (gegebenenfalls unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens fünf zur Photosoletherapie und mindestens fünf zur Bade-PUVA-Therapie, Nachweis von Kenntnissen über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie
- **Apparativ:** Gerät(e) für Ganzkörper-Rundumbestrahlung;
- **Organisatorisch:** unter anderem ein aktueller Wartungsnachweis für das Bestrahlungsgerät sowie ein aktueller Nachweis über die Leuchtmittelüberprüfung, Einweisung des Personals
- **Räumlich:** unter anderem freie Zugänglichkeit der Wanne an mindestens zwei Seiten, Patientendusche in unmittelbarer Nähe, Lüftungsmöglichkeit.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2010

Genehmigungen Stand	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	62
Anzahl beschiedene Anträge	62
• davon Anzahl Genehmigungen	62
• davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Praxisbegehungen	0
Wartungsnachweise § 8	
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 8 Abs. 2)	*

Bemerkungen:

* Vereinbarung erst ab 01.10.2010 in Kraft, daher noch keine Überprüfung der Wartungsnachweise durchgeführt

3.1.7 Qualitätsmanagement-Richtlinie: Ergebnisse der Stichprobe 2010

Im fünften Jahr nach Inkrafttreten der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung ist Qualitätsmanagement (QM) bei einer großen Mehrheit der baden-württembergischen Praxen fest etabliert. Das bestätigen die Stichprobenergebnisse 2010.

465 Stichprobenteilnehmer

Wie in den Vorjahren erfolgte eine repräsentative Überprüfung des Einführungs- und Entwicklungsstands von QM bei 2,5 Prozent der Mitglieder der KVBW. Zu diesem Zweck wurden im Dezember 2010 insgesamt 465 Teilnehmer aller Fachrichtungen angeschrieben und gebeten, den erreichten Einführungs- und Entwicklungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements schriftlich darzulegen. Die zufällige Auswahl ergab folgende Verteilung: 385 Vertragsärzte, 79 Vertragspsychotherapeuten sowie ein Medizinisches Versorgungszentrum.

Der Rücklauf der Befragungsunterlagen war sehr gut: 432 der befragten Stichprobenteilnehmer haben geantwortet. Abzüglich der im Laufe des Überprüfungsverfahrens ausgeschiedenen Teilnehmer ergibt das eine Rücklaufquote von 95,3 Prozent.

Mehrheit in Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung

Die Teilnehmer an der Stichprobe wurden auf Phasenkonformität mit der QM-Richtlinie überprüft. Die Richtlinie sieht für den Aufbau von QM folgenden Zeitplan vor: Zwei Jahre Planung (Phase I), zwei Jahre Umsetzung (Phase II), ein Jahr Überprüfung (Phase III) und danach kontinuierliche Weiterentwicklung (Phase IV). Phasenkonformität ist dann gegeben, wenn sich der Stichprobenteilnehmer in der Phase befindet, in der er laut Richtlinie sein soll.

Bezugspunkt der Phasenzuordnung ist das Datum des Inkrafttretens der Richtlinie zum 1. Januar 2006 beziehungsweise das Datum der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit, wenn diese später erfolgte.

2010 endete für eine große Mehrheit von Praxen der Fünf-Jahres-Zyklus: Alle Einrichtungen, die am 1. Januar 2006 eine Zulassung für die vertragsärztliche Versorgung hatten, mussten im Überprüfungsjahr 2010 Phase III durchlaufen und zum Jahresende QM vollständig eingeführt haben.

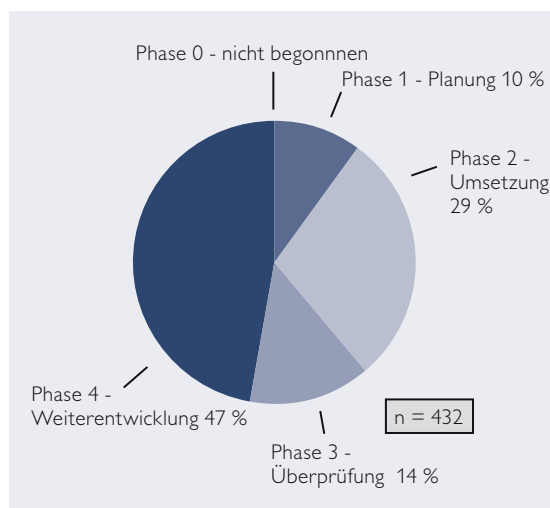
Die Ergebnisse der Phasenkonformität

Phasenzuordnung	n = 432	Ergebnis
mit der jeweiligen Sollphase noch nicht begonnen	28,7%	nicht phasenkonform
in der jeweiligen Sollphase, aber noch nicht abgeschlossen	5,6%	phasenkonform
alle Anforderungen der jeweiligen Sollphase erfüllt und abgeschlossen	65,7%	phasenkonform

Im Einzelnen erbrachte die Stichprobe folgendes Ergebnis:

- Zehn Prozent der Praxen befanden sich in der Planungsphase. **Planung** (Phase I) des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements heißt gemäß der QM-Richtlinie: eine schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustands der Praxis erstellen und konkrete Qualitätsziele für den Aufbau von QM ergreifen.
- 29 Prozent der Befragten waren in der **Umsetzungsphase** (Phase II). Auf Grundlage der durchgeführten Selbstbewertung und Analysen wurden in dieser Phase konkrete Maßnahmen unter Verwendung aller geforderten Grundelemente und Instrumente umgesetzt.
- 14 Prozent **überprüften** die Einführung der QM-Grundelemente und -Instrumente auch im Hinblick auf den Erreichungsgrad mit den angestrebten Zielen.
- 47 Prozent, also der überwiegende Anteil der überprüften Praxen, war bereits in der **fortlaufenden Weiterentwicklung** ihres QM.

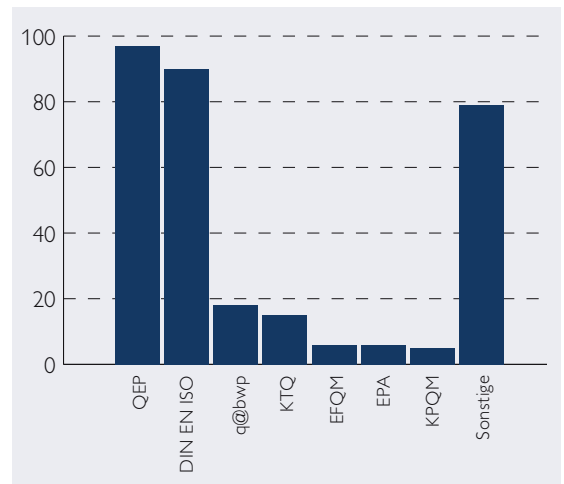
Stand der QM-Umsetzung in Baden-Württemberg 2010



Große Akzeptanz für QEP und DIN ISO

Obwohl die QM-Richtlinie kein bestimmtes QM-System vorschreibt, haben 329 Befragte angegeben, sich an einem System zu orientieren. 316 davon nannten das von ihnen gewählte QM-System: Die Verteilung auf die einzelnen QM-Systeme ist nachfolgender Abbildung zu entnehmen.

Verteilung der gewählten QM-Systeme im Jahr 2010 (n=316)



Unterstützung durch die KVBW

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder bei der Einführung und Umsetzung ihres eigenen, praxisinternen Qualitätsmanagements mit zahlreichen Angeboten. Im Geschäftsbereich Service & Beratung stehen kompetente Ansprechpartner mit Rat und Tat zur Seite.

Neben der persönlichen Beratung zu allen Fragen rund ums QM überprüfen die QM-Berater erstellte Praxishandbücher oder einzelne QM-Dokumente. Sie unterbreiten Verbesserungsvorschläge, stellen Mustervorlagen zum Ausfüllen oder Ergänzungen zur Verfügung, unterstützen und geben Tipps bei der Durchführung von Patientenbefragungen oder helfen bei der Entscheidung für ein bestimmtes QM-System.

3.1.8 Fortbildungsverpflichtung

Neben den Berufsordnungen verpflichtet auch das Sozialgesetzbuch V (SGB V) alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung (§ 95d SGB V). Die KBV hat dazu in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer die „Regelung der Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V“ beschlossen, die am 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist.

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen - unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind - innerhalb von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Der Zeitraum wird berechnet ab dem Datum der Zulassung/Anstellung/Ermächtigung.

Der Nachweis der Fortbildungsverpflichtung ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich durch ein Kammerzertifikat zu führen. Die Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden.

Für das Literaturstudium werden pauschal 50 Punkte pro Fortbildungszeitraum gut geschrieben, so dass mit Hilfe der übrigen Fortbildungsvarianten noch 200 Punkte zu erwerben sind.

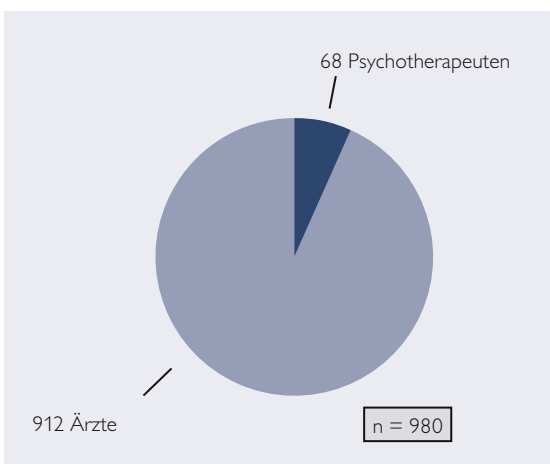
Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonten, die bei den Berufskammern geführt werden.

Bei unzureichender Fortbildung hat der Gesetzgeber (§ 95d Abs. 3 SGB V) erhebliche Sanktionen vorgesehen:

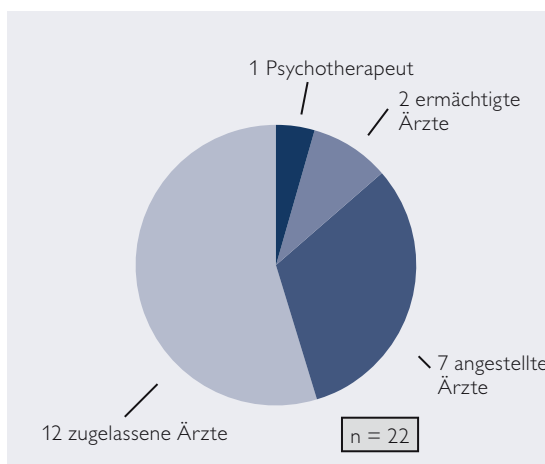
- Honorarkürzungen für vier Quartale um zehn Prozent, für weitere vier Quartale um 25 Prozent
- Innerhalb dieser Zeit ist das Fortbildungsver-säumnis nachzuholen; die Honorarkürzung endet mit dem Quartal, in dem das Zertifikat vorgelegt wird
- Verfahren zum Zulassungsentzug, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

Im Jahr 2010 mussten insgesamt 980 Ärzte und Psychotherapeuten der KV Baden-Württemberg den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung führen.

Nachweispflicht Fortbildungsverpflichtung im Jahr 2010



Nichterfüllung Fortbildungsverpflichtung im Jahr 2010



3.2 PROJEKTE DER KVBW

3.2.1 Substitution von Schwerst-Opiatabhängigen mit synthetischem Heroin

Im vergangenen Jahr hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Substitution von Heroinabhängigen mit Diamorphin in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ein jahrelanger politischer Kampf, der mit aller Härte um den Umgang mit Schwerst-Opiathängigen geführt wurde, hat damit ein vorläufiges Ende gefunden. Die Übernahme der Diamorphin-Substitution in den Leistungskatalog der GKV hatte zur Folge, dass die Behandlung mit synthetisch hergestelltem Heroin in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eingegangen ist. Für die KVBW hieß es daher, die Strukturen zu schaffen, um die Behandlung dieser Patienten zu gewährleisten und damit ihrem Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden. Baden-Württemberg hatte hier immer eine Vorreiterrolle, da eine der wenigen bestehenden Praxen in Deutschland in Karlsruhe betrieben wurde. Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung soll es schwerstabhängigen Heroinkonsumenten ermöglichen, in dafür vorgesehenen ambulanten Praxen unter ärztlicher Aufsicht Diamorphin verabreicht zu bekommen.

Hohe Anforderungen

Die Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte sind hoch. Denn die Richtlinie zur diamorphingestützten Behandlung gibt vor, welche Voraussetzungen der substituierende Arzt erfüllen muss, um die Patienten zu behandeln. So muss der verschreibende Arzt suchttherapeutisch qualifiziert sein und in der Einrichtung ist die ärztliche substituierungs-gestützte Behandlung über einen täglichen Zeitraum von zwölf Stunden sicherzustellen, wofür Arztstellen im Umfang von grundsätzlich drei Vollzeitstellen zwingend zu besetzen sind. Zudem müssen alle Mitglieder des ärztlichen Teams regelmäßig - mindestens zweimal jährlich - an suchtmedizinischen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, die durch die Ärztekammer anerkannt sind. Gleichzeitig sind die Anforderungen an die Patienten hoch, damit sie

überhaupt für eine solche Therapie zugelassen werden können: Die Betroffenen müssen mindestens 23 Jahre alt, seit mindestens fünf Jahren opiatabhängig sein und mindestens zwei erfolglose Therapien hinter sich haben.

Umfangreiches Sicherheitskonzept

Nachdem die Landesregierung Baden-Württemberg im Sommer 2010 die erforderliche landesrechtliche Regelung erlassen hatte, stellte die KVBW in einer Informationsveranstaltung gemeinsam mit dem Innenministerium das Sicherheitskonzept interessierten Ärzten vor. Klar wurde dabei, dass der Aufwand, den ein Arzt für eine solche Praxis betreiben muss, enorm ist. Da dies für einen Arzt allein nicht zu leisten ist, hat die Landesregierung eine Unterstützung für die Anfangsinvestition zugesagt. Da die landesrechtliche Regelung ebenfalls ein Konzept zur psychosozialen Begleitung der Patienten vorsieht, ist ebenfalls deutlich geworden, dass es nur wenige Standorte in Baden-Württemberg geben kann und eine enge Zusammenarbeit mit der Stadt eine zwingende Voraussetzung für den Betrieb einer solchen Praxis darstellt. Alle Beteiligten gingen zu Beginn von neun Standorten in Baden-Württemberg aus, die nach und nach aufgebaut werden sollten. Grundlage dieser Berechnung war eine Abschätzung der Patientenzahlen, die eine Größenordnung von etwa 300 in Baden-Württemberg ergeben hat. Da es undenkbar ist, alle Praxen gleichzeitig eröffnen zu wollen, sollte zunächst neben der Praxis in Karlsruhe eine in Stuttgart an den Start gehen. Die Erfahrungen, die daraus gewonnen werden konnten, sollten dann für den Aufbau der weiteren Praxen verwendet werden. Aber bereits in Stuttgart zeigte sich schnell, mit welchen Hürden der Start einer Diamorphin-Substitutionspraxis begleitet ist. Die Stadt Stuttgart hatte ihre Unterstützung zugesagt, ein qualifizierter Arzt war vorhanden, aber die Frage des Standortes erwies sich als ausgesprochen schwierig. In der Bevölkerung stößt es keineswegs auf Gegenliebe, eine solche Einrichtung in der Nachbarschaft zu haben. In anderen

Städten hat die Stadtverwaltung zudem wenig Interesse an einer derartigen Praxis gezeigt, so dass die Zahl von neun Standorten in Baden-Württemberg zu hoch sein wird. Denn genauere Untersuchungen

haben ergeben, dass die Zahl der Patienten wesentlich niedriger ist als ursprünglich angenommen und wohl nicht mehr als maximal 200 betragen wird.

