



Qualitätsbericht 2013

DAS LAND, DIE LEUTE, DIE KVBW

Alles Gute.

KVBW 

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

- 3 **Vorwort:** Qualität ist ...
... wenn der Patient zufrieden ist
- 6 **1. EINFÜHRUNG**
- 6 1.1 Der Qualitätsbericht der KVBW
- 6 **2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG**
- 6 2.1 Für die Qualitätssicherung betreiben die Ärzte einen hohen Aufwand
- 7 2.2 Qualitätsprüfung am Beispiel des Ultraschalls der Säuglingshüfte
- 9 2.3 Interview mit Dr. Volkert-Martin Exner, Facharzt für Orthopädie, Freiburg
- 10 **3. AKTUELLES**
- 11 3.1 Entbürokratisierung
- 11 3.2 Neuropsychologische Therapie bietet Hilfe für Patienten mit hirnganischen Schädigungen
- 13 **4. PROJEKTE ZUR QUALITÄTSFÖRDERUNG**
- 13 4.1 Hygiene und Medizinprodukte
- 16 4.2 Hygienetag der KV Baden-Württemberg
- 17 4.3 Qualitätszirkel
- 19 **5. QUALITÄT IN DER VERORDNUNGSWEISE**
- 19 5.1 Steigerung der Verordnungsqualität
 - 19 _ 5.1.1 Maßnahmen zur Verbesserung
 - 19 _ 5.1.2 Überprüfung
- 20 5.2 Frühinformation Arzneimittel
- 21 5.3 Wechseljahre – Krankheit oder Lebensphase?
- 22 **6. AUSBLICK 2014**
- 22 6.1 QS-Vereinbarung zur Holmium-Laser-Behandlung des benignen Prostatasyndroms
- 23 6.2 QS-Vereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie
- 23 6.3 Neues Beratungskonzept für die Verordnungsweise Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
- 26 **7. THEORIE UND UMSETZUNG**
- 26 7.1 Instrumente der Qualitätssicherung
- 32 7.2 Qualitätssicherung – die tägliche Arbeit der Selbstverwaltung
- 36 **8. ZAHLEN, DATEN, FAKTEN**
- 36 8.1 Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen
- 37 8.2 Entwicklung genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989-2013
- 38 8.3 Genehmigungen im Jahr 2013
- 39 8.4 Übersicht: Erteilte Genehmigungen 2013 im Vergleich zu 2012
- 44 8.5 Fortbildungsveranstaltungen
- 45 **9. GLOSSAR**
- 51 **IMPRESSUM**

Qualität ist wenn der Patient zufrieden ist

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

im Zentrum des ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns steht der Patient. Deshalb ist die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) bei der Gestaltung des diesjährigen Qualitätsberichts 2013 neue Wege gegangen. Der Bericht soll sich neben der Politik und den Akteuren im Gesundheitswesen künftig auch verstärkt an die Bevölkerung richten. So möchte die KVBW zu einer verbesserten Transparenz der umfassenden qualitätssichernden Maßnahmen in der ambulanten Patientenversorgung beitragen.

Dass die exzellente Qualität in der ambulanten Versorgung von der Bevölkerung wahrgenommen wird, zeigen zwei im Berichtsjahr durchgeführte repräsentative Patientenbefragungen.

Die von der Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 15. April bis 16. Mai 2013 durchgeführte inzwischen sechste Versichertenbefragung hat erneut bestätigt, dass die Patienten mit ihren niedergelassenen Ärzten sehr zufrieden sind. Über 90 Prozent der knapp 6100 zufällig ausgewählten Bundesbürger bewerten die fachliche Kompetenz und das Vertrauensverhältnis zum zuletzt besuchten Arzt mit „gut“ oder „sehr gut“.



Auch bei psychischen Beschwerden und in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung fühlen sich die Patienten in Deutschland gut versorgt. Dies zeigen die Ergebnisse einer im Zeitraum September bis November 2013 durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) durchgeführten bundesweiten repräsentativen Befragung. Die große Zufriedenheit der Patienten ist Ausdruck der hohen Qualität der psychotherapeutischen Versorgung. Besonders freut mich dabei die dokumentierte gute Zusammenarbeit zwischen der somatischen und der psychotherapeutischen Behandlung.

Eine weitere Neuerung stellt die Aufnahme von Themen des Ordnungsmanagements dar. Da auch in der Ordnungsweise qualitätssichernde und -fördernde Maßnahmen von der KVBW durchgeführt werden, erschien uns die thematische Erweiterung des Qualitätsberichts konsequent.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. med. Norbert Metke'. The signature is written in a cursive, flowing style.

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



Nur, wenn man das
kleinste Detail im Griff hat,
kann man präzise arbeiten.

Niki Lauda



Schönmünz _ Schwarzwald

I. EINFÜHRUNG

I.1 Der Qualitätsbericht der KVBW

- ... liefert Kennzahlen über alle Maßnahmen zur Sicherstellung einer konstant guten ambulanten Versorgungsqualität,
- ... zeigt unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherung der festgelegten Qualitätsanforderungen auf,
- ... informiert über Weiterentwicklungen in der Qualitätssicherung,
- ... schafft Vertrauen, dass die festgelegten Qualitätsanforderungen von den in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzten und Psychotherapeuten erfüllt werden,
- ... verknüpft die Schnittstellen zwischen Qualitätssicherung in der Behandlungs- und Verordnungsweise,
- ... berichtet anschaulich über Beispielfälle in der Patientenversorgung in der Praxis ,
- ... klärt darüber auf, dass die Qualitätssicherung nicht nur vom grünen Tisch aus erfolgt, sondern auch durch die Einbindung von Qualitätssicherungskommissionen*, die mit im jeweiligen Leistungsbereich besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern besetzt sind.



Substitutionskommission der Bezirksdirektion Karlsruhe

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

2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

2.1 Für die Qualitätssicherung betreiben die Ärzte einen hohen Aufwand

Die Untersuchung der Schilddrüse mittels Ultraschall gehört heute zum Standardrepertoire vieler radiologischer und fachinternistischer Praxen. Da die Schilddrüse sehr nah an der Körperoberfläche liegt, ist Ultraschall optimal geeignet, um das Organ zu untersuchen. So kann der Arzt Veränderungen erkennen, die vor allem in Folge von Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion und Entzündungen auftreten. Etwa 466.000 Untersuchungen dieser Art werden pro Jahr ambulant in Baden-Württemberg durchgeführt. Für die Patienten ist sie völlig schmerzfrei.

So alltäglich und routiniert diese Behandlung aussieht – dahinter steckt ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm, das der Arzt durchlaufen muss, damit er diese Leistung abrechnen darf. Denn er benötigt dafür eine eigene Genehmigung, für die er eine spezielle Zusatzqualifikation nachweisen muss.

Die Zusatzqualifikation setzt eine umfassende Fortbildung voraus. Diese kann der Arzt nachweisen, wenn er während seiner Facharztausbildung mindestens 150 Ultraschalluntersuchungen eines bestimmten Typs nachgewiesen hat – unter Anleitung eines weiterbildungsbefugten Arztes.

Die Zusatzqualifikation kann der Arzt auch nach der Facharztausbildung erwerben. Dazu muss er nachweisen, dass er mindestens 18 Monate ganztätig in einer Praxis gearbeitet hat, deren Kerngebiet die Untersuchung der Schilddrüse per Ultraschall ist. Wenn der Arzt nur in Teilzeit tätig ist, verlängert sich dieser Zeitraum entsprechend. In dieser Zeit muss der Arzt mindestens 200 Ultraschalluntersuchungen unter Aufsicht eines weiterbildungsberechtigten Arztes vorgenommen haben.

Zusätzlich muss der Arzt an einem Kolloquium mit Fachexperten teilnehmen.

Nicht nur „on the job“, auch über ein Kurssystem kann ein Arzt die Zusatzqualifikation erhalten. Dazu ist die Teilnahme an einem Grund-, einem Aufbau- und einem Abschlusskurs erforderlich. Zwischen dem Grund- und dem Abschlusskurs

müssen dabei mindestens neun Monate liegen. 200 Ultraschalluntersuchungen muss der Arzt in Form eines Zeugnisses nachweisen. Auch hier ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium zum Abschluss erforderlich.

Der Aufwand, den ein Arzt betreiben muss, um eine Behandlung wie die Untersuchung der Schilddrüse mittels Ultraschall vorzunehmen, ist hoch. Aber er lohnt sich. Denn damit ist sichergestellt, dass der Arzt über die notwendigen Kenntnisse verfügt, die richtigen Diagnosen zu stellen und daraus auch geeignete Therapien abzuleiten.

2.2 Qualitätsprüfung am Beispiel des Ultraschalls der Säuglingshüfte

Die Ultraschalluntersuchung der Babyhüfte erspart viel Leid – wenn sie qualitätsgesichert abläuft.

Der kleine Max, fünf Wochen alt, und seine Mama haben einen Termin beim Orthopäden. Der will heute untersuchen, ob Max einen angeborenen Schaden an der Hüfte hat. Ausziehen, in eine spezielle Schale legen, Gel auf die Hüfte, Mama an der Hand und dann kann's mit dem Ultraschall losgehen. Max schaut sehr skeptisch, bleibt aber tapfer und beschließt nicht zu weinen. Nach wenigen Minuten ist die Untersuchung abgeschlossen. Dr. Mustermann prüft das Ultraschallbild und erklärt der Mutter, dass Max eine angeborene Schädigung der Säuglingshüfte hat.

Die Szenerie ist Alltag in orthopädischen und kinderärztlichen Praxen in Baden-Württemberg. Im Jahr 2013 wurden über 82.000 Hüftsonographien bei Babys vorgenommen. Seit 1996 gehört diese Untersuchung als fester Bestandteil zum Vorsorge-Programm und wird im Rahmen der U3-Vorsorge angeboten, wenn das Baby zwischen vier und sechs Wochen alt ist. Durch diese Untersuchung kann frühzeitig und sicher diagnostiziert werden, ob der Säugling an einer Hüftgelenkserkrankung leidet (siehe Kasten). Den Kindern wird damit viel erspart. Bis in die 90er Jahre hinein gab es viele junge Erwachsene, die aufgrund eines Hüftschadens nicht richtig laufen konnten. Diese Bilder sind verschwunden. Denn wenn ein Baby einen solchen Schaden aufweist, kann dieser durch eine frühzeitige Behandlung vollständig behoben werden. Max wird eine Spreizhose bekommen, die die Hüfte

in der richtigen Stellung behält, so dass er später ganz normal wird laufen können.

So alltäglich und routiniert diese Untersuchung auch abläuft – dahinter steckt ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm, das sowohl die Fähigkeit von Dr. Mustermann als auch seiner Geräte betrifft. Damit er überhaupt eine Hüftsonographie abrechnen darf, muss er eine Genehmigung besitzen. So müssen alle Fachärzte, die diese Untersuchung durchführen, zunächst gegenüber der KV Baden-Württemberg ihre fachliche Qualifikation nachweisen. Für diese muss Dr. Mustermann mit einem Zeugnis belegen, dass er mindestens 200 B-Modus-Sonographien der Säuglingshüfte durchgeführt hat. Gegebenenfalls wird sein Wissen zusätzlich bei einem Kolloquium (Fachgespräch) vor der Ultraschall-Kommission geprüft.

Auch das entsprechende Ultraschallgerät muss Standards zur Bildqualität erfüllen. Erst wenn diese strengen Voraussetzungen erfüllt sind, erhält Dr. Mustermann eine Genehmigung, die Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

Qualität wird durch Initial- und Dokumentationsprüfungen getestet.

Die Regeln, die der Arzt einhalten muss, sind in einer Qualitätssicherungsvereinbarung festgeschrieben. Hier ist beispielsweise genau festgelegt, welche Inhalte die Dokumentation eines Arztes enthalten muss. Weiterhin unterliegt der Arzt einer ständigen Prüfung der Qualität der erbrachten Untersuchungen. So muss er, sobald er die Genehmigung bekommen hat, die ersten zwölf Leistungen im Rahmen einer Initialprüfung bewerten lassen und anschließend an regelmäßigen Stichprobenprüfungen teilnehmen. Dabei wird seine Bild- und Schriftdokumentation überprüft. Durch die Initialprüfung sollen mögliche Mängel der fachlichen Qualifikation frühzeitig erkannt und damit dem Arzt die Möglichkeit gegeben werden, diese durch die Einleitung von Qualitätssicherungs- beziehungsweise Fördermaßnahmen zu beheben. Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation umfasst die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der Diagnose sowie die vom Arzt daraus abgeleiteten Therapiemaßnahmen. Die KVBW fordert vom Arzt dafür nach dem Zufallsprinzip die Dokumentation von zwölf Patienten an. Nach der Initialprüfung findet die nächste Prüfung nach zwei Jahren statt, danach alle fünf Jahre.

Erfahrene Prüfungsgremien

Die Genehmigungen erteilt die KVBW auf Basis einer Entscheidung eines eigenen Prüfungsgremiums, der Ultraschall-Kommission der KV Baden-Württemberg. Sie ist mit besonders erfahrenen Ärzten besetzt, die als Experten die Qualitätsvoraussetzungen überprüfen. Jede einzelne Patientendokumentation wird einzeln bewertet. Zur Beurteilung wurde von der KVBW eine Klassifizierung der Fehler erarbeitet, damit alle Dokumentationen einheitlich bewertet werden.

Keine Beanstandung stellt die Kommission fest, wenn der Arzt in maximal zwei Dokumentationen nur geringe Mängel erkennen lässt und es keine schwerwiegenden Mängel gibt. Nach der Prüfung wird der Arzt differenziert über die festgestellten Beanstandungen informiert und eingehend beraten.

Konsequenzen bei beanstandeten Patientendokumentationen

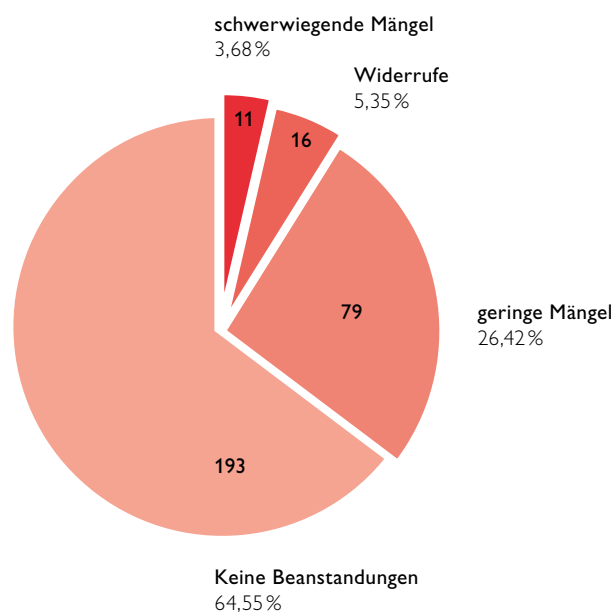
Wird eine Patientendokumentation beanstandet, ist die Qualität der Behandlung nicht gewährleistet. Dann verkürzt sich der Zeitraum der erneuten Überprüfung auf zwölf Monate. Bestehen dann immer noch Beanstandungen, muss der Arzt erneut innerhalb von zwölf Monaten seine Dokumentation vorlegen. Je nach Beanstandungsgrund kann die KVBW weitere qualitätssichernde Maßnahmen einleiten und den Arzt beispielsweise verpflichten, eine qualifizierte Fortbildung zu besuchen oder sich von einem der Experten der Ultraschall-Kommission beraten zu lassen. Bei schweren oder wiederholten Mängeln lässt die KVBW die Genehmigung ruhen. Ultraschalluntersuchungen an der Hüfte kann der Arzt dann nicht mehr abrechnen. Erst wenn der Arzt entsprechende Fortbildungen nachweist und an einem Kolloquium (Fachgespräch) mit den Experten der Kommission teilgenommen hat, kann die Genehmigung wieder in Kraft gesetzt werden. Der Prüfrhythmus beginnt dann wieder von vorne.

Sollte der Arzt im Rahmen einer Prüfung eine behandlungsbedürftige Hüfte nicht erkennen, wird ihm von der Ultraschall-Kommission unverzüglich empfohlen, den Säugling einer korrekten Behandlung zuzuführen und dies auch der Ultraschall-Kommission rückzumelden. In den bisher durchgeführten Prüfungen kamen solche Fälle zwar vor, Folgeerkrankungen des Säuglings konnten aber aufgrund

der engmaschigen Prüfung vermieden werden. In den Wiederholungsprüfungen wurden solche Beanstandungen nicht mehr festgestellt.

Mit all diesen Maßnahmen konnte die Qualität der Ultraschalluntersuchungen der Säuglingshüfte seit Beginn der Qualitätsprüfungen gesteigert werden. Die Patienten können damit das Vertrauen in ihren Arzt haben, nicht nur hinsichtlich seiner fachlichen Qualifikation, sondern auch in Bezug auf seine Geräte.

Ergebnis geprüfte Ärzte Sonographie der Säuglingshüfte 2011



Ärzte mit Genehmigung Säuglingshüfte: 1016
geprüfte Ärzte insgesamt: 299 = 100%

2.3 Interview mit Dr. Volkert-Martin Exner, Facharzt für Orthopädie, Freiburg,

Mitglied der landesweiten Kommission Ultraschall Säuglingshüfte und der regionalen Qualitätsprüfungskommission Ultraschall Freiburg:



Dr. Exner: „Die Hüftsonographie hat die Behandlung entscheidend verbessert.“

Wie hat sich Ihrer Meinung nach die Qualität in Bereich der Untersuchung der Säuglingshüfte entwickelt?