3.2.2 Qualitätszirkel

Eine ausgesprochen erfolgreiche Qualitätssicherungsmaßnahme im ambulanten Bereich sind die Qualitätszirkel. Hier treffen sich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in kleinen Gruppen zum moderierten Erfahrungs- und Wissensaustausch sowie zur strukturierten Besprechung von Fällen aus dem Praxisalltag. Konkret geht es um die kollegiale Wissensvermittlung in einem Freiraum, der weder durch die Politik noch durch die Industrie unmittelbar beeinflusst ist. Die Qualitätszirkelarbeit ist ein auf Eigenverantwortung basierendes Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die KVBW misst der Qualitätszirkel-Arbeit eine zentrale Bedeutung für die Sicherung der Qualität in der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg bei. Vor diesem Hintergrund wird die Arbeit der Qualitätszirkel von der KVBW finanziell gefördert. Seit 2006 erhält der Moderator des Qualitätszirkels eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 75,- Euro pro Sitzung.

Die ersten Qualitätszirkel wurden in Deutschland Anfang der Neunziger Jahre gebildet. Bundesweit gibt es mittlerweile über 8.000 Qualitätszirkel.

Zum 31. Dezember 2010 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 819 aktive Qualitätszirkel, das heißt Qualitätszirkel, die im Jahr 2010 regelmäßig (= mindestens vier mal) getagt und die zwischen fünf bis 20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten.

Die Zahl der von der KVBW anerkannten und entsprechend finanziell geförderten Qualitätszirkel ist im Jahr 2010 landesweit gering gestiegen (von 796 auf 819). Erstmals wurden mehr hausärztliche als psychotherapeutische Qualitätszirkel verzeichnet.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl von Qualitätszirkeln im Jahresvergleich 2009 zu 2010, jeweils aufgeteilt nach Bezirksdirektionen:

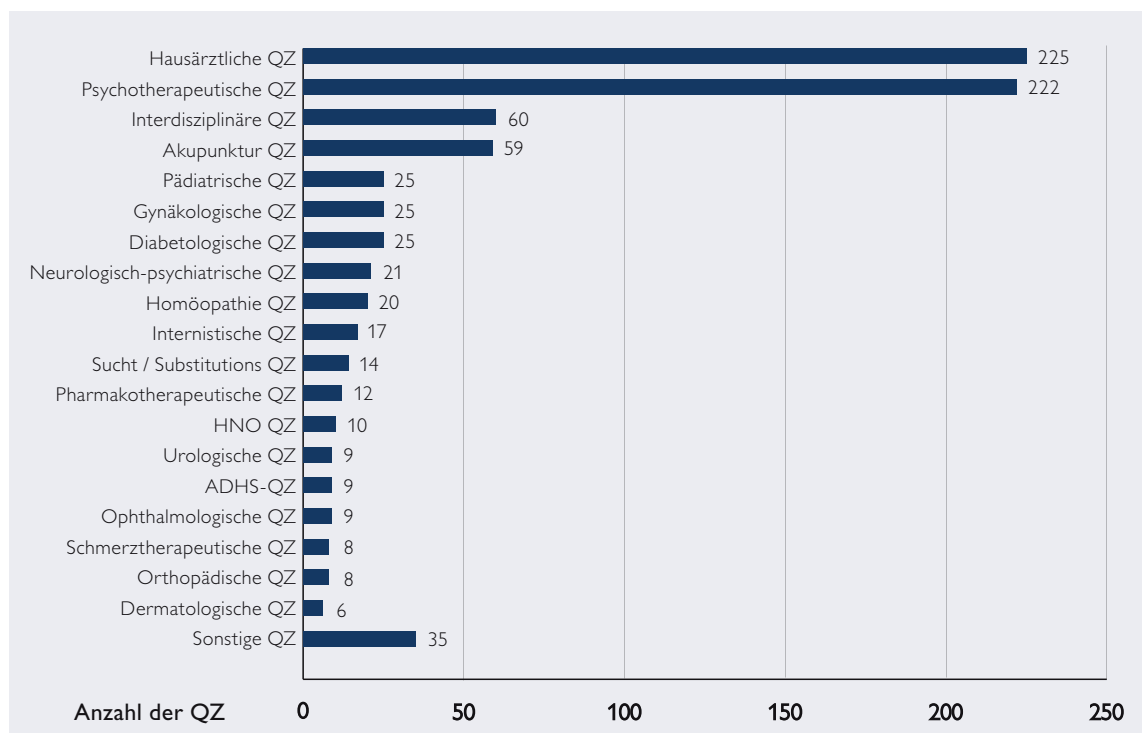
Bezirksdirektion	Anzahl Qualitätszirkel 2009	Anzahl Qualitätszirkel 2010	Veränderung im Jahresvergleich
Freiburg	197	193	-1%
Karlsruhe	208	185	-11%
Stuttgart	188	223	+19%
Reutlingen	203	218	+7%
Gesamt Baden-Württemberg	796	819	+3%

Verteilung der Qualitätszirkel nach Bezirksdirektionen in den Jahren 2009 und 2010

Die 819 aktiven Qualitätszirkel wiesen ein breites Spektrum auf. Neu hinzugekommen sind Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie und zur Therapie des

Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung (ADHS). Einen Überblick hierzu bietet die nachfolgende Abbildung:

Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel in Baden-Württemberg 2010



4. QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGS-ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Ein stetig wachsender Anteil der vertragsärztlichen Leistungsbereiche unterliegt zusätzlichen Qualitätsanforderungen. Nur die Leistungserbringer, welche die festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen beziehungsweise Qualitätskriterien erfüllen, erhalten von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung, die entsprechenden Leistungen zu erbringen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen.

Im Jahr 2010 hat der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KV Baden-Württemberg 7.851 Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen beschlossen, wovon

- 7.401 Abrechnungsgenehmigungen in 44 verschiedenen Leistungsbereichen erteilt wurden
- 450 ablehnende Bescheide erstellt werden mussten, weil die Ärzte die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt haben

41 mal musste eine Abrechnungsgenehmigung wegen Qualitätsmängeln beziehungsweise Wegfall der Qualifikationsvoraussetzungen widerrufen werden. Dies betraf sieben verschiedene Leistungsbereiche.

Hinzu kommen noch Genehmigungen auf der Grundlage von regionalen Vereinbarungen wie Disease Management Programme, Genehmigungen zur Durchführung von akkreditierten Patientenschulungsprogrammen und Genehmigungen zur Teilnahme an regionalen Zusatzverträgen der Krankenkassen und Hausarztverträgen.

4.1 Erteilte Genehmigungen 2010 zu 2009

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	
Akupunktur	74	83	0	9	8	0	1.731
Apheresen	8	15	0	0	0	0	93
Ambulante Operationen	341	374	0	0	0	0	4.403
Arthroskopie	44	59	0	0	0	0	535
Balneophototherapie	62	-	0	-	0	-	62
Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	58	93	0	0	8	7	211
Herzschrittmacher- kontrolle	24	23	1	0	0	0	329
Histopathologie	2	76	0	3	0	0	76
Hautkrebs-Screening	248	619	12	3	0	Keine Angaben möglich	5.281
HIV-Infektionen/Aids- Erkrankungen	1	5	0	1	0	0	26

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	
Interventionelle Radio- logie	1	5	0	0	3	4	5
Invasive Kardiologie	1	10	0	10	0	3	19
Koloskopie	42	23	0	0	13	26	339
Künstliche Befruchtung	Genehmigung wird durch Ärztekammer erteilt						91
Laboratoriums- untersuchungen	65	73	7	17	323	0	1.620
Langzeit-EKG- Untersuchungen	143	187	0	1	0	0	1.277
Magnetresonanztomographie	26	50	0	5	2	0	329
Magnetresonanztomographie	18	42	2	0	0	0	271
Mammographie (kurativ)	46	30	8	8	1	7	317
Medizinische Rehabilitation	492	501	0	0	0	0	7.279
Onkologie-Vereinbarung	274	42	53	3	2	9	403
Otoakustische Emissionen	47	18	0	0	0	0	404
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	2	3	0	0	1	0	44
Phototherapeutische Keratektomie	1	3	0	0	0	0	18
Psychosomatische Grundversorgung	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	10.118
Psychotherapie	1.265	1.299	4	2	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	3.738*
Schlafbezogene Atmungsstörungen	37	40	0	1	1	0	360
Schmerztherapie	16	14	0	4	0	2	158
Sozialpsychiatrie- Vereinbarung	6	4	1	0	0	2	70
Soziotherapie	15	21	0	0	0	0	459
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	14	16	0	0	0	0	144

Bemerkung:

* Ärzte und Psychotherapeuten

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2010	2009	2010	2009	2010	2009	
Strahlendiagnostik/- therapie							
• Konventionelle Röntgendiagnostik	332	269	13	6	8	0	2.687
• Computertomographie	104	56	5	2	1	0	477
• Osteodensitometrie	50	55	1	0	2	5	371
• Strahlentherapie	31	32	0	1	0	1	153
• Nuklearmedizin	52	23	0	0	0	1	241
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhän- giger	5	5	0	0	11	11	346
Ultraschalldiagnostik	3.242**	2.637**	304**	112**	Keine Angaben möglich	12**	10.260
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	79	78	2	4	56	24	992
Vakuumbiopsie der Brust	19	24	0	0	0	0	40
Zytologische Untersu- chungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales	5	7	4	0	5	10	149
Genehmigungen auf Grundlage des EBM:							
Diabetischer Fuß	70	63	19	9	0	0	1.515
Funktionsstörungen der Hand	28	26	0	0	0	0	460
Orientierende ent- wicklungsneurologische Untersuchung	4	22	5	4	0	0	373
Krebsfrüherkennung bei der Frau	4	8	2	2	0	0	922
Empfängnisregelung	3	9	5	3	0	0	891
Neurophysiologische Übungsbehandlung	0	0	0	0	0	0	121
Physikalische Therapie	0	0	2	0	0	0	246

Bemerkung:

** Anwendungsbereiche

5. SERVICE

5.1 FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat im Jahr 2010 das Fortbildungsangebot für Ärzte, Psychotherapeuten und deren Praxismitarbeiter weiter ausgebaut. Das abwechslungsreiche Angebot erstreckte sich auf zahlreiche Themen der Qualitätssicherung und -förderung sowie auf vielfältige weitere Themen, unter anderem aus den Bereichen Betriebswirtschaft, EDV und Qualitätsmanagement.

Alle Kurse sind speziell auf die Bedürfnisse der Praxen zugeschnitten, so dass das Gelernte direkt im Arbeitsalltag umgesetzt werden kann. Durch die Unterstützung beim Erwerb von Qualifikationen zur Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen entsteht darüber hinaus ein wichtiger Mehrwert zur zukunftssicheren Gestaltung der Praxen.

Die meisten Seminare werden von der Landesärztekammer zertifiziert und auf das Fortbildungszertifikat anerkannt. Die erworbenen Fortbildungspunkte werden auf elektronischem Wege an die Ärztekammer gemeldet und von dort auf die Fortbildungskonten der Teilnehmer gebucht.

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 291 Fortbildungsveranstaltungen mit 6.716 Teilnehmern durchgeführt. In der nachfolgenden Tabelle sind die Themen mit Anzahl der durchgeführten Kurse und Teilnehmer zusammengestellt:

Fortbildungsangebot der KVBW	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Themen der Qualitätssicherung und -förderung im Einzelnen		
Patienten-Schulungsprogramme für Diabetiker, Hypotoniker und Asthmatiker/COPD-Erkrankte	41	719
DMP-Fortbildungen	10	407
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	4	88
Auffrischungskurs zur Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	3	119
Moderatorentaining für Qualitätszirkel	5	77
Fortbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln	7	90
Sachkundekurs zur Aufbereitung und Instandsetzung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis	11	329
Onkologische Fortbildung für medizinisches Fachpersonal	2	115
Fortbildungsveranstaltung zum Hautkrebs-Screening	6	191
Erfahrungsaustausch substituierender Ärzte	1	39
Sonographie der Säuglingshüfte	2	86
Kurs Spezielle Schmerztherapie (40 bzw. 80 Stunden)	5	179
Weitere Themen in zusammengefasster Form:		
Einzelseminare für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	61	1.253
Betriebswirtschaftliche Seminare	29	887
Seminare für das Praxisteam	53	1.127
Qualitätsmanagement-Kurse	40	905
EDV-Kurse	11	105
Gesamt-Anzahl:	291	6.716

5.2 PATIENTENSERVICE

5.2.1 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen werden von Ärzten und Psychotherapeuten zunehmend als ergänzende Hilfe in Anspruch genommen und haben sich so zu einer weiteren wichtigen Säule im Gesundheitswesen entwickelt. Dort wo sich professionelle fachliche Kompetenz von Ärzten und Psychotherapeuten mit der erlebten Kompetenz und den Erfahrungswerten der Selbsthilfegruppe verbindet, zeigen sich Synergieeffekte und damit ein Mehr an Qualität und Transparenz. Außerdem erfahren die Praxen eine zeitliche Entlastung und eine zuverlässigere Mitwirkung der Patienten bei der Therapie.

Zur Unterstützung der Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg im Geschäftsbereich Service und Beratung, Sachgebiet Bürgerservice, die Kooperationsberatung für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen (KOSA) eingerichtet. Auf der Grundlage einer Mitgliederbefragung konnte die KVBW eine Datenbank errichten, die ausschließlich kooperationsinteressierte Ärzte und Psychotherapeuten enthält. Unter der **Telefonnummer 07121 / 9172396** können sowohl Selbsthilfegruppen als auch Ärzte und Psycho-

therapeuten einen Kooperationspartner finden, der zu ihnen, das heißt zum Krankheitsbild der Selbsthilfegruppe oder zum Fachgebiet des Arztes beziehungsweise Psychotherapeuten passt.