Ich bin seit Jahren in der Kommission zur Qualitätssicherung der Sonographie der Säuglingshüfte tätig. Dabei habe ich viele Befunde der Kollegen ausgewertet.

Neben der insgesamt qualitativ sehr guten Arbeit konnte bei Schwächen auf Möglichkeiten der Verbesserung hingewiesen werden. Im persönlichen Gespräch und Beratung werden Probleme bearbeitet und damit auch die Zufriedenheit der Ärzte mit dem Verfahren erhöht. Die Einrichtung von Refresherkursen hat sich dabei besonders bewährt, die Termine sind immer rasch ausgebucht. Drohte früher bei gravierenden Mängeln der Entzug der Genehmigung, wird heute höchstens bis zum Absolvieren eines Refresherkurses die Genehmigung ausgesetzt.

Mit der Sonographie ist es wie beim Autofahren. Je länger man fährt, desto größer erscheint die Sicherheit es gut zu können; unbemerkt können sich jedoch Fehler einschleichen. Sollten wir jedoch ad hoc als langjährig Fahrende die Führerscheinprüfung ablegen, hätten wohl die Meisten damit ein Problem. Aber was sage ich da, keiner möchte den Führerschein nochmals machen müssen. Wir sind mit der Qualitätssicherung in der Säuglingssonographie hier einen Schritt voraus. Das hat sich aus meiner Sicht sehr bewährt.

Was hat dies für Auswirkungen auf die kleinen Patienten und die Eltern?

Die Einführung der Hüftsonographie hat die Behandlung der Hüftgelenkdisplasie entscheidend verbessert! Die gute Qualität bei der Durchführung dieses Verfahrens erhöht die Chancen einer Früherkennung und damit die der Heilung.

Wie macht sich dies in der Praxis bemerkbar?

Mit dem Wissen um gute Verfahrensqualität steigt das Selbstvertrauen der Ärzte und Helferinnen, fördert damit die Akzeptanz der Notwendigkeit von Untersuchungen und gegebenenfalls notwendigen, aber auch unbequemen Therapieverfahren bei den Eltern. Sie müssen ja letztlich nicht nur für sich selbst, sondern für ihre Schutzbefohlenen nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden.

3. AKTUELLES

3.1 Entbürokratisierung

In einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Meinungsforschungsinstitutes infas haben die Ärzte in Deutschland am meisten beklagt, dass sie zu wenig Zeit für die Behandlung ihrer Patienten haben. Hauptkritikpunkt hierbei ist die Bürokratie, die mit der Verwaltung der Praxen, aber auch der Unzahl an Bestimmungen rund um die ärztliche/psychotherapeutische Arbeit einhergeht. Etwa 13 Stunden pro Woche muss ein Arzt dafür im Durchschnitt aufwenden – Zeit, die für die Behandlung der Patienten fehlt.

Im März 2013 fiel daher im Normenkontrollrat der Startschuss für das Projekt „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arztpraxen“. Unnötigen bürokratischen Aufwand für Ärzte und Zahnärzte identifizieren und abbauen – das ist das Ziel dieses Projekts, das voraussichtlich 2015 zum Abschluss kommen wird. Projektbeteiligte sind die Träger der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens (unter anderem die KBV), das Bundesgesundheitsministerium, die Geschäftsstelle Bürokratieabbau, das Statistische Bundesamt und der Normenkontrollrat.

Weniger Papierkram, mehr Zeit für die Patienten: Diese Forderung wird vermutlich jeder unterschreiben. Doch welche bürokratischen Prozesse sind ein notwendiges Übel, welche gehören abgeschafft? Wo entsteht „Bürokratie“?

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg befasst sich – unabhängig von dem oben angesprochenen Projekt – schon seit Jahren mit diesen Fragen und prüft, wie sie selbst zum Bürokratieabbau beitragen kann. Dabei ist klar, dass in vielen Fällen als bürokratisch empfundene Prozesse auf Bundesregelungen beruhen, die nicht einfach mit einem „Federstrich“ beseitigt werden können. Viele Regelungen sind auch aus Gründen der Qualitätssicherung und des Patientenschutzes erforderlich. In diesen Fällen stellte sich die KVBW dann die Frage: „Was können wir tun, um die Erfüllung der geforderten Pflicht für die Praxen so ein-

fach, so „geräuschlos“ wie möglich zu machen?“ Da gibt es durchaus eine Reihe von Ansatzpunkten.

Nachfolgend hierzu ein Beispiel aus unserem „Praxisalltag“:

Jeder Betreiber von röntgendiagnostischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen ist verpflichtet, seine Anlagen bei einer Ärztlichen Stelle anzu-melden und regelmäßige Qualitätsprüfungen durchführen zu lassen. Das Land Baden-Württemberg hat dafür die Landesärztekammer Baden-Württemberg benannt. Gleichzeitig regelt aber auch die Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Radiologie Qualitätsanforderungen an die Bildqualität und die Untersuchung in der konventionellen Röntgendiagnostik und Computertomographie. Zwei Rechtsgrundlagen, zwei Prüfungen, die sich dem gleichen Thema widmen, wenn auch mit unterschiedlicher Ausrichtung. Für den Arzt bedeutet das doppelten Aufwand, wenn er für beide Stellen Unterlagen herausuchen muss. Die KVBW und die Landesärztekammer haben daher gemeinsam versucht, das Verfahren für den Arzt einfacher zu gestalten und arbeiten dazu heute Hand in Hand: Beide Stellen greifen auf dieselben Unterlagen zu, jede Organisation prüft aber die Sachverhalte für die sie zuständig ist. Der Arzt erhält auch weiterhin von der jeweils zuständigen Stelle einen eigenen Bescheid.

Dieses Beispiel zeigt aber auch, wie mühsam der Weg ist, den es zu beschreiten gilt. Die Einigung zwischen KVBW und Landesärztekammer war schnell hergestellt. Damit das Verfahren aber so in Gang gesetzt werden konnte, mussten erst durch eine Rechtsänderung datenschutzrechtliche Hürden überwunden werden.

3.2 Neuropsychologische Therapie bietet Hilfe für Patienten mit hirnganischen Schädigungen

Jedes Jahr bekommen etwa 40.000 bis 60.000 Patienten hirnganische Erkrankungen, beispielsweise nach einem Schlaganfall. Die Folgen für die Patienten sind gravierend: Neben Einschränkungen beispielsweise im Sprachvermögen oder Lähmungen kann auch das emotionale Erleben, die Beziehungsfähigkeit oder das Verhalten gestört sein. Auch die Verarbeitung einer solchen Erkrankung bereitet vielen Patienten große Schwierigkeiten. Helfen kann hierbei eine neuro-psychologische Therapie bei einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten. Bis 2012 hatten die Krankenkassen die Kosten für diese ambulante Behandlung entweder gar nicht oder nur im Einzelfall übernommen. Für die Patienten kam dann nur eine stationäre Behandlung in Frage. Seit Februar 2012 ist die ambulante neuropsychologische Therapie eine anerkannte Behandlungsmethode und damit Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Seit 1. Januar 2013 können Niedergelassene diese Leistung qualitätsgesichert erbringen und abrechnen.

Was ist eine „neuropsychologische Therapie“?

Im Rahmen einer neuropsychologischen Therapie lernen die Patienten mit ihrer Krankheit umzugehen und dadurch gestörte Verhaltensweisen zu kompensieren. Die Therapie setzt zunächst eine genaue Diagnose voraus. In einer ersten Stufe muss dabei festgestellt werden, ob überhaupt eine hirnganische Erkrankung vorliegt, die für die Beschwerden ursächlich ist. Diese Diagnose dürfen niedergelassene Fachärzte der Fachrichtungen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vornehmen. In einer zweiten Stufe erfolgt die krankheitsspezifische, neuropsychologische Diagnostik einschließlich einer Einschätzung der Therapieindikation und der Prognose für die Therapie. Diese Untersuchung dürfen neben den genannten Fachärzten auch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vornehmen, wenn sie sich auf psychoanalytische Verfahren

oder Verhaltenstherapie spezialisiert haben. Erforderlich für diese Stufe ist in jedem Fall eine neuropsychologische Zusatzqualifikation des Arztes oder Psychotherapeuten.

Die fachlichen Anforderungen für die Diagnostik und Therapie der Stufe 2 werden durch die KV geprüft und mit einer Genehmigung bestätigt. Erst dann erfolgt die eigentliche Therapie, die von einem Arzt oder Psychotherapeuten mit den genannten Schwerpunkten vorgenommen wird.

Aus Qualitätssicherungsgründen darf die Diagnostik der Stufe 1 nicht vom gleichen Arzt/Psychotherapeuten durchgeführt werden, der gegebenenfalls die neuropsychologische Therapie ausführt.

Je nach Krankheitszustand kann der Patient die Therapie als Einzel- oder als Gruppentherapie in Anspruch nehmen. Daran orientiert sich auch Anzahl und Dauer der erforderlichen Sitzungen.

Frau Sanja Čipčić-Schmidt, Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis in Heidelberg erhielt als eine der ersten eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der neuropsychologischen Therapie. Sie ist Vorsitzende der QS-Kommission "Neuropsychologische Therapie" der KVBW. Wir haben mit Frau Čipčić-Schmidt folgendes Interview geführt:

Wie sind Ihre Erfahrungen im ersten Jahr mit der neuropsychologischen Therapie im ambulanten Bereich?

Ich habe in den letzten 13 Jahren bereits eine psychotherapeutische Praxis für neuropsychologische Therapie in Heidelberg betrieben. Die Bewilligung der notwendigen Therapie durch die Krankenkassen war in dieser Zeit mit vielen Problemen, häufigen Widersprüchen und enormer Zeitinvestition verbunden. Die Möglichkeit, die Leistung jetzt direkt abzurechnen, stellt eine große Arbeitserleichterung dar.

In meiner psychotherapeutischen Praxis führe ich ausschließlich neuropsychologische Behandlungen durch. Die Nachfrage ist groß. Die Patienten melden sich auf Empfehlung der neurologischen Akut- und Rehabilitationskliniken oder werden von neurologischen Praxen zugewiesen. In der Regel kommen die Patienten kurz nach dem Ereignis beziehungsweise direkt nach einem stationären Aufenthalt. Es melden sich aber zunehmend auch Patienten, bei denen der Erkrankungsbeginn weiter in der Vergangenheit liegt, da es bisher kaum neuropsychologische Behandlungsmöglichkeiten gab. In solchen Fällen muss man dann das verbliebene Rehabilitationspotential genau einschätzen und bei Überschreitung der „Fünf-Jahres-Grenze“ (laut Richtlinie soll der Behandlungsbeginn nicht länger als fünf Jahre nach Erkrankungszeitpunkt liegen) einen Antrag zur Kostenbewilligung in Rahmen der Ausnahmeregelung stellen.

Hat sich die Versorgungssituation für die Patienten verbessert?

Gegenüber der Vergangenheit, in der nur ein Bruchteil der gesetzlich Versicherten die notwendige Leistung in Kostenerstattung bekommen konnten und eine quasi „Null-Versorgung“ bestanden hat, ist eine deutliche Verbesserung eingetreten. Aber es wird noch dauern, bis wir die notwendigen Kapazitäten aufgebaut haben, die wir für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigen. Das geht nicht so schnell. Schließlich ist der Erwerb der Zusatzqualifikation in Neuropsychologie mit einem großen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden – zumal die Kollegen bereits heute voll ausgelastet sind.

Meine Hoffnung ist, dass wir einige Kollegen, die im klinischen Bereich arbeiten in die Versorgung mit einbeziehen können. Aber dafür sind noch eine Reihe von bürokratischen Hürden aus dem Weg zu räumen.

Worin bestand bisher Ihre Aufgabe als Mitglied der QS-Kommission?

Die QS-Kommission setzt sich aus sieben Mitgliedern, alle psychologische Psychotherapeuten mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation, zusammen. Die Kommission hat sich bisher zweimal getroffen. Es wurden Aufgaben präzisiert und eine Checkliste mit Kriterien entwickelt, anhand derer die Qualitätssicherung und Überprüfung der Indikation durch Stichproben im Einzelfall erfolgen soll. Ich wurde in diesem Jahr als Vorsitzende der QS-Kommission in Baden-Württemberg gewählt. Da ich schon länger in unserem Fachverband, Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP), berufspolitisch aktiv und Landesvertreterin der GNP in Baden Württemberg bin, besteht meine Aufgabe auch in der Koordination unserer Arbeit mit den GNP-Mitgliedern der QS-Kommissionen in anderen Bundesländern.

4. PROJEKTE ZUR QUALITÄTSFÖRDERUNG

4.1 Hygiene und Medizinprodukte

Seit den Tagen von Louis Pasteur und Robert Koch, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts ihre Entdeckungen machten, hat die Medizin unglaubliche Fortschritte vollzogen. Und doch ist die Hygiene immer noch der gemeinsame Nenner – sozusagen die Basis allen Handelns in einer Arztpraxis. Die heutigen Empfehlungen werden vom Robert-Koch-Institut und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ausgesprochen. Ihre Aussagen zur Hygiene und zur Aufbereitung von Medizinprodukten sind der Goldstandard in diesem Bereich. Für den einzelnen Praxisinhaber ist es aber sehr schwierig, noch den Überblick über die Vielzahl von Gesetzen, Richtlinien, Normen, technischen Regeln, Vorschriften für den Umgang mit Medizinprodukten und für die Einhaltung von Hygienestandards zu behalten. Und das bei sich stetig ändernden Regelungen.

Genau hier setzt die Tätigkeit der beiden Hygienebe-raterinnen der KVBW ein. Sie beraten und unterstützen die Praxen in Baden-Württemberg in allen Fragen der Hygiene:

- Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Normen in der Praxis,
- Aufbereitung von Medizinprodukten, das heißt Reinigung, Desinfektion, Verpackung und Sterilisation sowie Überwachungsmöglichkeiten des Aufbereitungsprozesses durch hygienisch-mikrobiologische und/oder physikalische Routinekontrollen,
- Risikoeinstufung von Medizinprodukten in der Praxis,
- Beratung vor und nach behördlichen Begehungen und Unterstützung bei der Umsetzung von eventuel-len Auflagen,
- Erstellung und Erarbeitung von Verfahrens- und Standardarbeitsanweisungen sowie deren Umsetzung in die Praxis,
- Erstellung und Erarbeitung von Hygiene- und Desinfe-ktionsplänen, Handschuh- und Hautschutzplänen,
- Umsetzung der Inhalte eines Hygieneplans (Hände- und Hauthygiene, Flächenreinigung- und Flächendesinfektion, Instrumentendesinfektion, Wäsche und Abfallentsor-gung) im praktischen Alltag,
- 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 zu Neubau- und Umbauvorhaben.

2014 wird die KVBW im Rahmen einer Hygieneoffen-sive einen eigenen Leitfaden zu diesem Thema herausgeben.

Einen weiteren Schwerpunkt der Unterstützung der KVBW bilden umfangreiche Schulungsmaßnahmen. Bereits im Jahr 2007 fiel der Startschuss für den ersten Sachkunde-kurs für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärzt-lichen Praxis bei der KVBW. Auch im Jahr 2013 hat die KVBW für ihre Mitglieder wieder 13 fünf-tägige Sachkundekurse zur Sterilgutaufbereitung angeboten. Die Sachkundekurse wurden von insgesamt 365 Praxismitarbeitern sowie vereinzelt auch von Ärzten besucht. Über die Jahre hinweg wurden so ins-gesamt 2.452 Teilnehmer in 88 Sachkundekursen erfolgreich fortgebildet. Die KVBW ermöglicht es den Praxen damit, ihr Sterilgut in der eigenen Praxis aufzubereiten. Die Praxisbetrei-ber tragen damit die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung. Die Praxen müssen dafür Beauftragte bestim-men, die wiederum eine Fortbildung nachweisen müssen.

Die Regierungspräsidien erkennen einen 40 Stunden-Sachkundekurs als ausreichende Qualifikation an

Diese Sachkundekurse wurden in Kooperation mit der Akademie für Infektions Prävention (AFIP) e. V. sowie dem Brandenburgischen Bildungswerk für Medizin und Soziales (BBW) e. V. angeboten. Beide Fortbildungseinrichtungen sind bei der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung e.V. (DGSV) anerkannt und arbeiten nach deren Curricu-lum. Der Sachkundekurs schließt mit einer Kenntnisprüfung ab. Die Teilnehmer erhalten nach erfolgreich bestandener Prüfung das Zertifikat der DGSV.

Als Grundlagenkurs für die Praxen gedacht ist eine halbtägige Fortbildung „Alles sauber oder was? – Hygiene in der Arztpraxis“. Schwerpunkt dieser Fortbildung ist der Hygieneplan für die Arztpraxis. Es wird vermittelt, wie ein Hygieneplan erstellt werden muss und vor allem wie seine Inhalte umgesetzt werden können. 2013 haben insgesamt 259 Teilnehmer elf Kurse besucht.



Qualität bedeutet,
das Richtige zu tun,
wenn keiner zuschaut.

Willy Meurer



Hafen Konstanz _ Bodensee

4.2 Hygienetag der KV Baden-Württemberg

Die KV Baden-Württemberg veranstaltete am 23. Februar 2013 ihren zweiten Hygienetag für niedergelassene Ärzte und Mitarbeiter der Praxen. Rund 300 Teilnehmer waren der Einladung der KVBW mit großem Interesse gefolgt.