Die KOSA bietet immer wieder neue Anreize und Möglichkeiten für Praxen, sich an einer Zusammenarbeit zu beteiligen und organisiert mehrmals im Jahr verschiedene Veranstaltungen. Zudem werden regelmäßig Artikel in der Mitgliederzeitschrift „ergo“ veröffentlicht und die Vorteile und die Ressourcenersparnis für Ärzte verdeutlicht.

Auch seitens der Selbsthilfegruppen und ihrer Verbände ist das Interesse an einer Zusammenarbeit mit den Ärzten und Psychotherapeuten beziehungsweise ihrer Organisation, der KVBW, groß. Zu den Serviceangeboten gehören maßgeschneiderte Beratungsangebote, gemeinsame Fachtagungen für Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Fachgesellschaften und Selbsthilfegruppen, zertifizierte Fortbildungsseminare für Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen der Management Akademie sowie die Vermittlung ärztlicher und psychotherapeutischer Referenten an Selbsthilfegruppen.

5.2.2 Patienteninformation „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“

Die telefonische Patienteninformation „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ ist dem Geschäftsbereich Service und Beratung, Sachgebiet Bürgerservice, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zugeordnet. MedCall hat sich bei Bürgern und Mitgliedern der KVBW derart etabliert, dass die Mitarbeiterinnen im Oktober 2011 bereits auf das zehnjährige Bestehen der Patienteninformation zurückblicken können.

Das medizinische Fachpersonal leistet den Anrufern Hilfestellung unter anderem bei der Suche nach

- Haus- oder Fachärzten (wohnnah),
- Ärzten mit einem speziellen Tätigkeitsschwerpunkt oder besonderen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten,
- Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten,
- Praxen mit einem behindertengerechten Zugang und entsprechenden Parkmöglichkeiten,
- Ärzten, Therapeuten sowie Praxispersonal mit speziellen Fremdsprachenkenntnissen,
- Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen,
- Selbsthilfegruppen, Gesundheitssportverbänden und Beratungsdiensten.

Die Koordinierung freier Psychotherapiekapazitäten durch MedCall unterstützt die Ärzte und Psychotherapeuten der KVBW in der Praxisführung. Gemeinsames Ziel mit den Mitgliedern ist es zudem, die Versorgungssituation der Patienten in Baden-Württemberg zu optimieren.

Darüber hinaus informiert der telefonische Beratungsservice über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die Strukturen des Gesundheitswesens sowie die Organisation der Verwaltungsorgane und deren Leistungserbringer. Neben diesen Tätigkeiten gehört auch das Beschwerdemanagement zu den Aufgaben der Patienteneinrichtung.

Der telefonische Beratungsservice ist unter der Rufnummer 01805-6332255* montags bis donnerstags von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr sowie freitags von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr zu erreichen.

(*14 Cent/pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Mobilfunk maximal 42 Cent/Minute)

Das MedCall-Team

Statistische Auswertung MedCall 2010

Anruferzahlen nach Themenbereichen:

Anrufgrund:	1/10	2/10	3/10	4/10	Gesamt
Arztadressen	4.793	4.994	4.755	4.950	19.492
Diagnostik-/ Therapieverfahren	473	460	413	457	1.803
Krankenhaus / Reha / Selbsthilfegruppen	117	121	135	79	452
Beschwerden	487	444	375	443	1.749
Individueller Beratungswunsch	42	31	36	54	163
Sonstige Fragen	993	1.237	1.132	946	4.308
Praxisgebühr	69	40	80	53	242
Adresslistenversand	11	9	9	0	29
schriftliche Anfragen	2	6	2	25	35
Summe:	6.987	7.342	6.937	7.007	28.273

Monatlich geführte Telefonate:

	Summe/Monat	Arbeitstage/Monat	Anrufe Tages Ø
Januar 10	2.108	17	124
Februar 10	2.153	20	108
März 10	2.723	23	118
April 10	2.616	20	131
Mai 10	2.386	19	126
Juni 10	2.328	20	116
Juli 10	2.437	20	122
August 10	2.214	22	101
September 10	2.286	22	104
Oktober 10	2.488	21	118
November 10	2.711	21	129
Dezember 10	1.793	17	105
Summe:	28.243	242	117

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagements werden die telefonischen Beratungsgespräche stichprobenweise mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens evaluiert.

Evaluationsergebnisse:

Mitgliederbewertung:	
Soll-Wert 4,2 von max. 5,0 Pkt.	Ist-Wert
Praktischer Nutzen	4,7
Beratungsaufwand	4,7
Verständlichkeit der Beratung	4,6
Freundlichkeit der Mitarbeiter	4,8
Zufriedenheit	4,6
Weiterempfehlungsquote	97%
Bewertung der psychotherapeutisch tätigen Mitglieder zur Koordinierungsstelle:	
Soll-Wert 80%	Ist-Wert
Praktischer Nutzen	98%
Zufriedenheit	98%
Weiterempfehlungsquote	96%

Weitere Informationen zum Patiententelefon „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ sind im Internet unter www.kvbawue.de/buerger/patiententelefon_medcall/ abrufbar.

IMPRESSUM

Qualitätsbericht 2010 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

Redaktion

Dr. med. Norbert Metke (verantwortlich)
Dr. med. Michael Viapiano
Wolfgang Wiedlin
Ute Noack
Rolf Sievers
Kai Sonntag
Eva Frien

Autoren KVBW

Karin Artz
Dr. med. Michael Dierich
Susanne Flohr
Babett Hartung
Roland Müller
Corinna Pelzl
Kai Sonntag
Dr. med. Michael Viapiano
Wolfgang Wiedlin

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Sundgaullee 27
79114 Freiburg
Telefon: 0761 / 884-4380
Telefax: 0761 / 884-483831
E-Mail: Qualitaetsbericht@kvbawue.de

Erscheinungstermin

November 2011

Gestaltung und Realisation

Uwe Schönthaler

Auflage

2500

Anmerkung:

Die Begriffe „Arzt“ und „Psychotherapeut“ im Text stehen immer sowohl für die männliche als auch für die weibliche Berufsbezeichnung.

Datenteil Qualitätsbericht 2010

INHALTSVERZEICHNIS

Anhang

A	Kommissionen der Qualitätssicherung	44
B	Arztstruktur	46
C	Genehmigungsbereiche von A-Z	48
C.1	ADHS	48
C.2	Akupunktur	49
C.3	Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren	52
C.4	Ambulante Operationen	54
C.5	Arthroskopie	55
C.6	Blutreinigungsverfahren / Dialyse	57
C.7	DMP	59
C.8	Erweitertes Neugeborenen-Screening	63
C.9	Herzschrittmacher-Kontrolle	64
C.10	Hautkrebs-Screening	65
C.11	HIV-Infektionen /Aids-Erkrankungen	67
C.12	Interventionelle Radiologie	69
C.13	Invasive Kardiologie	71
C.14	Koloskopie	73
C.15	Künstliche Befruchtung	77
C.16	Laboratoriumsuntersuchung	78
C.17	Langzeit-EKG-Untersuchungen	79
C.18	Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)	80
C.19	Magnetresonanz-Angiographie	83
C.20	Mammographie (kurativ)	85
C.21	Mammographie-Screening	87
C.22	Medizinische Rehabilitation	88

C.23	Onkologie	89
C.24	Otoakustische Emissionen	90
C.25	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	91
C.26	Phototherapeutische Keratektomie	92
C.27	Psychotherapie	93
C.28	Schlafbezogene Atmungsstörungen	95
C.29	Schmerztherapie	96
C.30	Sozialpsychiatrie	97
C.31	Soziotherapie	97
C.32	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	98
C.33	Strahlendiagnostik/ -therapie	99
C.34	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	103
C.35	Ultraschall diagnostik	105
C.36	Vakuumbiopsie der Brust	113
C.37	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri	115
D	Genehmigungen auf Grundlage des EBM	117
D.1	Diabetischer Fuß	117
D.2	Funktionsstörungen der Hand	117
D.3	Orientierende Entwicklungsneurologie	117
D.4	Krebsfrüherkennung der Frau	118
D.5	Empfängnisregelung	118
D.6	Neurophysiologische Übungsbehandlung	118
D.7	Physikalische Therapie	118
E	Rechtsgrundlagen und Instrumente	120

A KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2010 ggf. inklusive Kolloquien
Akupunktur	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	2
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 15 ärztlichen Mitgliedern der KV	1
Apherese	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	5
Arthroskopie	Landesweite Kommission BW 7 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	7
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 15 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK	2
Diabetes	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder 1 beratendes ärztliches Mitglied für KHK	2
Dialyse	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Herzschrittmacher	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 8 örtlichen Mitgliedern	0
HIV/Aids	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder	2
Invasive Kardiologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Koloskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	1
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 23 ärztlichen Mitgliedern der KV	11
Labor	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	3
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 34 ärztlichen Mitgliedern der KV	12
Langzeit- EKG	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 12 örtlichen Mitgliedern der KV	0
Mammographie	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 25 ärztlichen Mitgliedern der KV	13
Magnetresonanztomographie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 10 ärztlichen Mitgliedern der KV	8
Onkologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	4
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 17 ärztlichen Mitgliedern/ Fachberatern der KV	0

Kommissionen der Qualitätssicherung

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2010 ggf. inklusive Kolloquien
Photodynamische Therapie/Phototherapeutische Keratektomie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 ärztlichen Mitgliedern der KV	2
Polygraphie/ Polysomnographie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Qualitätsmanagement	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	1
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	Landesweite Kommission BW	0
	4 regionale Kommissionen	8 (7 im Bereich Strukturqualität, 1 im Bereich Ergebnisqualität)
	Gemeinsame Prüfkommision der KVBW und der Ärztlichen Stelle: mit insgesamt 34 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK 1 Leiter der Ärztlichen Stelle nach RöV Routine- und Stichprobenprüfungen durch Ärztliche Stelle	9 (im Bereich Ergebnisqualität)
Schmerztherapie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	3
	3 regionale Kommissionen mit insgesamt 13 ärztlichen Mitgliedern der KV	3
Substitution	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 Mitglieder der Krankenkassen	2
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 12 ärztlichen Mitgliedern der KV 12 Mitgliedern der Krankenkassen	23
Ultraschall „Allgemein“	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus	1
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 146 Mitgliedern/Fachberatern	81
Ultraschall „Säuglingshüfte“ (Stichprobenprüfung)	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus	1
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 23 Mitgliedern/Fachberatern der KV	16
Zytologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus 2 Mitglieder des MDK	2

B ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)

Nach der Weiterbildungsordnung führt der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung zur Facharztbezeichnung in einem Gebiet. Eine auf die Facharztweiterbildung aufbauende Spezialisierung im Gebiet berechtigt zum Führen einer Schwerpunkt-

bezeichnung. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die in Baden-Württemberg an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung.

Arztgruppe	an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
Chirurgen	766
• darunter Gefäßchirurgen	111
• darunter Kinderchirurgen	10
• darunter Plastische Chirurgen	22
• darunter Thoraxchirurgen	14
• darunter Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	7
• darunter Unfallchirurgen	416
• darunter Visceralchirurgen	109
Gynäkologen	1.484
• darunter Gynäkologische Endokrinologen und Reproduktionsmediziner	17
• darunter Gynäkologische Onkologie	24
• darunter Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	14
HNO-Ärzte	500
• darunter Phoniatriker und Pädaudiologen	5
Internisten	2.896
• darunter Angiologen	79
• darunter Endokrinologen und Diabetologen	73
• darunter Gastroenterologen	252
• darunter Hämatologen	33
• darunter Hämatologen und internistische Onkologen	155
• darunter Infektiologen	1
• darunter Kardiologen	341
• darunter Lungen- und Bronchialheilkundler	7
• darunter Nephrologen	185
• darunter Pneumologen	110
• darunter Rheumatologen	81

Arztstruktur

Arztgruppe	an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
Kinderärzte	964
• darunter Kinder-Hämatologen u. -Onkologen	6
• darunter Kinderkardiologen	45
• darunter Neonatologen	104
• darunter Neuropädiater	73
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	627
• darunter Forensische Psychiater	1
• darunter Kinderneuropsychiater	1
Orthopäden	773
• darunter Rheumatologen	74
Radiologen / Diagnostische Radiologen	520
• darunter Kinderradiologen	10
• darunter Neuroradiologen	30
• darunter Strahlentherapeuten	11

Quelle: Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.2010

C GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z

C.1 ADHS

Der am 1. April 2009 in Kraft getretene Vertrag nach § 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg legt besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differentialdiagnostischen Untersuchungen der Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 4. und 18. Lebensjahr. Der Vertrag fördert die koordinierte Behandlung

und stellt durch fachübergreifende Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten in regionalen, interdisziplinären ADHS-Teams bei gesicherter Diagnose eine leitlinienorientierte Therapie sicher.

Die begleitende Evaluation wird alle drei bis sechs Monate durch einen Behandlungsstatusbericht sowie in vierteljährlichen Teamsitzungen der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten sichergestellt.

Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts-)Störung), Rechtsgrundlage: § 73c SGB V, Gültigkeit: 1.4.2009		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	187	173
Anzahl beschiedene Anträge	26	175
• davon Anzahl Genehmigungen	26	175
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	5	2
Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)		
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise nach § 7 (4) erbracht haben	55	55
Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten		
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	nicht geprüft*	nicht geprüft*

Bemerkung:

* Prüfbeginn ist Quartal 2/2011

C.2 AKUPUNKTUR

Nach der erfolgreichen Beendigung der Modellversuche zur Akupunktur wurde zum 1. Januar 2007 die Erbringung von Leistungen der Körperakupunktur

mit Nadeln ohne elektrische Stimulation (Akupunktur) als genehmigungspflichtige Leistung in die vertragsärztliche Versorgung mit aufgenommen.

Als Voraussetzungen zum Erhalt einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur müssen interessierte Ärzte folgende Qualifikationsnachweise vorweisen können:

- Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur, belegt durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ oder einer gleichwertigen Qualifikation
- Kenntnisse in der psychosomatischen Grundversorgung sowie
- Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie.

Darüber hinaus müssen die an der Akupunkturvereinbarung teilnehmenden Ärzte mindestens viermal im Jahr an Fallkonferenzen beziehungsweise Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“ teilnehmen. Dies dient dem stetigen Erfahrungsaustausch zwischen den akupunktierenden Ärzten, um die bestmögliche Versorgung ihrer Patienten zu gewährleisten.