Ziel der Veranstaltung war es, über aktuelle Hygiene-Themen zu informieren, die behördliche Aufsicht näher zu beleuchten und erfolgreiche Umsetzungsbeispiele aus Praxen aufzuzeigen.

Nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden sind zentrale Aufgaben von Arztpraxen. Neue Herausforderungen ergeben sich dabei besonders im Zusammenhang mit der Umsetzung des geänderten Infektionsschutzgesetzes, der Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen Baden-Württembergs sowie der Aufbereitung von Medizinprodukten und der Ausbreitung multiresistenter Erreger.

„Viel Informationen, super motivierend, engagiertes Vortragen“ – diese und ähnlich positiv lautende Rückmeldungen begleiteten den Hygienetag und brachten damit zum Ausdruck, welch hohen Stellenwert Hygienemaßnahmen und der richtige Umgang mit Medizinprodukten in der Praxis einnehmen.

Hygiene in der Arztpraxis – das Tagungsprogramm –

Vormittag:

Verordnung des Sozialministeriums über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygVO) – Umsetzung in Baden-Württemberg

Praktische Umsetzung der RKI – BfArM Empfehlung zur hygienischen Aufbereitung von Medizinprodukten im niedergelassenen Bereich

Best practice: Hygiene in der Facharztpraxis

Behördliche Überwachung

Nachmittag:

Veranstaltung 1:
Multiresistente Erreger in der Praxis: Was ist zu tun?

Veranstaltung 2:
Dokumentationspflichten: Gut gerüstet für die Begehung?

Veranstaltung 3:
Wie sage ich es meinen Vorgesetzten/meinen Kollegen?
Kommunikation in der Arztpraxis zum Thema Hygiene

4.3 Qualitätszirkel

Eine ausgesprochen erfolgreiche Qualitätssicherungsmaßnahme im ambulanten Bereich sind die Qualitätszirkel. Hier treffen sich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in kleinen Gruppen zum moderierten Erfahrungsaustausch 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 im QZ gewonnenen Erkenntnisse kommen Patienten direkt zugute: Ihre medizinische Versorgung erfolgt nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, bei schwerwiegenden Problemen hat der Arzt durch den Kontakt zu anderen QZ-Teilnehmern einen leichteren und schnelleren Zugriff auf Wissen von Kollegen und erstellt mit diesen zum Beispiel gemeinsame Service-Angebote wie Patienteninformationen oder Leitfäden.

Bereits Anfang der neunziger Jahre trafen sich Ärzte und Psychotherapeuten zum interkollegialen Austausch. Mit den ab 1993 gültigen Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV erhielten Qualitätszirkel (QZ) als innerärztliches Verfahren zur Qualitätssicherung ihre Anerkennung als selbstbestimmte, unabhängige Fortbildung. Der Grundstein für die Weiterentwicklung der Qualitätszirkel war gelegt.

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 KVBW plant für die Zukunft, die Qualitätszirkelarbeit noch intensiver zu betreuen. So soll beispielsweise allen Moderatoren regelmäßig ein elektronischer Newsletter, zugeschickt werden, der zu verschiedensten Themen Informationen bietet. In Planung ist auch ein Datenaustausch

mit dem Hausärzterverband, damit die Moderatoren des Hausärzterverbandes die Daten der Qualitätszirkel nur einmal erfassen müssen. Im Mitgliederportal der KVBW sollen die Daten der Qualitätszirkelarbeit zukünftig elektronisch erfasst werden, hierzu ist ein Bereich zum Einpflegen von QZ-Daten geschaffen worden. Die bisherige Lieferung von QZ-Protokollen auf Papier entfällt.

Zum 31. Dezember 2013 gab es in Baden-Württemberg insgesamt 889 aktive Qualitätszirkel, das heißt Qualitätszirkel, die im Jahr 2013 regelmäßig (= mindestens viermal) getagt und die zwischen 5-20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten.

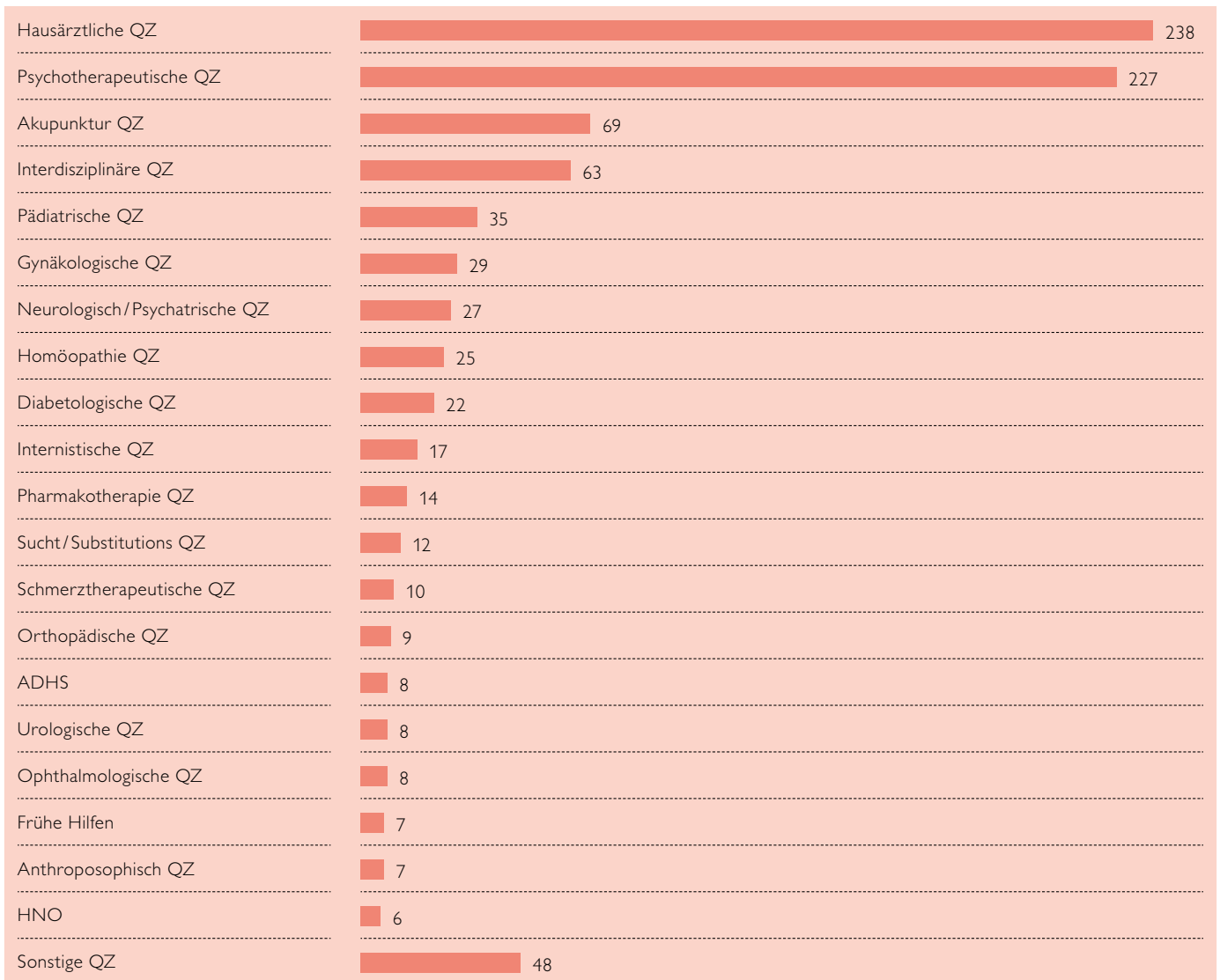
Die Zahl der von der KVBW anerkannten und entsprechend finanziell geförderten Qualitätszirkel ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen (im Jahr 2012 wurden 858 aktive Qualitätszirkel registriert). Es wurden etwa gleichviel hausärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel verzeichnet (siehe Abbildung).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl von Qualitätszirkeln im Jahresvergleich 2013 zu 2012, jeweils aufgeteilt nach Bezirksdirektionen:

Bezirksdirektion	Anzahl Qualitätszirkel 2013	Anzahl Qualitätszirkel 2012
Freiburg	208	197
Karlsruhe	232	213
Stuttgart	253	240
Reutlingen	196	208
Gesamt Baden-Württemberg	889	858

Die 889 aktiven Qualitätszirkel wiesen ein breites Spektrum auf. Einen Überblick hierzu bietet die nachfolgende Abbildung.

Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel in der KV Baden-Württemberg 2013



Die Eingruppierung unter „sonstige Qualitätszirkel“ wurde vorgenommen, wenn in einem Themenbereich bisher ≤ 5 Qualitätszirkel gegründet wurden. Ebenso wie im Vorjahr wurden relativ viele „sonstige Qualitätszirkel“ registriert. Dabei waren auch ausgefallener Themen wie beispielsweise Anti-Aging und Hypnose Gegenstand der ärztlichen Fortbildung.