Die Leistungen der Akupunktur können nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, praktischen Ärzten, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie, Fachärzten für Anästhesiologie sowie Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin als ver-

tragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

Der behandelnde Arzt erhebt bereits vor der ersten Akupunkturbehandlung eine schmerzbezogene Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) und prüft, ob eine Akupunktur die richtige Behandlungsmethode ist. Anschließend erstellt er einen auf den Patienten zugeschnittenen Therapieplan.

Die Akupunktur erfolgt mit jeweils bis zu zehn Sitzungen innerhalb von sechs Wochen. In begründeten Ausnahmefällen, zum Beispiel bei extrem starken Schmerzen, können bis zu 15 Sitzungen innerhalb von zwölf Wochen erfolgen.

Die Durchführung der Akupunktur erfolgt in separaten Räumen und in abgetrennten Behandlungseinheiten.

Für gesetzlich Krankenversicherte können Akupunkturleistungen nur für folgende Indikationen durchgeführt werden:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule
- chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose

Die chronischen Schmerzen müssen seit mindestens sechs Monaten bestehen.

Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007					
Genehmigungen Stand		31.12.2010		31.12.2009	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		1.731		1.720	
Anzahl beschiedene Anträge		74		83	
• davon Anzahl Genehmigungen		74		74	
• davon Anzahl Ablehnungen		0		9	
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs.5)		0		0	
Anzahl Praxisbegehungen		0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		sonstige Gründe	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 6 Abs. 6)	sonstige Gründe	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 6 Abs. 6)
		0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung		8		0	
Dokumentationsprüfungen § 6 - Prüfprozess		2010		2009	
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6 Abs. 2)		Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden
		12	69	9	52
• davon bestanden		12	60	8	43
• davon nicht bestanden		0	9	1	9
Anzahl Wiederholungsprüfungen (§ 6 Abs. 6)		0	0	0	1
• davon ohne Beanstandungen		0	0	0	0
• davon mit Beanstandungen		0	0	0	1
Kolloquien (§ 6 Abs. 6)		0	1	0	0
• davon bestanden		0	1	0	0
• davon nicht bestanden		0	0	0	0

Akupunktur

Dokumentationsprüfungen § 6 -Mängelanalyse	2010		2009	
Anzahl geprüfter Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
	907	664	857	695
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
	29*	89*	121	147
• davon nicht vollständig i.S.v. § 5 Abs. 1, Nr. 3 bis 5	29*	89*	79	70
• davon eingeschränkt oder nicht nachvollziehbar begründet	0	0	49	88
• davon nicht vollständig i.S.v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und eingeschränkt oder nicht nachvollziehbar begründet	0	0	35	67
Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2	2010		2009	
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 6 vorgelegt haben	1.552		1.505	

Bemerkung:

* Diese Fälle waren alle unvollständig, jedoch eingeschränkt nachvollziehbar.

C.3 APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Apheresen ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zu den Blutreinigungsverfahren (Dialyse) möglich.

Rechtsgrundlage ist die Richtlinie zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapherese). Die Fachkommission prüft auf dieser Grundlage für jeden Patienten individuell, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung

gegeben ist. Für die in der Richtlinie genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, so dass Apheresen nur in Ausnahmefällen als „ultima ratio“ bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen. Wichtig: Nach Prüfung der Indikation durch die Kommission muss in jedem Fall noch der Leistungsbescheid des zuständigen Kostenträgers abgewartet werden.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 12.9.2008

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	93	92
Anzahl beschiedene Anträge	8	15
• davon Anzahl Genehmigungen	8	15
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0

Bemerkung:

Die Genehmigungen sind in Baden-Württemberg an die Betriebsstätte gebunden

LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung

Stand	2010	2009
Anzahl Patienten	5	7
Anzahl Erstanträge	0	2
• davon angenommen	0	2
• davon abgelehnt	0	0
Anzahl Folgeanträge	5	5
• davon angenommen	5	5
• davon abgelehnt	0	0

Apheresen

LDL-Apherese bei **schwerer** Hypercholesterinämie, bei der grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann

Stand	2010	2009
Anzahl Patienten	58	60
Anzahl Erstanträge	3	12
• davon angenommen	3	8
• davon abgelehnt	0	4
Anzahl Folgeanträge	55	48
• davon angenommen	55	48
• davon abgelehnt	0	0

LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Stand	2010	2009
Anzahl Patienten im Jahr	9	11
Anzahl Erstanträge	7	9
• davon angenommen	5	2
• davon abgelehnt	2	7
Anzahl Folgeanträge	2	2
• davon angenommen	2	2
• davon abgelehnt	0	0

Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

Anzahl Patienten, die mindestens einen Zyklus begonnen haben	0	0
--	---	---

C.4 AMBULANTE OPERATIONEN

Ambulante Operationen oder Eingriffe sind grundsätzlich nach Facharztstandard zu erbringen. Zur Durchführung bestimmter Operationen bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen ist. Die Eingriffe gliedern sich nach Ausmaß und Gefährungsgrad nach den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes in

- Operationen
- kleine invasive Eingriff
- invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen
- Endoskopien
- Laserbehandlungen

Durch diese Einteilung in fünf Kategorien ergeben sich nach der Qualitätssicherungsvereinbarung unterschiedliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung. Daher ist zusätzlich durch eine schriftliche Erklärung detailliert zu bestätigen, dass die baulichen, apparativ-technischen, personellen und hygienischen Voraussetzungen am Ort der Leistungserbringung gegeben sind.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien, Rechtsgrundlage: § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2006

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung*	4.403	4.328
Anzahl beschiedene Anträge	341	374
• davon Anzahl Genehmigungen	341	374
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0

Bemerkung:

* einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115b

C.5 ARTHROSKOPIE

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

Anfang März 2010 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach § 136 Abs. 1 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie) in Kraft getreten. Die Regelung enthält bundesweit einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk. Sie ersetzt die bis dahin gültigen Arthroskopie-Richtlinien der KVBW. Die neue Richtlinie führt in Baden-Württemberg insgesamt nicht zu einer inhaltlichen Verschärfung der Prüfkriterien. Auf der Basis dieser Kriterien werden stichprobenartige Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen durchgeführt.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994;
Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.03.2010

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	535	501
Anzahl beschiedene Anträge	44	59
• davon Anzahl Genehmigungen	44	59
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	2010	2009
Anzahl geprüfter Ärzte	52	44
• davon wegen § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	48	40
• davon wegen § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	4	4
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	entfällt, da innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten 10 % der Ärzte geprüft werden müssen	entfällt, da innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten 10 % der Ärzte geprüft werden müssen

Arthroskopie

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	2010		2009	
	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routine- prüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängel- prüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routine- prüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängel- prüfung“
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:				
• davon ohne Beanstandungen	1	0	1	0
• davon mit geringen Beanstandungen	16	2	11	3
• davon mit erheblichen Beanstandungen	5	1	8	1
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	26	1	20	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	51		43	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungs- gespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0		0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtver- gütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	40		39	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	1		0	
• davon bestanden	1		0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0		0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmi- gungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buch- stabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0		0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat. (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0		0	

Bemerkung:

Auch beim Gesamtergebnis „geringe Beanstandungen“ kann es in einem Einzelfall (das heißt bei einem Patienten) zu einer Leistungsstreichung wegen qualitativer Mängel gekommen sein

C.6 BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse ist genehmigungspflichtig. Grundlage ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigerungsverfahren (§ 135 Abs. 2 SGB V i.V.m. Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrages). Die Qualifikationsvoraussetzungen sind vorrangig an den Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie gebunden. Für die Erteilung des erforderlichen Versorgungsauftrages sind weitere organisatorische Voraussetzungen zu beachten.

Ärzte, die eine Genehmigung für Dialyseleistungen haben, sind verpflichtet, sich an einrichtungübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Hierzu hat der Arzt für alle Patienten elektronische Dokumentationen zu erfassen. Die pseudonymisierten Daten werden von der QS-Dialyse-Kommission geprüft. Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung regelt die Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse.

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigerungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigerungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009								
Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009								
Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert 1.01.2011								
Genehmigungen Stand	31.12.2010				31.12.2009			
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	211				206			
Anzahl beschiedene Anträge	58				93			
• davon Anzahl Genehmigungen	58				93			
• davon Anzahl Ablehnungen	0				0			
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0				0			
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0				0			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	8				7			
Patienten	2010				2009			
Anzahl Patienten	9.596				8.317			
Aus dem Inhalt des Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommission gem. § 7 Abs.3 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. - 31.12.								
Stand	2010				2009			
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen (§ 2 Abs. 1)	I/ 10	II/10	III/10	IV/10	I/ 09	II/09	III/09	IV/09
	76	77	76	75	81	80	79	78
Anzahl der Kommissionssitzungen (§ 7 Abs. 4)	4				4			
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	46				62			
• davon ohne Beanstandungen	44				0			
• davon mit Beanstandungen	2				62			

Blutreinigungsverfahren

Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen nach (§ 8 Abs. 1)		
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln (§ 10 Abs. 1 S. 1)	2	0
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche (§ 10 Abs. 1 S. 2)	2	2
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0	0
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0	0

C.7 DMP

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 SGB V 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 Behandlung
- Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten der Disease-Management-Programme

Zur dauerhaften Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme sollen regelmäßige Evaluationen der Programme beitragen. 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 und legte die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als Zulassungsbehörde für diese Programme fest.

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	212	202
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	189	179
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	34	33
• darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	-	-
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind	
Patienten Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	11.061	10.041

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.537	6.504
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.505	6.469
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	647	671
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind	
Patienten Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	365.691	338.184

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.108	5.988
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.984	5.873
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	249	231
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	65	57
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	2.512	2.554
Patienten Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	142.303	126.628

Brustkrebs

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau), KN	
Ärzte Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1.082	1.244
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.082	1.244
• Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	234	260
Patienten Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	8.314	8.982

Asthma bronchiale

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.872	5.604
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	2.120	5.589
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	203	191
• Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Asthma und COPD identisch sind.	
Patienten Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	59.274	48.993

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.508	5.258
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.500	5.253
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	94	89
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Asthma und COPD identisch sind.	
Patienten Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	48.959	39.636

C.8 ERWEITERTES NEUGEBORENEN-SCREENING

Das Neugeborenen-Screening dient der Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden. Der Erfolg dieses Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und Schnelligkeit, mit der in Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und therapeutische

Maßnahmen eingeleitet werden. Aus diesem Grunde sind in der Kinderrichtlinie detaillierte Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgegeben, deren Umsetzung die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten und an den G-BA weiterleiten.

In Baden-Württemberg ist als einziges das Labor der Uni Heidelberg zur Abgabe von Berichten verpflichtet. Die Ergebnisse des Jahres 2010 sind auszugsweise der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Auszug aus dem Qualitätsbericht 2010 für das erweiterte Neugeborenen-Screening gemäß Anhang 2 § 14 Abs.4 der Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Screening-Labor: Neugeborenen-Screening Heidelberg, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Verfasser: Dr. M. Lindner, S. Mengler, N. Leiser

Erfasste Region: Teile Baden-Württembergs, des Saarlands, von Rheinland-Pfalz

Anzahl aus der Erstuntersuchung (1. Filterkarte). Mit dieser Frage soll evaluiert werden, ob eine ausreichende Anzahl von Neugeborenen entsprechend § 13 Abs. 1 der Richtlinie im Erfassungszeitraum untersucht wurden.

Anzahl der Erstuntersuchungen nach Abnahmezeitpunkt	Anzahl	davon < 32. SSW (§8 Abs. 4)	Erstuntersuchung auffällig	davon < 32. SSW
Gruppe A: Blutentnahme Erstuntersuchung ab der 36. Lebensstunde	107.218	1.301	516	64
Gruppe B: Blutentnahme Erstuntersuchung vor der 36. Lebensstunde (§ 8 Abs. 2)	1.639	141	197	15
Gruppe C: Eingruppierung in A oder B nicht möglich, da Angaben auf der Filterkarte fehlen	5	0	0	0
Gesamt	108.862	1.442	713	79

C.9 HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

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

nötigte fachliche Qualifikation verfügen und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllt.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2006

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL)	329	321
Anzahl beschiedene Anträge	25	23
• davon Anzahl Genehmigungen	24	23
• davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0	0

C.10 HAUTKREBS-SCREENING

C.10.1 HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

Die zum 1. Oktober 2009 in Kraft getretene Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die

Ausführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien.

Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

- Festlegung einer Eingangsqualifikation
- Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen oder 6.000 dermatohistologischen Präparaten
- Befundung von jährlich mindestens 1.000 dermatohistologischen Präparaten
- Einholung einer Zweitmeinung bei unklaren Befunden
- Standardisierung der ärztlichen Dokumentation mit festgelegten Vorgaben unter anderem zu Angaben über den mikroskopischen Befund und die Diagnose
- stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durch die KV

Die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen erfordert eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Anträge können von Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung

„Pathologie“ beziehungsweise „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ gestellt werden.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009
Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), Abschnitt D Nr. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.7.2008

Genehmigungen Stand	31.12.2010			31.12.2009		
	Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	76			76	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 5 Abs.5)	erneut (§ 8 Abs. 6)	neu	erneut (§ 5 Abs.5)	erneut (§ 8 Abs. 6)
	2	0	0	79	-	-
• davon Anzahl Genehmigungen	2	0	0	76	-	-
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	3	-	-

Histopathologie Hautkrebs-Screening

Genehmigungen Stand	31.12.2010		31.12.2009	
Kolloquium § 9 Abs. 6	0		0	
Praxisbegehungen § 9 Abs. 5	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Nichterreichen Mindestzahl (§ 5 Abs.4)	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)	Nichterreichen Mindestzahl (§ 5 Abs.4)	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)
	0	0	-	-
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0		0	
Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2*				
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 8) – Prüfprozess*				
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 8) – Mängelanalyse*				

Bemerkung:

* Die ersten Prüfungen nach § 5 Abs. 1 und 2 sowie § 8 erfolgen im Berichtsjahr 2011

C.10.2 HAUTKREBS-SCREENING (FRÜHERKENNUNG)

Der gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im November 2007 beschlossen, die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen auf das Hautkrebscreening zu erweitern. Zum 1. Juli 2008 trat dann die Qualifikationsvoraussetzung zur Ausführung und Abrechnung entsprechender Leistungen nach dem EBM für das Hautkrebscreening in Kraft. Die Ausführung und Abrechnung ist auf die

hausärztlich tätigen Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten begrenzt.

Obligatorische Voraussetzung für die Genehmigung ist der Nachweis über die Teilnahme an einem zertifizierten Fortbildungsprogramm.