Bemerkenswert ist die schon seit Jahren hohe Anzahl von Qualitätszirkeln zur Akupunktur – ein Thema, das sich

offenbar für den interkollegialen Austausch eignet und von hohem Interesse für die teilnehmenden Ärzte ist.

Es wurden weit über hundert fachgebietsübergreifende und mehr als zwanzig berufsgruppen-übergreifende Qualitätszirkel gemeldet.

5. QUALITÄT IN DER VERORDNUNGSWEISE

5.1 Steigerung der Verordnungsqualität

Eine wirtschaftliche und sinnvolle Verordnungsweise gehört zu den größten Herausforderungen im Gesundheitswesen. Kein Wunder, werden doch jährlich für mehr als 30 Milliarden Euro Arzneimittel verordnet, womit Arzneimittel zu den größten Kostenblöcken im Gesundheitswesen gehören. Für die Mitarbeiter im Verordnungsbereich der KVBW – Apotheker, Ärzte, Juristen, pharmazeutisch-technische Assistenten und medizinische Fachangestellte – bedeutet das, gemeinsam mit den Ärzten daran zu arbeiten, Wirtschaftlichkeit und optimale Versorgung miteinander zu verbinden. Das Ziel besteht darin, dies möglichst ohne Einbußen in der Patientenversorgung zu erreichen. Im Kern beinhaltet das eine Steigerung der Verordnungsqualität.

Neue Präparate und wissenschaftliche Erkenntnisse sowie der wirtschaftliche Druck im Gesundheitswesen erhöhen die Anforderungen an die Ärzte ständig. Für die Ärzte und damit auch für die KVBW bedeutet dies, die Verordnung in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einfließen zu lassen, der gemäß dem PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) dafür sorgen soll, eine dauerhafte und nachhaltige Qualitätssteigerung zu erzielen.

5.1.1 Maßnahmen zur Verbesserung

Im ersten und zweiten Teil des Zyklus werden die Maßnahmen festgelegt und in den Praxen umgesetzt. Die KVBW unterstützt die Ärzte darin zunächst durch umfangreiche Schulungsaktivitäten. Über ihre eigene Management-Akademie (MAK) bietet die KVBW eine Vielzahl von Seminaren zum Thema Verordnungen an, aus denen die Teilnehmer Maßnahmen für ihre Praxis ableiten können. Das Interesse an den Seminaren ist groß, die Resonanz hervorragend. Mehr als 2.100 Ärzte und medizinische Fachangestellte haben 38 Seminaren zu unterschiedlichen Verordnungsthemen teilgenommen, die Weiterempfehlungsquote beträgt 98 Prozent.

Zur Information der Mitglieder über Änderungen oder aktuelle Themen trägt die Homepage der KVBW

sowie die Publikation „Verordnungsforum“ sowie Beiträge in der Mitgliederzeitschrift „ergo“ bei. Die KVBW nutzt damit verschiedene Medien, um das Informationsinteresse der Mitglieder zu decken, aber auch um aktuelle Tipps zu geben und kritische Fragen zu beleuchten. Die Themen weisen ein breites Spektrum auf. Dazu gehörten 2013 beispielsweise:

- Osteoporose – was schützt den Knochen?
- Benzodiazepine: Zu viel Beruhigung?
- Hormonersatz: Lifestyle-Therapie oder notwendige Behandlung?
- Statine: Gefährliche Wechselwirkungen
- NSAR: Risiken und Kontraindikationen
- Polypharmazie

Das Verordnungsforum erscheint viermal jährlich mit einer Auflage von 21.000 Exemplaren.

5.1.2 Überprüfung

Im zweiten und dritten Teil des Zyklus sollen die Maßnahmen in der Praxis überprüft und auf ihre Zielwirksamkeit hin untersucht werden. Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder darin in Form der Schnittstelle zur Arzneimittelvereinbarung (ARV-Schnittstelle). Die ARV-Schnittstelle gibt dem Arzt über seine Praxisverwaltungssoftware einen Überblick über regionale Arzneimittelvereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen. In diesen Vereinbarungen werden für einzelne Wirkstoffgruppen bei Medikamenten Empfehlungen vereinbart, bei welchem Wirkstoff sich Wirtschaftlichkeit und Verordnungsqualität optimal miteinander verbinden. Der Arzt bekommt über seine Praxisverwaltung eine Empfehlung über die vereinbarten Wirkstoffgruppen. Das hilft den Patienten und den Beitragszahlern.

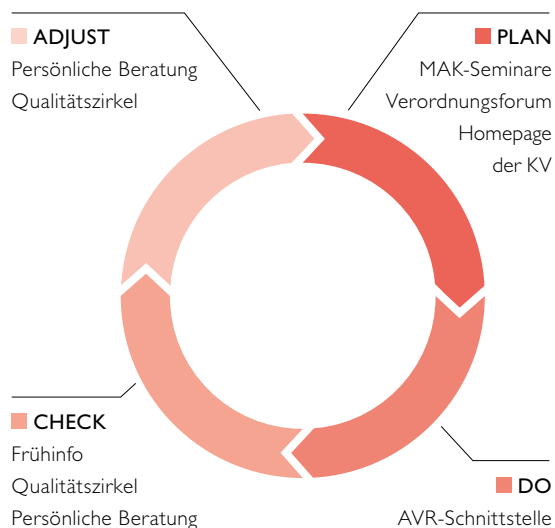
Die Anbieter von Praxisverwaltungssoftware sind verpflichtet, die regelmäßigen Aktualisierungen der Kassenärztlichen Vereinigungen den Ärzten zur Verfügung zu stellen. Damit wird sichergestellt, dass die Verordnungsentscheidung des Arztes nicht durch manipulierte Empfehlungen oder etwa Werbung beeinflusst wird.

Einen entscheidenden Beitrag für die Ärzte zur Steigerung der Verordnungsqualität stellen die Frühinformationen der KVBW dar. Da Ärzte gesetzlich einem Budget in der Verordnung unterliegen, ist es für sie wichtig zu wissen, wie sie ihr Budget ausgeschöpft haben. Durch einen speziellen Service informiert die KVBW ihre Mitglieder bereits frühzeitig über deren Verordnungsverhalten. Mit der Information kann die KVBW gemeinsam mit den Ärzten qualitative Schwerpunkte für die Steigerung der Verordnungsqualität setzen.

Einen Schwerpunkt für die vierte Phase besteht im Beratungsangebot der KVBW. Die Experten des Verordnungsbereiches unterstützen darin individuell die Mitglieder in Fragen zur Verordnung, sei es schriftlich oder telefonisch. Wie groß der Bedarf ist, zeigt sich daran, dass im Jahr 2013 mehr als 61.000 Fragen zur Verordnung die KVBW erreicht haben. Darüber hinaus begleitet die KVBW die Qualitätszirkel der Mitglieder. Auch hier ergibt sich ein großes Potenzial für die Steigerung der Verordnungsqualität, da viele Fragen, die für eine Reihe von Praxen relevant sind, in den Qualitätszirkeln ausführlich behandelt und diskutiert werden können.

Mit diesem Maßnahmenprogramm unterstützt die KVBW ihre Mitglieder umfangreich in allen Fragen der Verordnung.

Der P-D-C-A-Zyklus, ein Instrument des KVP zur Steigerung der Qualität, hier am Beispiel Verordnungen



5.2 Frühinformation Arzneimittel

Die Vertragsärzte in Baden-Württemberg werden im Arzneimittelbereich regelmäßig durch eine dem Honorarversand beigelegte Frühinformation über ihr Verordnungsverhalten in Kenntnis gesetzt. Die schnelle Bereitstellung der Daten ermöglicht eine zügige Erstellung der Übersichten – so werden die Daten der KVBW circa fünf bis sechs Wochen nach Verordnungszeitpunkt zur Verfügung gestellt. Dadurch wird ermöglicht, dass nach erfolgter Abrechnung sofort eine potentielle Richtgrößenabweichung kommuniziert werden kann. Dies war nicht immer so. Erst seit 2010 kann das KV-System per Gesetz auf Daten zugreifen, die sie direkt von den Abrechnungsstellen der Apotheken erhält. Früher musste die KVBW auf Daten der Krankenkassen warten. Dies war leider mit einem erheblichen Zeitverzug verbunden – eine zeitnahe Steuerung war so nicht möglich.

Ein weiterer Vorteil der aktuellen Daten besteht in ihrem Detailreichtum. Beispielsweise werden so über Patientenpseudonyme sinnvollere und qualitativ hochwertigere Auswertungen ermöglicht, die wiederum für die Beratung essentiell sind.