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung mit Genehmigung zum Hautkrebs-Screening	5.281	5.161
Anzahl beschiedener Anträge	260	622
• davon Anzahl Genehmigungen	248	619
• davon Anzahl Ablehnungen	12	3
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Genehmigung zum Hautkrebs-Screening	419	414
Anzahl beschiedener Anträge 2009	21	419
• davon Anzahl Genehmigungen	21	414
• davon Anzahl Ablehnungen	0	5

C.11 HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

Die Vereinbarung dient der Qualitätssicherung in der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung. Hierdurch soll eine leitliniengerechte Behandlung und Betreuung dieser Patienten in allen Krankheitsstadien durch den

behandelnden Arzt sichergestellt werden. Die Teilnehmer haben neben ihrer persönlichen Qualifikation die selbständige Betreuung von durchschnittlich 25 HIV/Aids-Patienten pro Quartal und ständige Fortbildungen auf diesem Gebiet nachzuweisen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV / Aids), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2009						
Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	1.01.2010		31.10.2010		1.07.2009	31.12.2009
	25		26		20	25
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 8 Abs. 4)	erneut (§ 10 Abs. 5)	neu	erneut (§ 8 Abs. 4)	erneut (§ 10 Abs. 5)
	1	0	0	6	-	-
• davon Anzahl Genehmigungen	1	0	0	5	-	-
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	1	-	-
Kolloquium § 11 Abs. 4	0			0		
Kolloquium § 11 Abs. 5 Nr.2	0			0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 3)	mangelnde Fortbildung (§ 10 Abs.4)	Unterschreitung Mindestfallzahl (§ 10 Abs. 4)	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 3)	mangelnde Fortbildung (§ 10 Abs.4)	Unterschreitung Mindestfallzahl (§ 10 Abs. 4)
	0	0	0	-	-	-
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0			0		

HIV-Infektionen / AIDS-Erkrankungen

Frequenzregelung § 10 Abs. 1 Nr. 1	2010					
	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	> 24
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	0	1	0	0	0	25
<ul style="list-style-type: none"> davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen 	0	0	0	0	0	entfällt
<ul style="list-style-type: none"> davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind 	0	1	0	0	0	entfällt
Fortbildung § 10 Abs. 1 Nr. 2	2010			2009		
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung (§ 10 Abs. 1 Nr. 2)	25			25		
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 8) – Prüfprozess						
Anzahl geprüfter Ärzte § 8 Abs. 2	4			- *		
<ul style="list-style-type: none"> davon bestanden 	4			- *		
<ul style="list-style-type: none"> davon nicht bestanden 	0			- *		
Aufforderung zur Stellungnahme § 8 Abs. 3	0			- *		
Kolloquium § 8 Abs. 3	0			- *		
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 8) – Mängelanalyse						
Anzahl geprüfter Dokumentationen	40			- *		
<ul style="list-style-type: none"> davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität 	38			- *		
<ul style="list-style-type: none"> davon vollständig, aber Beanstandungen der Behandlungsqualität 	0			- *		
<ul style="list-style-type: none"> davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität 	2			- *		
<ul style="list-style-type: none"> davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität 	0			- *		

Bemerkung:

* Da die Vereinbarung erst zum 1. Juli 2009 in Kraft trat, fanden die ersten Dokumentationsprüfungen 2010 statt

C.12 INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem.

Aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrades der Erbringung von angiographischen Leistungen wurden Anforderungen an die ärztliche Routine formuliert. Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung

ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen einen Nachweis über mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe, wovon mindestens 50 therapeutische Eingriffe sein müssen, zu erbringen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006, zuletzt geändert: 1.10.2010				
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterangiographien (gem. § 3 Abs. 1)				
Genehmigungen				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2010	31.12.2010	1.1.2009	31.12.2009
	7	5	9	7
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)
	1	0	0	0
• davon Anzahl Genehmigungen	1	0	0	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquium	0		0	
Praxisbegehungen	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Nichterreichen Mindestzahl	Sonstige Gründe	Nichterreichen Mindestzahl	Sonstige Gründe
	0	0	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	3		0	
Frequenzregelung	2010			
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen	< 100		> 100	
	1*		3	
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	1		entfällt	

Bemerkungen:

* Ein Fall Prüfung erst im Berichtsjahr 2011

** Ohne 5 Neuzulassungen im Laufe des Jahres 2010, Prüfung erst im Berichtsjahr 2011

Interventionelle Radiologie

Genehmigungen zu diagnostischen Katheterangiographien und kathetergestützten therapeutischen Eingriffen (gem. § 3 Abs. 2)								
Genehmigungen								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2010		31.12.2010		1.1.2009		31.12.2009	
		54		53		53		54
Anzahl beschiedener Anträge	neu		erneut (§ 7 Abs. 7)		neu		erneut (§ 7 Abs. 7)	
	6		0		5		0	
• davon Anzahl Genehmigungen	6		0		5		0	
• davon Anzahl Ablehnungen	0		0		0		0	
Kolloquium	0				0			
Praxisbegehungen	0				0			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl		sonstige Gründe		Nichterreichen Mindestzahl		sonstige Gründe	
	+ < 100 diagn. therap.	+ < 50 therap.			+ < 100 diagn. therap.	+ < 50 therap.		
	0	0	0		0	0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	7				4			
Frequenzregelung								
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützten therapeutischen Eingriffen	< 100			≥ 100				
	39**			9				
	31			entfällt				
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben								
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützten therapeutischen Eingriffen	< 50			≥ 50				
	42			6				
	34			entfällt				
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben								

C.13 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. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung.

In dieser seit dem 1. Oktober 1999 geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999				
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)				
Genehmigungen				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2010	31.12.2010	1.1.2009	31.12.2009
	18	19	21	18
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)
	1	0	0	0
• davon Anzahl Genehmigungen	1	0	0	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Nichterreichen Mindestzahl	Sonstige Gründe	Nichterreichen Mindestzahl	Sonstige Gründe
	0	0	0	0
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	Keine Angaben möglich			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0		3	
Frequenzregelung*	2010			
Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	< 150		≥ 150	
	9		7	
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	7		entfällt	

Bemerkung:

* 2 Ärzte haben ihre Frequenzen ausschließlich durch Nachweise erbracht und 1 Arzt mit Neu-Genehmigung muss erst nach 12 Monaten Tätigkeit geprüft werden.

Invasive Kardiologie

Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)								
Genehmigungen								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2010		31.12.2010		1.1.2009		31.12.2009	
	54		54		44		54	
Anzahl beschiedener Anträge	neu		erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)		neu		erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)	
	1		0		10		0	
• davon Anzahl Genehmigungen	1		0		10		0	
• davon Anzahl Ablehnungen	0		0		0		0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0				0			
Anzahl Praxisbegehungen	0				0			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Nichterreichten Mindestzahl			Sons-tige Grün-de	Nichterreichten Mindestzahl			Sons-tige Grün-de
	gesamt	ges. + therap.	therap.		gesamt	ges. + therap.	therap.	
	0	0	0		0	0	0	
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	Keine Angaben möglich							
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	1				0			
Frequenzregelung	2010							
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291, 34292)	< 150				≥ 150			
	29				16			
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	23				entfällt			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	< 50				≥ 50			
	15				15			
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	11				entfällt			

Bemerkung:

* 9 Ärzte haben ihre Frequenzen ausschließlich durch Nachweise erbracht.

C.14 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 zehn 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 Koloskopiaufbereitung durchgeführt werden.

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung geändert. Unter anderem gibt es nunmehr eine Stichprobenprüfung mit Bewertung der Mängel im Einzelnen. Die Prüfung erstreckt sich zum einen auf die geforderte Erreichung der Mindestfrequenz der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien; bei Erfüllung der Mindestzahlen schließt sich daran eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung der kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien/Polypektomien an.

Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.10.2006

Genehmigungen				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2010	31.12.2010	1.1.2009	31.12.2009
ausschließlich zur kurativen Koloskopie	30	29	43	35
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	329	339	331	329
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut gemäß (§ 6 Abs. 5)	neu	erneut gemäß (§ 6 Abs. 5)
	0	1	0	1
• davon Anzahl Genehmigungen	0	1	0	1
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut gemäß (§ 6 Abs. 5)	neu	erneut gemäß (§ 6 Abs. 5)
	34	7	22	0
• davon Anzahl Genehmigungen	34	7	22	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	1		1	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl veranlasster Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	13		9	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	10		9	
• wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0		1	
2010				
• davon ausschließlich wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei < 200 totalen Koloskopien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e		wegen Nichterreichen Mindestzahl	
	0		3	
• davon ausschließlich wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei < 10 Polypektomien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c		wegen Nichterreichen Mindestzahl	
	6		0	
• sowohl wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e		wegen Nichterreichen Mindestzahl	
	1		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigung	13			

Totale Koloskopien

Frequenzregelung	2010	
	< 200	≥ 200
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien	49	273
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	48	entfällt
Dokumentationsprüfungen*		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	320	
• davon bestanden	312	
• davon nicht bestanden	8	
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	8	
• davon bestanden	6	
• davon nicht bestanden	2	
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	2	
• davon bestanden	2	
• davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0	
• davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	

Bemerkung:

* Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können.

Polypektomien

Frequenzregelung	2010	
	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten Polypektomien	18	304
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	18	entfällt
Dokumentationsprüfungen*		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	304	
• davon bestanden	281	
• davon nicht bestanden	23	
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfljahr erteilt	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	18	
• davon bestanden	17	
• davon nicht bestanden bestanden wegen Mängeln nach b-c	1	
• davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	

Bemerkung:

* Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können.

Prüfungen zur Hygienequalität

	2010
Anzahl überprüfter Praxen (nicht Koloskope)	302
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	594
• davon bestanden	571
• davon nicht bestanden	23
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	23
• davon bestanden	19
• davon nicht bestanden	4
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb von sechs Wochen	4
• davon bestanden	4
• davon nicht bestanden	0

C.15 KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Ambulant durchgeführte Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bedürfen gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung der Genehmigungserteilung durch die zuständigen Behörden (§ 121a SGB V). Dies ist in Baden-Württemberg die Landesärztekammer (LÄK). Diese Genehmigungserfordernis gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren erfolgen. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten auch ohne die Genehmigung der LÄK durchgeführt werden. Vor Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung muss eine Beratung des Ehepaares erfolgen. Eine Bescheinigung dieser Beratung ist dem Arzt vorzulegen, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.

Voraussetzung für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist neben der Altersbegrenzung (ab dem 25. bis zum 40. vollendeten Lebensjahr bei der Ehefrau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahr beim Ehemann) die gesetzlich vorgeschriebene Beratung des Paares (Ausnahme Nr. 10.1 der Richtlinie) und ein zu erstellender Behandlungsplan, der von der Krankenkasse genehmigt werden muss. Seit September 2010 ist weitere Voraussetzung, dass bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist und bei der Frau ein ausreichender Schutz gegen Rötelinfection besteht.

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	91	94
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	34	33

C.16 LABORATORIUMSUNTERSUCHUNG

Die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Kapitel 32.3 beziehungsweise 1.7 des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Antrag obligatorisch. Ausgenommen von dieser Regelung sind die im Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie explizit genannten

Ärzte. Bei Erbringung von Laborleistungen ist die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) zu beachten. Diese enthält unter anderem verpflichtende Regelungen zur externen Qualitätssicherung mittels Ringversuchen sowie zur internen Qualitätssicherung, die seit dem 1. April 2010 die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im Labor gemäß Teil A Nr. 7 der RiliBÄK detailliert vorschreibt.

Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen / vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 9.5.1994		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen	1.620	1.842
Anzahl beschiedene Anträge	66*	86*
• davon Anzahl Genehmigungen	65*	73*
• davon Anzahl Ablehnungen	7*	17*
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	32	55
• davon bestanden	32	48
• davon nicht bestanden	3**	11
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	323***	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0

Bemerkungen:

* Summe Genehmigungen und Ablehnungen weicht von der Anzahl der Anträge ab, da in Einzelfällen Teil-Genehmigung/ -Ablehnung erfolgte.

** Teile nicht bestanden

*** nach Anforderung der Erklärung über Einhaltung des QM-Systems in der Praxis gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung Laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Teil A Nr. 7)

C.17 LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

Eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie (EKG) sind Voraussetzung für die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen (Langzeit-EKG), um auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten

Bedingungen erkennen zu können. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1992		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	1.277	1.186
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2009	1.656	1.621
Anzahl beschiedene Anträge	143	188
• davon Anzahl Genehmigungen	143	187
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.18 MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE (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 Magnetresonanz-Mammo-

graphie. 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 aufgrund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001
Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

Allgemeine Kernspintomographie	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT)	329	320
Anzahl beschiedene Anträge	26	49
• davon Anzahl Genehmigungen	26	46
• davon Anzahl Ablehnungen	0	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	5
• davon bestanden	6	3
• davon nicht bestanden	0	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	0
Kernspintomographie der Mamma	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM)	57	51
Anzahl beschiedene Anträge	7	6
• davon Anzahl Genehmigungen	7	4
• davon Anzahl Ablehnungen	0	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	6
• davon bestanden	6	4
• davon nicht bestanden	0	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

Frequenzregelung Kernspintomographie der Mamma	2010			
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	51 (zuzüglich 4 Ärzte, die 2011 nachweisen müssen)			
• mind. 50 Untersuchungen	45			
• weniger als 50 Untersuchungen	6			
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	2010		2009	
Anzahl geprüfter Ärzte	49		31	
• davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	49		30	
• davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	0		1	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	entfällt		entfällt	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	entfällt		entfällt	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
• davon ohne Beanstandungen	28	0	26	0
• davon mit geringen Beanstandungen	11	0	2	0
• davon mit erheblichen Beanstandungen	9	0	1	1
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1	0	1	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	26		4	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	3		0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0		0	

Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	1	0
• davon bestanden	1	0
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2, Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2, Nummer 3, Buchstabe c, Satz 6 und Nummer 4, Buchstabe c, 2. Halbsatz)	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2, Nummer 3, Buchstabe d und Nummer 4, Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	0

C.19 MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Bei der Magnetresonanz-Angiographie (MR-Angiographie) handelt es sich um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Sie stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiographie ein schonenderes Verfahren dar, weil weder ein Katheter in eine Schlagader eingeführt werden muss noch zur Bilderzeugung Röntgenstrahlen und ein jodhaltiges Kontrastmittel benötigt werden. Da die Magnetresonanz-Angiographie jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

In der zum 1. Oktober 2007 in Kraft gesetzten „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Magnetresonanz-Angiographie“ wurde die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographien unter den Vorbehalt einer Genehmigung durch die KVBW gestellt. Im Einzelnen werden in dieser Vereinbarung die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung geregelt.

Fachliche Voraussetzung zur Erlangung der Genehmigung sind die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie, eine mindestens zweijährige überwiegende Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik sowie der Nachweis von 150 MR-Angiographien unter Anleitung in den drei etablierten Techniken (Time-of-Flight, Phasenkontrast und Kontrastmittelverstärkung).

Hinsichtlich der apparativen Ausstattung gelten im Wesentlichen dieselben Anforderungen wie bei der allgemeinen Kernspintomographie. Zudem ist eine geeignete Notfallausrüstung, mindestens bestehend aus Frischluftbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung und Rufanlage vorzuhalten.

Die Vereinbarung legt außerdem einen Mindestumfang für die Dokumentation fest. Die Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung wird durch eine Stichprobenprüfung geprüft. Hierzu werden jährlich mindestens zwölf Dokumentationen von 20 Prozent der Ärzte, die MR-Angiographien ausführen und abrechnen, überprüft. Die Beurteilung der Dokumentationen erfolgt hinsichtlich einer nach Gefäßart und -region gegliederten Liste von klinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie begründen. Weitere Indikationsstellungen sind möglich, sofern sie aufgrund des Einzelfalles besonders begründet werden können.

Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007
 Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001

Genehmigungen Stand	1.1.2010	31.12.2010	1.1.2009	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	256	271	222	264
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 10)	neu	erneut (§ 7 Abs. 10)
	20	0	42	0
• davon Anzahl Genehmigungen	18		42	
• davon Anzahl Ablehnungen	2		0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 5)	0		0	
Praxisbegehungen	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 7 Abs. 9)	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		0	
Dokumentationsprüfung § 7	2010			
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 7)	62			
• davon ohne Beanstandungen	55			
• davon mit Beanstandungen	7			
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 7 Abs. 9)	7 (stehen noch aus)			
• davon ohne Beanstandungen	Es können noch keine Angaben gemacht werden			
• davon mit Beanstandungen	Es können noch keine Angaben gemacht werden			
Kolloquien (§ 7 Abs. 9)	0			
Dokumentationsprüfung § 7 – Mängelanalyse	2010			
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	ohne Venen		Venen	
	722		81	
• darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	681		56	
• darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	698		76	
• darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	702		77	
• davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentati- onen § 7 Abs. 7	679/15		54/24	
• davon Anzahl insgesamt nicht nachvollzieh- barer Dokumentationen § 7 Abs. 7	28		3	

C.20 MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Die Mammographie-Vereinbarung sieht neben detaillierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor:

Dies sind im Wesentlichen:

- Fallsammlungsprüfung zum Nachweis der fachlichen Befähigung
- Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung in zweijährigem Abstand

- regelmäßige stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation.

Die Zuständigkeit für die Erstellung der Fallsammlungen liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, die Evaluation der Prüfungen bleibt in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007				
Genehmigungen Stand	1.1.2010	31.12.2010	1.1.2009	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	323	317	319	331
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut	neu	erneut
	54	0	38	5
• davon Anzahl Genehmigungen	46	0	30	5
• davon Anzahl Ablehnungen	8	0	8	0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung (§ 14 Abs. 8)	0	0	0	0
Beurteilung von Mammographieaufnahmen (Fallsammlung) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß Abschnitt C				
Anzahl Prüfungen	1. Prüfung 2010	Wiederholungsprüfung	1. Prüfung 2010	Wiederholungsprüfung
	25	4	24	3
• davon bestanden	17	1	15	1
• davon nicht bestanden	8	3	9	2
Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D				
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	reguläre Selbstüberprüfung		Wiederholungsprüfung	
	2010	44	8	
	2009	182	2	
• davon erfolgreiche Teilnahme	2010	40	7	
	2009	172	2	
• davon nicht erfolgreiche Teilnahme	2010	4	1	
	2009	10	0	
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 11 Abs. 2e)	2010		2009	
	0		0	
Widerruf der Genehmigung (§ 11 Abs. 3c)	1		0	

Mammographie (Kurativ)

Überprüfung der Dokumentation im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung nach Abschnitt E				
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde		reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 7 a) innerhalb sechs Monaten	Wiederholungsprüfung nach (§ 11 Abs. 7 b) innerhalb drei Monaten
	2010	173	1	9
	2009	132	1	7
• davon erfüllt	2010	153	1	8
	2009	123	1	5
	2010	entfällt	0	1
• davon nicht erfüllt	2009	entfällt	0	2
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder mindestens 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt - geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	2010	4	entfällt	entfällt
	2009	3	entfällt	entfällt
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 12 Abs. 7b)	2010	16	entfällt	entfällt
	2009	8	entfällt	entfällt
Widerruf der Genehmigung (§ 12 Abs. 7)	2010		0	
	2009		0	
Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen oder Widerrufe § 14 Abs. 5				
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 a nicht nachgekommen sind (§ 11 Abs. 1)	2010		1	
	2009		2	
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 b nicht nachgekommen sind (§ 14 Abs.5)	2010		0	
	2009		0	
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 c nicht nachgekommen sind (§ 14 Abs.6)	2010		0	
	2009		0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	2010		1	
	2009		7	

C.21 MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Etwa zehn Prozent der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Internationale Studien haben gezeigt: Ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50 bis 69-jährigen Frauen, das so genannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs senken. Voraussetzung ist die hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.

Seit Dezember 2006 wird in Baden-Württemberg allen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre die kostenlose Teilnahme am Mammographie-Screening angeboten.

Besondere Anforderungen werden an die so genannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessments). Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit als Programmverantwortlicher eine einmalige, insgesamt

vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

Alle anspruchsberechtigten Frauen erhalten von der Zentralen Stelle „Mammographie-Screening“ in Baden-Baden automatisch eine Einladung zur Teilnahme. Aus organisatorischen Gründen sind Ort und Zeitpunkt der Untersuchung vorgegeben.

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit der so genannten „Selbsteinladung“: Die anspruchsberechtigte Frau muss nicht abwarten, bis sie die Einladung erhält, sondern kann sich direkt bei der Zentralen Stelle registrieren lassen und erhält dann bevorzugt eine Einladung.

Im Jahr 2010 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 530.302 Frauen eingeladen; davon haben 280.095 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von 52,8%).

Weitere Informationen zum Thema Mammographie-Screening finden Sie im Internet unter folgenden Adressen:

www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de und www.mammascreen-bw.de

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: seit 1.1.2004
Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), Abschnitt B Nr. 4-7, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.1.2004
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
programmverantwortliche Ärzte	20	19
• davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsie	5	4
kooperierende Ärzte:		
• Befunder von Mammographieaufnahmen	69	69
• histopathologische Beurteilung	20	19
• Erbringung von Stanzbiopsien	28	24
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsie	26	16
• ermächtigte Krankenhausärzte	101	103

C.22 MEDIZINISCHE REHABILITATION

Nach den Rehabilitations-Richtlinien erfolgt die Einleitung von ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Krankenkassen sind, nach einem strukturierten Verfahren.

Die Richtlinien regeln die erforderlichen Qualifikationen, damit Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen können. Bis zum 31. März 2007 galten Übergangsregelungen, wonach

wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden durften. Seit dem 1. April 2007 können nur noch diejenigen Ärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.3.2005		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7.279	7.032
Anzahl beschiedene Anträge	492	501
• davon Anzahl Genehmigungen	492	501
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.23 ONKOLOGIE

Die Onkologie-Vereinbarung nach Anlage 7 BMV hat die wohnortnahe ambulante Behandlung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte zum Ziel. Sie stellt an die teilnehmenden Ärzte besondere fachliche Qualifikationen sowie gewisse organisatorische Anforderungen an die Praxis. Die Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, dass sich die Ärzte und das Praxispersonal jährlich in einem festgelegten Umfang weiterbilden.

Weiter ist zur Aufrechterhaltung der Onkologie-Genehmigung grundsätzlich die Erzielung einer gewissen Mindestfrequenz erforderlich. Laut Umsetzungsvereinbarung vom 1. Juli 2010, die in Baden-Württemberg mit den Krankenkassen vereinbart wurde, wurde insgesamt eine Prüfung bis zum 30. Juni 2011 ausgesetzt und die Fallzahlen für Organonkologen für 2010 und 2011 gesenkt.

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2011		
Genehmigungen Stand	1.1.2010	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	129	403
• darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2010 in Neu-/Jungpraxen	Eine Differenzierung nach Jungpraxen erfolgte in BW nicht, da erst 2011 laut Vereinbarung mit den Krankenkassen eine Prüfung der Fallzahlen vorzunehmen ist	
• darunter Anzahl Ärzte, die in Praxen aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden (31.12.2010)	0	
Anzahl beschiedene Anträge	327	
• davon Anzahl Genehmigungen	274	
• davon Anzahl Ablehnungen	53	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	
Dokumentationsprüfung § 10		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	10	
• davon ohne Beanstandungen	5	
• davon mit Beanstandungen	5	
Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.		
Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	257	
Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten*		

Bemerkung:

* Aufgrund regionaler Vereinbarung mit den Krankenkassen wurde 2010 noch keine Frequenzprüfung durchgeführt. Dies soll erst 2011 zu Informationszwecken erfolgen

C.24 OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

Anträge zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen können nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ oder „Phoniatrie und Pädaudiologie“ gestellt werden. Eine Genehmigung

kann die Kassenärztliche Vereinigung erteilen, wenn zudem eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorliegt, welche die in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung beschriebenen Bedingungen umfasst.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	404	390
Anzahl beschiedene Anträge	47	18
• davon Anzahl Genehmigungen	47	18
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.25 PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Photodynamische Therapie (PDT) regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung der PDT am Augenhintergrund mit Ver-
teporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Ge-
fäßneubildungen. Die Vereinbarung beinhaltet außer-

dem Vorgaben für die Dokumentation der Indikationsstellung bei der Erstbehandlung und für die Durchführung der PDT. Die Dokumentationen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg jährlich beziehungsweise bei wiederholter Erfüllung der Anforderungen alle zwei Jahre stichprobenartig überprüft.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001 zuletzt geändert: 15.11.2007				
Genehmigungen Stand	1.1.2010	31.12.2010	1.1.2009	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	43	44	43	43
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 6 Abs. 6)	neu	erneut (§ 6 Abs. 6)
	2	0	3	0
• davon Anzahl Genehmigungen	2	0	3	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 2)	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1		0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)		1. Überprüfung (§ 6 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 2)
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr	2010	1	1	1
	2009	1	1	0
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach zwei Jahren	2010	6	0	0
	2009	0	0	0

C.26 PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Phototherapeutische Keratektomie (PTK) regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Durchführung der PTK. Die Vereinbarung beinhaltet

außerdem Vorgaben für die Dokumentation der Indikationsstellung und für die Durchführung der PTK. Die Dokumentationen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg alle zwei Jahre stichprobenartig überprüft.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	18	17
Anzahl beschiedene Anträge	1	3
• davon Anzahl Genehmigungen	1	3
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 9 Abs. 2)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Genehmigungen Stand	2010	
Anzahl geprüfter Ärzte	6	
• davon ohne Beanstandungen	4	
• davon mit Beanstandungen	2	
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 7 Abs. 5)	0	
Kolloquien (nach § 7 Abs. 5)	0	

C.27 PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie ist in der vertragsärztlichen Versorgung als tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie seit 1970 und als Verhaltenstherapie seit 1985 gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie in den Vereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt. Die erste Fassung der Psychotherapie-Richtlinien datiert schon aus dem Jahr 1967.

Die Psychotherapie-Richtlinien und -Vereinbarungen umfassen den gesamten Bereich der psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der Psychosomatischen Grundversorgung, deren Ausgestaltung hinsichtlich Leistungsinhalten in den Psychotherapie-Richtlinien und Qualifikationsvoraussetzungen in den Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt ist. Sowohl Art und Umfang der Psychotherapie als auch die Qualifikation der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten sind in den Richtlinien und Vereinbarungen geregelt.

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung voraus.

Richtlinienverfahren

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Psychosomatische Grundversorgung

- verbale Interventionen
- übende Techniken:
Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation
- suggestive Techniken:
Hypnose

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 18.04.2009

Verwaltungsaufwand	2010	2009
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	1.269	1.301
• davon Anzahl Genehmigungen	1.265	1.299
• davon Anzahl Ablehnungen	4	2
Richtlinienverfahren		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	3.738	3.608
• davon Ärzte	1.617	1.566

Psychotherapie

im Einzelnen						
	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
	2010	2009	2010	2009	2010	2009
• Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.886	1.744	288	301	512	433
• davon Ärzte	1.287	1.169	172	183	144	86
• Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	1.092	919	307	291	281	142
• davon Ärzte	248	226	27	29	62	46
• Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	626	570	144	150	347	303
• davon Ärzte	336	300	70	76	36	2
Befreiung von der Gutachterpflicht	2010				2009	
Anzahl Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht	2.305				2.294	
• davon Ärzte	805				765	
Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren						
Genehmigungen Stand	31.12.2010				31.12.2009	
Ärzte mit Genehmigung zur Psychosomatischen Grundversorgung	10.118				9.723	
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	1.843				1.792	
• davon Ärzte	1.402				1.397	
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	1.615				1.561	
• davon Ärzte	1.035				811	
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	934				887	
• davon Ärzte	572				577	

C.28 SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Polygraphie und die Polysomnographie). Schlafbezogene Atemstörungen 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.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie,	360	343
davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	314	307
davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	39	32
davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	7	6
Anzahl beschiedene Anträge	37	40
• davon Anzahl Genehmigungen	37	39
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	0

C.29 SCHMERZTHERAPIE

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel operativen Eingriffen), nach vorangegangenen Traumen und ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende 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.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	158	153
Anzahl beschiedene Anträge	16	18
• davon Anzahl Genehmigungen	16	14
• davon Anzahl Ablehnungen	0	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren - § 4 Abs. 3 Nr. 4)	0	1
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	1	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	2
Versorgung		
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	0	0
Dokumentationsprüfung		
Anzahl Prüfungen nach § 7 Abs. 2	142	129
• davon ohne Beanstandungen	114	114
• davon mit Beanstandungen	28	15
Nachweispflicht § 5 Abs. 5		
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	2010 142	
Anzahl Ärzte, die gemäß § 5 Abs. 4 nachgewiesen haben, dass sie überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandeln	wird zurzeit nicht geprüft	

Bemerkung:

Da die Dokumentationen immer für das Vorjahr geprüft werden, waren es im Jahr 2010 142 Ärzte, die ihre Unterlagen zur Qualitätsprüfung einreichten. Alle weiteren Ärzte erwarben innerhalb des Jahres 2010 die Genehmigung.