Diese Grundlage hat zur Folge, dass die Zielsetzung der Arzneimittelinformation durch die KVBW nicht mehr nur alleine eine Ausgabensteuerung durch Richtgrößen darstellt, sondern immer mehr die Verordnungsqualität in den Fokus rückt. Ein Aspekt ist hier beispielsweise die Information über die mit den Kostenträgern vereinbarten Zielvereinbarungsgruppen und die jeweils erreichten Zielwerte der Leitsubstanzen. Patientenkosten ausgewählter Indikationsgebiete im Vergleich zu denen der Fachkollegen können Hinweise auf bestimmte Verordnungsmuster geben. Durch Qualitätsindikatoren soll zukünftig die individuelle Beratung noch verfeinert werden – damit kann dem Arzt ein Mehrwert geboten werden. Gesamtgesellschaftlich wird dadurch ein Beitrag zur sicheren und qualitätsgesicherten Verordnung von Arzneimitteln geleistet.

Derzeit erhalten ca. 10.500 Arztpraxen viermal im Jahr die Frühinformation Arzneimittel. Über nicht zulässige Verordnungen im Sprechstundenbedarf wird ebenfalls informiert. Zeitgleich mit dem Versand sind die Statistiken auch im Mitgliederportal einzusehen.

5.3 Wechseljahre – Krankheit oder Lebensphase?

Leitlinien zur Hormonersatztherapie zur Steigerung der Verordnungsqualität

Die Umstellung des Hormonzyklus bei Frauen ab dem 40. und der als „Wechseljahre“ bezeichnete Zeitraum etwa ab dem 50. Lebensjahr ist für viele Frauen von Beschwerden begleitet. Hitzewallungen, vaginale Trockenheit, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Harnwegsbeschwerden oder Libidomangel treten in dieser Phase beispielsweise häufig als Symptome auf. Ob diese Symptome allerdings alle auf die hormonellen Veränderungen zurückzuführen sind, ist nicht belegbar. Sie können auch andere Ursachen haben. Symptome wie Hitzewallungen und vaginale Trockenheit können durch eine Hormonersatztherapie verbessert werden, für alle anderen Symptome wie Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Harnwegsbeschwerden oder Libidomangel liegen keine ausreichenden Daten für einen positiven Einfluss vor. Entscheidend ist es daher, dass die Therapie richtig eingesetzt wird. So sehen viele Frauen, teilweise durch Ratgeber unterstützt, die Vergabe von Hormonen in dieser Phase als „Lifestyle“-Mittel, um den Alterungsprozess hinauszuzögern sowie das Aussehen oder die Fitness zu verbessern.

Um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten, haben die Fachgesellschaften Leitlinien für die Behandlung einzelner Erkrankungen aufgestellt. Diese Leitlinien stellen Empfehlungen zur Therapie dar. Insbesondere geben sie dem Arzt eine Orientierung für die Verordnung bei einzelnen Beschwerden und Symptomen. Angesichts einer fast nicht überschaubaren Vielzahl an Arzneimitteln ist dies für die Ärzte eine ungemein wertvolle Hilfe und gibt dem Patienten die Sicherheit, optimal versorgt zu werden. Erschwerend kommt hinzu, dass sich wissenschaftliche Erkenntnisse ändern, etwa die Wirksamkeit einzelner Medikamente gegen bestimmte Beschwerden nach einiger Zeit anders gesehen oder auch das Zusammenspiel einzelner Medikamente mit anderen Arzneimitteln unterschiedlich bewertet wird. Ebenso stellen die Leitlinien eine Warnung für den Arzt dar, in welchen Fällen die Verordnung eines Wirkstoffs mehr Risiken als Nutzen hat. Daraus ergeben sich nicht selten auch gesetzliche Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse, die der Arzt bei der Versorgung der Patienten zusätzlich beachten muss.

Die KVBW informiert die Ärzte regelmäßig über therapierelevante Leitlinien sowie deren neue wissenschaftliche Erkenntnisse. Daneben erklärt die KVBW die gesetzlichen Vorgaben zur wirtschaftlichen Verordnung mit Verordnungseinschränkungen und -ausschlüssen, die sich nicht selten aus den Leitlinien ergeben. Dies trägt insgesamt zur Steigerung der Verordnungsqualität bei.

Bei der Hormonersatztherapie sieht die Leitlinie zunächst eine ausführliche Diagnose vor, ob die Beschwerden auch wirklich hormonell bedingt sind. Auf keinen Fall dürfen die Medikamente zu „Life-Style-Zwecken“ eingesetzt werden, zumal dies auch nicht von den Krankenkassen bezahlt werden würde. Bis vor einigen Jahren wurde einer Hormonersatztherapie zusätzlich noch eine Schutzwirkung gegen Herzinfarkt oder eine Vorbeugung gegen Leistungsstörungen des Gehirns zugesprochen. Aktuelle Studien bestätigen dies jedoch nicht. Eher besteht sogar bei falscher Anwendung ein erhöhtes Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu bekommen. Für den Arzt ist es daher wichtig, die Verordnung genau zu prüfen und am patientenindividuellen Nutzen auszurichten. Die Therapie darf nur angewendet werden, wenn klare Symptome vorliegen, die den Einsatz der Arzneimittel rechtfertigen.

Zur Reduktion eines osteoporosebedingten Frakturrisikos sind insbesondere transdermal zu applizierende Östrogene eine Therapieoption. Sowohl zur Primär- als auch zur Sekundärprophylaxe. Immer nach dem Grundsatz: So wenig wie möglich und solange wie nötig, natürlich unter Beachtung der Kontraindikationen.

Für die Ärzte bedeutet dies, die Patientinnen über mögliche Risiken aufzuklären und diese Aufklärung zu dokumentieren. Damit die Verordnung auf Kassenrezept möglich ist, muss ebenfalls eine entsprechende Diagnose mit den jeweiligen Symptomen festgestellt werden sowie die Einschränkungen der Therapiedauer und Dosis der Wirkstoffe beachtet werden.

Eine Auswertung der Verordnungsdaten über einen Zeitraum von zwei Jahren zeigte, dass die Ärzte in Baden-Württemberg diese Vorgaben beachten und verantwortungsvoll mit dem Einsatz der Hormonersatztherapie umge-

6. AUSBLICK 2014

hen. So wurden bei Patientinnen, die eine Therapie über einen längeren Zeitraum verordnet bekamen, in einem hohen Umfang Therapiepausen eingelegt. Nur wenige Patientinnen erhielten eine Dauertherapie über ein Jahr hinaus, für einen großen Teil der Patientinnen wurden die Hormone nur für einen kurzen Zeitraum verordnet.

6.1 QS-Vereinbarung zur Holmium-Laser-Behandlung des benignen Prostatasyndroms

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser-Verfahren (QS-Vereinbarung Holmium-Laser bei bPS) geschlossen. Die Vereinbarung wird im Laufe des Jahres 2014 in Kraft treten.

Die Holmium-Laser-Behandlung kann als Holmium-Laser-Enukleation (HoLEP) oder als Holmium-Laser-Resektion (HoLRP) der Prostata durchgeführt werden. Beide Verfahren sind als anerkannte Behandlungsmethoden Bestandteile der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Die Vereinbarung regelt fachliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen sowie Anforderungen zur Dokumentation. Ein wesentlicher Bestandteil ist daneben die verpflichtende Übermittlung einer Jahresstatistik. Klinische Parameter, die im Rahmen der Behandlung erfasst werden, sind in einer aggregierten Jahresstatistik zu erfassen. Hierbei handelt es sich ausdrücklich nicht um Indikations- oder Dokumentationsprüfungen. Die Datenerfassung und -übermittlung erfolgt elektronisch.

Eine Übergangsregelung ermöglicht einen erleichterten Zugang für Ärzte, die vor Inkrafttreten der Vereinbarung bereits Holmium-Laser-Verfahren durchgeführt haben. Hierzu sind 30 Holmium-Laser-Behandlungen innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung und eine Mindest-Maximalleistung von 50 Watt bei einem bereits zur Behandlung genutzten Laser nachzuweisen.

In der QS-Vereinbarung Holmium-Laser bei bPS wird auf eine obligate regelmäßige stichprobenhafte Prüfung der Dokumentation verzichtet. Es ist lediglich eine allgemeine Legitimation der KV zur Einsichtnahme und Prüfung von Dokumentationen festgelegt worden. Ferner haben die Vertragspartner festgelegt, dass nach Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistiken – frühestens nach zwei Jahren – geprüft werden soll, ob Kriterien für anlassbezogene (Stichproben-)Prüfungen vorgegeben werden sollen.

Die KVBW wird potentiell teilnahmeberechtigte Ärzte über den Start der Vereinbarung informieren.

6.2 QS-Vereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben eine Qualitätssicherungsvereinbarung für die Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen mittels Dünndarm-Kapselendoskopie (QS-Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie) geschlossen. Die Vereinbarung ist zum 1. Juli 2014 in Kraft getreten.

Die Kapselendoskopie des Dünndarms ist Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt.