C.30 SOZIALPSYCHIATRIE

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

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

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	70	66
Anzahl beschiedene Anträge	7	4
• davon Anzahl Genehmigungen	6	4
• davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	2

C.31 SOZIOThERAPIE

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Die für sie hilfreiche Soziotherapie kann von Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Psychiatrie verordnet werden, wenn diese eine Genehmigung der KV erhalten haben.

In den Soziotherapie-Richtlinien sind die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist (Ziele, Inhalt, Umfang, Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie), die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind, die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer beschrieben.

Soziotherapie

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	459	459
Anzahl beschiedene Anträge	15	21
• davon Anzahl Genehmigungen	15	21
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.32 STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

98

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen; außerdem

muss er die Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes besitzen.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	144	136
Anzahl beschiedene Anträge	14	16
• davon Anzahl Genehmigungen	14	16
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.33 STRAHLENDIAGNOSTIK/-THERAPIE

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

- allgemeine Röntgendiagnostik
- Computertomographie
- Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft, ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden. Hierbei werden die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zu

den Prüfungen herangezogen. Wurden die fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, müssen diese in einem Kolloquium nachgewiesen werden. Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung, die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen alle Antragsteller die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachweisen. Aus dieser Vereinbarung ausgegliedert wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 der Bereich der Mammographie, der in eine eigene Vereinbarung überführt wurde.

C.33.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2009.
Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Neufassung 9.10.2010; Erstfassung 1.10.1992, zuletzt geändert: 13.3.1997

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Konventionellen Röntgendiagnostik	2.687	2.703
Anzahl beschiedene Anträge	345	275
• davon Anzahl Genehmigungen	332	269
• davon Anzahl Ablehnungen	13	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	9	5
• davon bestanden	9	4
• davon nicht bestanden	0	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	8	0

Konventionelle Röntgendiagnostik

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobenprüfung)	2010		2009	
Anzahl geprüfter Ärzte	184		197	
• davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	180		187	
• davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	4		10	
• Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	entfällt		entfällt	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	entfällt		entfällt	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
keine Beanstandungen	122	3	165	8
geringe Beanstandungen	48	0	22	1
erhebliche Beanstandungen	9	1	0	1
schwerwiegende Beanstandungen	1	0	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	43		47	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0		0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0		0	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0		0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0		0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0		0	

Konventionelle Röntgendiagnostik

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobenprüfung)	2010	2009
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	0

C.33.2 Computertomographie

Genehmigungen Stand	31.12.2010		31.12.2009	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Computertomographie	477		415	
Anzahl verschiedene Anträge	109		58	
• davon Anzahl Genehmigungen	104		56	
• davon Anzahl Ablehnungen	5		2	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2		2	
• davon bestanden	2		1	
• davon nicht bestanden	0		1	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1		0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobenprüfung)	2010		2009	
Anzahl geprüfter Ärzte - Computertomographie	22		22	
• davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	21		22	
• davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	1		0	
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	entfällt		entfällt	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	entfällt		entfällt	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
keine Beanstandungen	21	1	22	0
geringe Beanstandungen	0	0	0	0
erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0
schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0

C.33.3 Osteodensitometrie

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Osteodensitometrie	371	356
Anzahl beschiedene Anträge	51	55
• davon Anzahl Genehmigungen	50	55
• davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	5

C.33.4 Strahlentherapie

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Strahlentherapie	153	140
Anzahl beschiedene Anträge	31	33
• davon Anzahl Genehmigungen	31	32
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	1

C.33.5 Nuklearmedizin

Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Nuklearmedizin	241	228
Anzahl beschiedene Anträge	52	23
• davon Anzahl Genehmigungen	52	23
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	4
• davon bestanden	2	4
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	1

C.34 SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

Zur Substitutionsbehandlung sind qualifizierte Ärzte mit der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizin“ nach erteilter Genehmigung durch die KV zugelassen (Anlage 1 Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Diese Ärzte entscheiden über das Vorliegen der Substitutions-Indikation. Für jeden substituierten Patienten müssen die Ärzte zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellen, das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht.

Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Behandlungsfälle im Quartal. Ferner werden alle Substitutionsbehandlungen nach jeweils fünf Jahren Substitution überprüft.

Mit Inkrafttreten der Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung am 12. Juni 2010 ist auch die diamorphingestützte Substitution zu Lasen der GKV in speziellen ambulanten Einrichtungen möglich. Voraussetzung ist die in den Richtlinien vorgesehene Indikationseingrenzung (Schwerstabhängigkeit), eine spezielle ärztliche Qualifikation, eine landesrechtliche Erlaubnis für die jeweilige Einrichtung mit organisatorischen und räumlichen Vorgaben, eine Genehmigung durch die KV sowie die Einhaltung der weiteren Anforderungen der Richtlinie.

Substitution

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 12.6.2010		
Genehmigungen Stand	31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	346	350
Anzahl beschiedene Anträge	5	5
• davon Anzahl Genehmigungen	5	5
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	11	11
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	107	103
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen Stand 31.12.2010	1	-
• davon Einrichtungen nach § 12	1	-
Dokumentationsprüfungen (§ 9 Abs. 3)	2010	2009
Anzahl geprüfter Ärzte	-	-
Anzahl geprüfter Fälle	827	717
• davon ohne Beanstandungen	641	585
• davon mit geringen Beanstandungen	156	111
• davon mit erheblichen Beanstandungen	30	21
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)		
Anzahl geprüfter Fälle	495	407
• davon ohne Beanstandungen	411	319
• davon mit Beanstandungen	84	88
2 Jahres-Überprüfungen Patienten (§ 3 Abs. 6)		
Patienten		
Anzahl geprüfter Fälle	Prüfung ab 2012	
Anzahl Patienten im Jahr	9.079	8.762
• davon Patienten mit Diamorphinsubstitution	16	-
An- / Abmeldungen	2010	2009
Summe Anzahl Patientenanmeldungen und -abmeldungen im Jahr	8.332	8.612

C.35 ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Am 1. April 2009 trat eine neue bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft. Rechtsgrundlage:

§ 135 Abs. 2 SGB V zuletzt geändert 30. Juni 2010.
Diese Vereinbarung besteht aus drei Teilen:

- **Strukturqualität:** Prüfung der fachlichen und apparativen Anforderungen
- **Abnahme- und Konstanzprüfung** der Ultraschallgeräte nach Mindestanforderungen
- **Stichprobenprüfungen:** Durchführung von Prüfungen der ärztlichen Dokumentation

Strukturqualität

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

und eines entsprechend geeigneten Ultraschallsystems gemäß der Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zu erteilen.

Abnahme- und Konstanzprüfung

Es wurden bis zum 31. März 2010 nachstehende Ultraschallgeräte erfasst, die nun bis zum 31. März 2010 einer Abnahmeprüfung unterzogen werden.

Nach erfolgreich durchgeführter Abnahmeprüfung folgt dann vier Jahre später jeweils die Konstanzprüfung.

Stichprobenprüfung

Es werden von mindestens drei Prozent aller Ärzte mit einer Ultraschallgenehmigung jeweils fünf Dokumentationen überprüft.

Säuglingshüfte

Die Kindervorsorgeuntersuchung U3 bei Kindern in der vierten bis sechsten Lebenswoche beinhaltet unter anderem ein Hüftsonographie-Screening. Eventuelle Entwicklungsstörungen des Hüftgelenkes (Hüftdysplasie) sollen so frühzeitig erkannt und behandelt werden. Um eine optimale Durchführung dieses Untersuchungsverfahrens zu gewährleisten, wurde im Jahr 2005 das Hüftsonographie-Screening eingeführt.

In diesem Zusammenhang werden alle zwei Jahre von allen Ärzten, die diese Untersuchungen durchführen, jeweils zwölf Dokumentationen (Bild und schriftliche Dokumentation) angefordert und von den zuständigen Fachkommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit nach einheitlichen Prüfkriterien beurteilt.

a) Genehmigungserteilung

Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.4.2009, zuletzt geändert 1.7.2009; zuvor 1. Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005				
Genehmigungen Stand	1.1.2010	31.12.2010	1.1.2009	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	10.012	10.260	9.730	10.011
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7	neu § 14	erneut
	867	0	1.275	0/0
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	3.546	0	2.749	0/0
• davon Anzahl Genehmigungen	3.242	0	2.637	0/0
• davon Anzahl Ablehnungen	304	0	112	0/0
Anzahl Kolloquien gemäß	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7*	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7
	226	0	218	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	0	0		1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	Keine Angabe möglich			9
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	Keine Angabe möglich			12

Bemerkung:

* Doppelung zur Anzahl erneut beschiedener Anträge

b) Genehmigungsstand

Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand		31.12.2010	31.12.2009
AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	385	369
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	195	187
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	231	221
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	415	421
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich) Speicheldrüsen, B-Modus	1.088	1.010
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	3.684	3.545
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	623	613
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	105	73
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	53	52
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	1
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	244	235
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	1	0
AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.496	1.445
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	14	8
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	1.131	1.078
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.012	5.746
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	37	28
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	33	26
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.181	1.162
AB 8.1	Urogenitalorgane, B-Modus, transkutan	2.711	2.531
AB 8.2	Urogenitalorgane, B-Modus, transkavitär	191	111
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus,	1.563	1.525
AB 9.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus,	1.494	1.484
AB 9.2	Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus,	885	893
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus,	994	957
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus,	1.614	1.001
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus,	1.032	974
AB 12.1	Haut, B-Modus,	7	11
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus,	28	29
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.162	1.135
AB 20.2	CW-Doppler - extremitätenver- /entsorgende Gefäße	1.133	1.101
AB 20.3	CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße	18	7
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	232	207
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	335	329

b) Genehmigungsstand

Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand		31.12.2010	31.12.2009
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	701	683
AB 20.7	Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	153	146
AB 20.8	Duplex-Verfahren - extremitätenver- / entsorgende Gefäße	543	526
AB 20.9	Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße	13	6
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	479	443
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	220	202
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	554	542
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	108	72
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Neugeborende, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	50	47
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Neugeborende, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	2	1
AB 22.1	Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System	95	91
AB 22.2	Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	405	385

Bemerkung:

Die Angaben korrespondieren mit den neuen Codes des Bundesarztregisters. Dort ist ebenfalls keine weitere Differenzierung in Anwendungsklassen vorgesehen. Nicht berücksichtigt ist die geltende Übergangszeit, nach der die in der vorhergehenden Fassung geltenden Genehmigungsbereiche zunächst weiterhin bestehen bleiben. Damit ist in Kauf genommen, dass diese Übersicht (noch) nicht vollständig ist.

c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Baujahre der Ultraschallsysteme, die bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung verwendet wurden § 16 Abs. 6 (Übergangsregelung)		
Anzahl gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2 c	Anzahl	Stichtag
	10.808	31.03.2011
Apparative Ausstattung § 9 (Abnahmeprüfung)		
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2 c	1.1.2010	31.12.2010
	52	1.636
Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	neue Systeme	Altsysteme*
	263	1.321
• davon US-Systeme ohne Beanstandungen	257	979
• davon mit Beanstandungen (insgesamt)	6	342
• Baujahr** des Systems: vor 1990	0	137
• Baujahr** des Systems: 1990-1994	0	145
• Baujahr** des Systems: 1995-1999	0	38
• Baujahr** des Systems: 2000-2004	0	16
• Baujahr** des Systems: 2005-heute	6	6
• (bisher) keine Angaben des Baujahrs*	0	

Bemerkungen:

* mit dem Wort Altsysteme sind alle US-Systeme gemeint, die gem. § 16 Abs. 4 geprüft werden. In Kauf genommen ist mit dieser Abfrage, dass bei Beanstandungen ggf. eine erneute Abnahmeprüfung durch den Arzt beantragt wird

** Baujahr = Baujahr der Hauptkomponente des Systems

Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3: 4 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)	
Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	ab 2013
Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 13 Abs. 6)	ab 2013
Widerrufe (gerätebezogene)	ab 2013

d) Dokumentationsprüfungen

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11				
Anzahl Prüfungen	2010		2009	
Anzahl geprüfter Ärzte	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
	330	2	37	0
• davon ohne Mängel	254	2	25	0
• davon mit Mängeln	76	0	12	0
Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)				
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bemerkung: Gemeint ist die Anzahl der geprüften Ultraschall-Untersuchungen, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	1.650	10	185	0
• davon ohne Beanstandungen	1.276	10	128	0
• davon mit Beanstandungen	374	0	57	0
Bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:				
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung beziehungsweise Indikation der Untersuchung*	169	0	2	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: gegebenenfalls eingeschränkte Untersuchungsbedingungen beziehungsweise Beurteilbarkeit*	60	0	1	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden*	76	0	1	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-) Diagnose*	66	0	4	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	110	0	5	0
Bei Beanstandungen der Bilddokumentation:				
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6*	228	0	37	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund*	116	0	8	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund*	86	0	5	0
Kolloquien (§ 11 Abs. 6)	0		0	
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	Ärzte	Anwendungsbereiche	Ärzte	Anwendungsbereiche
	0	0	0	0

Bemerkung:

* Mehrfachnennungen sind möglich, das heißt die Summe dieser acht Zeilen kann größer als die Zahl der beanstandeten Dokumentationen sein.

e) Säuglingshüfte

Genehmigungen Stand		2010				2009					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	Stand 1.1.	995				980					
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	Stand 31.12.	992				1002					
Anzahl beschiedene Anträge		Neu	erneut (§ 11 Abs. 3 S. 5)		Neu	erneut (§ 11 Abs. 3					
		73	8		82	0					
• davon Anzahl Genehmigungen		72	7		78	0					
• davon Anzahl Ablehnungen		1	1		4	0					
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		10				1					
• davon bestanden		9				1					
• davon nicht bestanden		1				0					
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)		26				12					
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		56				24					
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)											
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i. V. m. § 3)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5			
	2010	89	27	39	5	10	7	29			
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und ... in Stufe III	2009	109	29	27	10	2	5	33			
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5			
	2010	195	4	5	1	1	0	0			
		2009	208	2	4	0	1	0	0		
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte		sachgerecht gem. § 9		Wiederholungsprüfung 6 Monate		Wiederholungsprüfung 3 Monate		Widerruf			
		2010		141		54		10		1	
		2009		162		45		7		1	
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5			
	2010	20	11	10	1	20	6	12			
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und ... in Stufe III	2009	41	21	23	4	3	6	34			
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5			
	2010	52	5	3	0	1	0	1			
		2009	127	3	2	0	0	0	0		
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2) Anzahl Ärzte		sachgerecht gem. § 9		erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate		Widerruf					
		2010		26		25		11			
		2009		78		29		7			

e) Säuglingshüfte

Beurteilung erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S.4)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
	2010	5	5	12	2	1	2	10
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis in Stufe II und...in Stufe III	2009	15	4	2	0	0	0	1
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
	2010	30	5	1	0	1	0	0
	2009	20	1	1	0	0	0	0
Ergebnis erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S.4)	sachgerecht gem. § 9				Widerruf			
Anzahl Ärzte	2010	23			14			
	2009	19			4			

C.36 VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

Die Vakuumbiopsie der Brust ist ein Verfahren, das zur Abklärung von nur mammographisch sichtbaren kleinen Herden und insbesondere winzigen Kalkablagerungen (Mikrokalk) als vertragsärztliche Leistung zur Verfügung steht.

Neben den Gewebeentnahmen (Stanzbiopsien) unter Ultraschall- oder Röntgenkontrolle ist die Vakuumbiopsie ein weiteres Verfahren, um die Dignität eines suspekten Befunds zu klären. Ihren Stellenwert hat sie auch in der Operationsplanung und der Entscheidung zu einer eventuellen Vorbehandlung, weil sie einen genauen Aufschluss über die Art des Tumors zulässt. In der am 1. Oktober 2009 in Kraft getretenen Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach

§ 135 Abs. 2 SGB V wurde unter anderem die 2008 aktualisierte Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland berücksichtigt. Präzisiert werden in der Vereinbarung Fallzahlanforderungen als Genehmigungsvoraussetzung, eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien, apparative Anforderungen (zum Beispiel automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel Erstellung von Kontrollaufnahmen, Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen.

Vakuumbiopsie der Brust

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2011						
Genehmigungen Stand						
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	1.1.2010		31.12.2010		1.1.2009	
	24		40		0	
Anzahl beschiedener Anträge in 2009	neu	erneut (§ 8 Abs. 5)	erneut (§ 90 Abs. 6)	neu	erneut (§ 8 Abs. 5)	erneut (§ 90 Abs. 6)
	19	0	0	24	-	-
• davon Anzahl Genehmigungen	19	0	0	24	-	-
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	-	-
Kolloquium § 12 Abs. 2	0		0		0	
Praxisbegehungen § 11 Abs. 3	0		0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Nichterreichen Mindestzahl (§ 8 Abs.4)	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 9 Abs. 5)	Nichterreichen Mindestzahl (§ 8 Abs.4)	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 9 Abs. 5)		
	0	0	0	0		
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0		0		0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 9) - Prüfprozess			2010		2009	
Anzahl geprüfter Ärzte § 9 Abs. 1			0		0	
Wiederholungsprüfungen § 9 Abs. 5 a			0		0	
Kolloquium § 9 Abs. 5 b			0		0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 9) - Mängelanalyse			2010		2009	
Anzahl geprüfter Dokumentationen			0		0	
Frequenzregelung			2010			
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Vakuumbiopsien			< 25		≥ 25	
			24		9	
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben			noch keine Angabe möglich		entfällt	

C.37 ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen sind für die berechtigten Facharztgruppen (Pathologen und Gynäkologen) einheitlich geregelt. Darüber hinaus wird die fachliche Qualifikation der im Zytologie-Labor unter Anleitung und Aufsicht des zytologieverantwortlichen Arztes tätigen Präparatebefunder verbindlich vorgegeben.

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert von allen zytologieverantwortlichen Ärzten im zweijährigen Abstand jeweils zwölf Präparate mit den dazugehörigen Dokumentationen an. Ferner müssen zytologieverantwortliche Ärzte und Präparatebefunder

alle zwei Kalenderjahre eine themenbezogene Fortbildung über 40 Stunden Dauer nachweisen.

Der zytologieverantwortliche Arzt erstellt eine Jahresstatistik, die eine fallbezogene Auflistung der zytologischen Befundgruppen sowie deren histologische Abklärung enthält. Sie wird der KVBW vorgelegt, welche die Einzelberichte zu einem Gesamtbericht zusammenstellt und den zytologieverantwortlichen Ärzten im Sinne eines Benchmarks zurückspegelt. Ferner werden die Jahresstatistiken der Qualitätssicherungs-Kommission Zytologie zur Beurteilung vorgelegt

Vereinbarungen von Qualifikationsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007						
Genehmigungen Stand	1.1.2010		31.12.2010	31.12.2009		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	155		149	159		
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	nach Widerruf gem. § 8 Abs. 4	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	nach Widerruf gem. § 8 Abs. 4
	9	0	0	7	0	0
• davon Anzahl Genehmigungen	5	0	0	7	0	0
• davon Anzahl Ablehnungen	4	0	0	0	0	0
Anzahl Prüfungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 (Präparateprüfung)	6			2		
• davon bestandene Prüfungen	2			2		
• davon nicht bestandene Prüfungen	4			0		
Praxisbegehungen § 11 Abs. 2	0			0		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung (§ 7 Abs. 6)	Mängel in der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4)	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung (§ 7 Abs. 6)	Mängel in der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4)		
	0	0	0	0		
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	5			10		

Zytologie

Prüfungen	2010		2009
Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) - Prüfprozess			
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 3)	84		4
• davon bestanden	83		4
• davon nicht bestanden	1		0
Anzahl Wiederholungsprüfungen (§ 7 Abs. 6)	0		0
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 6)	0		0
Anzahl Widerrufe (§ 7 Abs. 6)	0		0
Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse			
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztliche Dokumentation	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)	
	1.008	0	48
• davon ohne Beanstandungen	1.007	0	48
• davon mit Beanstandungen	1	0	0
▪ darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität*	0	0	-
▪ darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung*	1	0	-
▪ darunter mit unvollständiger Dokumentation*	0	0	-

Bemerkung:

* Mehrfachnennungen möglich

Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) - Prüfprozess		
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	127	141
• davon ohne Auffälligkeiten	**	125
• davon mit Auffälligkeiten	**	16
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahmen	0	0
Anzahl Kolloquien	0	0
Fortbildungsverpflichtung (§9)		
Anzahl Ärzte, die 2010 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	6*	
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2010 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2
	348	10*

Bemerkungen:

* Anzahl der Ärzte und Präparatebefunder, die in 2008 eine Genehmigung erhalten haben, beziehungsweise anerkannt wurden.

Alle anderen Ärzte und Befunder mit Genehmigung haben die Unterlagen gemäß § 9 Abs. 1 und 2 im Jahr 2009 vorgelegt.

** Auswertungen der Jahresstatistiken sind derzeit in Bearbeitung.

D GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

Seit Inkrafttreten des EBM 2000plus zum 1. April 2005 und im weiterführenden EBM 2008 wurden weitere Leistungen unter Qualifikationsvorbehalt gestellt. Die fachlich-inhaltlichen Anforderungen werden entweder im EBM selbst oder durch die

zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Die im Einzelnen angegebenen Gebührenordnungspositionen (GOPs) beziehen sich auf die Gebührenordnungspositionen des EBM.

Im Einzelnen betrifft dies:

D.1 DIABETISCHER FUSS

Die Behandlung des diabetischen Fußes (GOP 02311 EBM) 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, Dermatologie und Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie sowie alle Vertragsärzte mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie benötigen seit dem 1. Januar 2009 keine Genehmigung durch die KVBW. Die Qualifikation zur Behandlung des diabetischen Fußes ist durch die Weiterbildung nachgewiesen.

D.2 FUNKTIONSSTÖRUNG DER HAND

Die zum 1. April 2005 neu in den Leistungskatalog der GKV eingeführten Leistungen zur Behandlung (GOP 07330 EBM) beziehungsweise zur Diagnostik und/oder orthopädischen Therapie (GOP 18330 EBM) eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand können nur von Fachärzten für Chirurgie oder Plastische Chirurgie sowie von Fachärzten für Or-

thopädie beziehungsweise Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ abgerechnet werden. Liegt die Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ nicht vor, ist eine Abrechnungsgenehmigung unter Nachweis der durch die zuständige KV festgelegten Qualifikationsanforderungen einzuholen.

D.3 ORIENTIERENDE ENTWICKLUNGSNEUROLOGISCHE UNTERSUCHUNG UND ORIENTIERENDE UNTERSUCHUNG DER SPRACHENTWICKLUNG

Leistungen für die orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes und / oder für die orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen dürfen von Vertragsärzten des hausärztlichen Versorgungsbereiches nur dann berechnet werden, wenn sie nachweisen, dass sie die-

se 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 GOPs 03350 – 03352 EBM.

D.4 KRESBSFRÜHERKENNUNG DER FRAU

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltene Leistung nach der GOP 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 abgerechnet hat. Ab dem 1. Januar 2008 wurde GOP 01735 EBM „Beratung gemäß §4 der

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen“ eingeführt. Hausärzte, welche berechtigt sind, die GOP 01730 EBM abzurechnen, erfüllen auch die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der neuen GOP 01735 EBM.

D.5 EMPFÄNGNISREGELUNG

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistungen nach den GOPs: 01821, 01822, 01828 EBM „Empfängnisregelung“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjähri-

ge gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat.

D.6 NEUROPHYSIOLOGISCHE ÜBUNGSBEHANDLUNG

Die Abrechnung von Leistungen der „neurophysiologischen Übungsbehandlungen“ ist 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 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.

D.7 PHYSIKALISCHE THERAPIE

Die Leistungen des Kapitels 30.4 EBM 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 (staatlich geprüfter Masseur, Krankengymnast oder Physiotherapeut) angestellt haben und dessen Qualifikation gegenüber der KV nachweisen, kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

Leistung Rechtsgrundlage EBM	Diabetischer Fuß	Funktions- störung der Hand	Orientierende entwicklungs- neurologische Untersuchung	Krebsfrüh- erkennung bei der Frau	Empfängnis- regelung	Neurophy- siologische Übungsbe- handlung	Physikalische Therapie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2010	460	373	922	891	121*	246*
	2009	449	382	958	927	123*	259*
Anzahl beschiedeijner Anträge	2010	28	9	6	8	0	2
	2009	26	26	10	12	0	0
• davon Genehmigungen	2010	28	4	4	3	0	0
	2009	26	22	8	9	0	0
• davon Ablehnungen	2010	0	5	2	5	0	2
	2009	0	4	2	3	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2010	0	0	0	0	0	0
	2009	0	0	0	0	0	0

Bemerkung:

* Die Bereinigung der Zahlen in reine Genehmigungen ist noch nicht vollständig abgeschlossen.

E RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE (1)

	Rechtsgrundlage	Akkreditierung (Prüfung fachlicher, apparativer oder organisatorischer Voraussetzungen)	Eingangsprüfung (Fallsammelungs-, Präparateprüfung)	Kolloquium (bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem	Frequenzregelung	Rezertifizierung	Praxisbegehung/Hygieneprüfung (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Fortbildung /Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	Beratung (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)
ADHS	§ 73c SGB V	✓			✓				✓	✓	
Akupunktur	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	✓	✓	✓	✓
Apheresen	§ 135 Abs. 1 § 135 Abs. 2	✓		✓				✓		✓	
Ambulante Operationen	§ 115b Abs. 1 § 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓		✓	✓	✓
Arthroskopie	§ 135 Abs. 2 §136	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Balneophototherapie	§ 135 Abs. 2	✓		✓		✓	✓				
Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	§ 135 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV	✓		✓		✓	✓	✓		✓	✓
Erweitertes Neugeborenen-Screening	§ 26 Abs. 2 § 92 Abs. 1-4	✓					✓			✓	
Herzschrittmacher-Kontrolle	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	(✓)		(✓)	(✓)
Histopathologie im Hautkrebs-Screening	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
HIV/Aids	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓			✓	✓		✓
interventionelle Radiologie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓			
invasive Kardiologie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓			
Koloskopie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
Laboratoriumsuntersuchungen	§ 75 Abs. 7 § 135 Abs. 2	✓		✓							
Langzeit-EKG	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	(✓)		(✓)	(✓)

Rechtsgrundlagen und Instrumente (2)

	Rechtsgrundlage	Akkreditierung (Prüfung fachlicher, apparativer oder organisatorischer Voraussetzungen)	Eingangsprüfung (Fallsammelungs-, Präparateprüfung)	Kolloquium (bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem	Frequenzregelung	Rezertifizierung	Praxisbegehung/Hygieneprüfung (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Fortbildung / Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	Beratung (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)
Magnetresonanztomographie	§ 135 Abs. 2 § 136	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Magnetresonanztomographie der Mamma	§ 135 Abs. 2 § 136	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		
Magnetresonanztomographie Angiographie	§ 135 Abs. 2 § 136	✓		✓			✓	✓	✓	✓	
Mammographie (kurativ)	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	
Mammographie-Screening	Anlage 9.2 BMV § 135 Abs. 2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Medizinische Rehabilitation	§ 135 Abs. 2	✓		✓							
Onkologie	Anlage 7 BMV	✓		✓	✓		✓	✓	✓		
Otoakustische Emissionen	§ 135 Abs. 1	✓									
Photodynamische Therapie	§ 135 Abs. 2	✓		✓				✓	✓	✓	
Phototherapeutische Keratektomie	§ 135 Abs. 2	✓		✓				✓	✓	✓	
Psychotherapie • Richtlinienverfahren • Psychosomatik	§ 82 Abs. 1, geregelt in Anlage 1 BMV § 92 Abs. 6a	✓						✓	✓		
Schlafbezogene Atmungsstörungen	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	(✓)	(✓)	(✓)	
Schmerztherapie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓	✓		

Rechtsgrundlagen und Instrumente (3)

	Rechtsgrundlage	Akkreditierung (Prüfung fachlicher, apparativer oder organisatorischer Voraussetzungen)	Eingangsprüfung (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)	Kolloquium (bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem	Frequenzregelung	Rezertifizierung	Praxisbegehung/Hygieneprüfung (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafter Prüfung)	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Fortbildung /Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	Beratung (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)
Sozialpsychiatrie	§ 85 Abs. 2, § 43a, geregelt in Anlage 11 BMV	✓								✓	
Soziotherapie	§ 137a	✓									
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	§ 135 Abs. 1	✓		✓							
Konventionelle Röntgendiagnostik	§ 135 Abs. 2 § 136	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Computertomographie	§ 135 Abs. 2 § 136	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Osteodensitometrie	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓				
Strahlentherapie	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	(✓)		(✓)	(✓)
Nuklearmedizin	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	(✓)		(✓)	(✓)
Substitution	§ 135 Abs. 1	✓						✓	✓	✓	✓
Ultraschall allgemein	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓
Ultraschall Säuglingshüfte	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Vakuumbiopsie der Brust	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
Zytologie	§ 135 Abs. 2	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓

Bemerkungen:

(✓) regionale Vereinbarungen

www.kvbawue.de

Alles Gute.