Die Vereinbarung enthält Vorgaben zu den fachlichen, technischen und organisatorischen Anforderungen sowie zur Dokumentation der Leistung. Darüber hinaus wurde eine Übergangsregelung aufgenommen für Ärzte, die diese Leistung bereits durchführen. Die Vereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie definiert Anforderungen an den Arzt, der die Kapsel appliziert („Applizierer“) und an den Arzt, der die Untersuchung auswertet („Auswerter“). Darüber hinaus sind die Applizierer verpflichtet, auf elektronischem Weg einmal im Jahr eine Jahresstatistik zu übermitteln. Die erste Statistik ist im ersten Quartal 2016 fällig.

Die Übergangsregelung ermöglicht, dass auch Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt die Leistung durchführen können, wenn sie gastroenterologisch tätig sind (gem. Präambel 13.1 Nr. 4 des EBM) und vor Inkrafttreten der QS-Vereinbarung Leistungen der Kapselendoskopie erbracht haben.

In der QS-Vereinbarung wird auf eine obligate regelmäßige stichprobenhafte Prüfung der Dokumentation zunächst verzichtet. Die Partner des Bundesmantelvertrages haben sich darauf verständigt, dass frühestens zwei Jahre nach Auswertung der Ergebnisse der Jahresstatistik geprüft werden soll, ob Kriterien für anlassbezogene (Stichproben-)Prüfungen vorgegeben werden sollen.

Die KVBW hat bereits potentiell teilnahmeberechtigte Ärzte über den Start der Vereinbarung informiert.

6.3 Neues Beratungskonzept für die Verordnungsweise Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Seit kurzem entwickelt die KVBW ein noch umfangreicheres Beratungskonzept. Die bisher erfolgten Beratungen sollen erweitert und vertieft werden. Kernpunkte liegen bei der Beratung von neu niedergelassenen Ärzten sowie bei der Aufarbeitung von Schwerpunktthemen. Eins der ersten Themen wird die Frage nach der Medikation während Schwangerschaft und Stillzeit sein. Eine Sonderausgabe des Verordnungsforums ist schon in Arbeit. Auch Kooperationen mit externen Beratern sollen in diesem Bereich ausgebaut werden. Weitere Fragestellungen werden folgen. Dank der inzwischen guten Datenlage kann sich die KVBW an Themen heranwagen, die in der Vergangenheit nicht denkbar waren.



Wir sollten uns unter
Qualitätsdruck, nicht aber
unter Zeitdruck setzen.

Tyll Necker



Kaiserstuhl _ Weinbaugebiet in Baden

7. 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.

Qualität setzt sich aus verschiedenen Teilaspekten zusammen. Eine seit Jahren international verwendete Systematik, die Qualität in der Medizin in ihrer Begrifflichkeit zu strukturieren, unterteilt den Begriff „Qualität“ in folgende drei Dimensionen der Qualitätssicherung:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

Strukturqualität

Strukturqualität ist der Inbegriff der „klassischen“ Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Sie definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes beziehungsweise des Psychotherapeuten und der Praxismitarbeiter. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an 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.

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 zum Beispiel an der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Heilung von Erkrankungen oder der Patientenzufriedenheit beurteilt werden. Die Prozessqualität und gewisse Aspekte der Ergebnisqualität werden jeweils im Einzelfall überprüft. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind.

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.

7.1 Instrumente der Qualitätssicherung

Strukturqualität

bei der Erteilung der Genehmigung:
Prüfung

- der fachlichen Befähigung des Arztes/des Psychotherapeuten, auch durch Eingangsprüfungen
- apparativer und räumlicher Vorgaben
- organisatorischer Voraussetzungen
- von Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter

zur Erhaltung der Genehmigung:

- Einhaltung vorgegebener Frequenzen
- Nachweis von Fortbildungen
- Rezertifizierungen

Prozessqualität

Zur Erhaltung der Genehmigung:

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

Ergebnisqualität

- Benchmarkberichte
- Rückmeldesysteme
- Jahresstatistiken

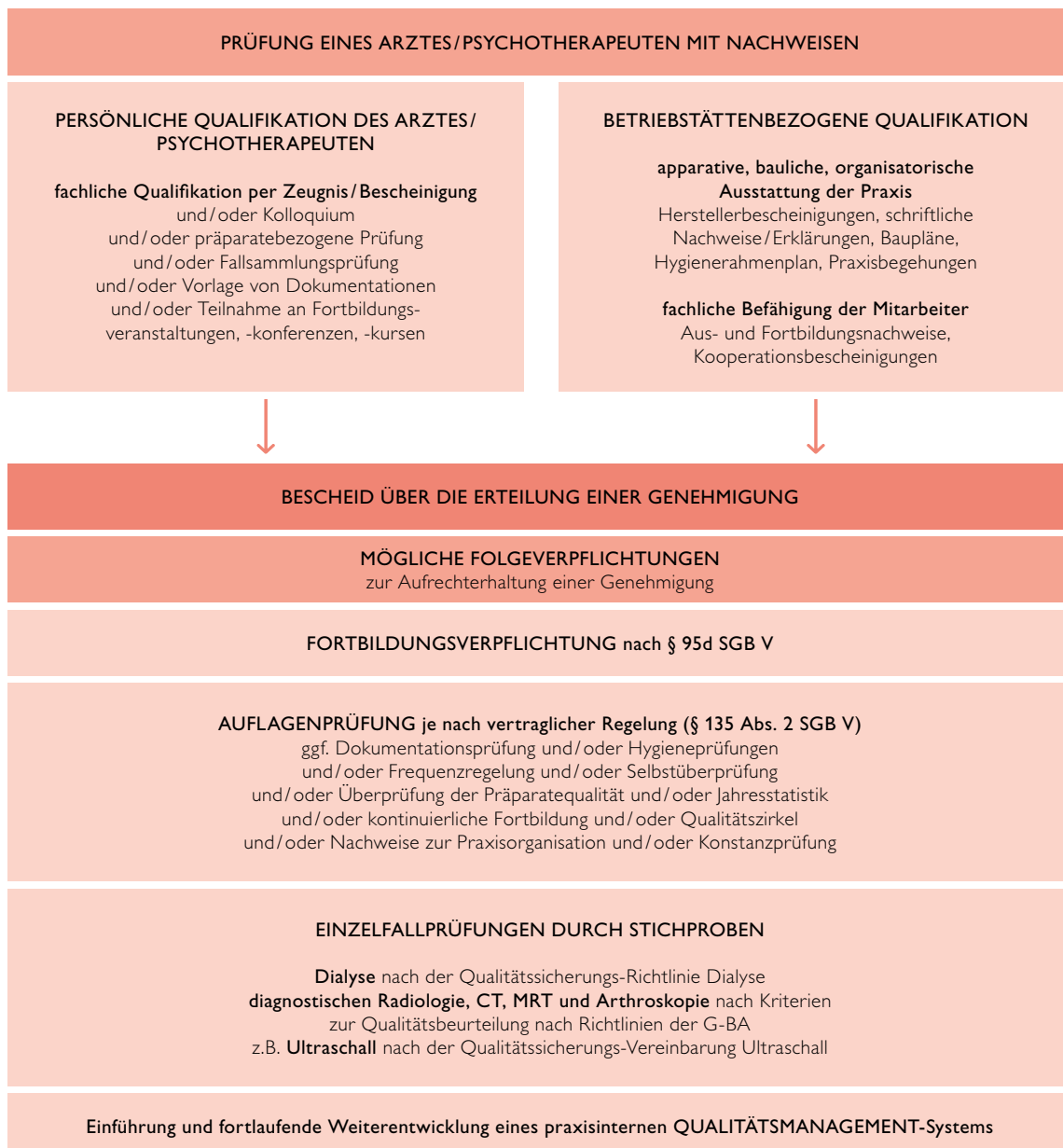
Standards

Wenn Qualitätssicherung vereinfacht gesagt bedeutet: „Das Richtige richtig zu tun“, so muss das Richtige in verbindliche Standards für Diagnose und Therapieverfahren definiert sein. Nur so kann gemessen werden, dass/ob die richtigen Rahmenbedingungen eingehalten und ob das Richtige' getan wurde. 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.

Verfahren	Anzahl Ärzte
Magnetresonanztomographie der Mamma	220
photodynamische Therapie am Augenhintergrund	360
Sozialpsychiatrie	500
invasive Kardiologie	600
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	740
Strahlentherapie	770
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	810
Schmerztherapie	910
Mammographie-Screening	1.000
zytologische Untersuchung v. Abstrichen d. Zervix Uteri	1.300
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	1.500
Soziotherapie	1.600
Nuklearmedizin	1.600
Magnetresonanztomographie	2.100
Osteodensitometrie	2.100
schlafbezogene Atmungsstörungen	2.300
Herzschrittmacher-Kontrolle	2.500
Mammographie (kurativ)	2.500
Koloskopie	2.700
substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	2.700
Computertomographie	3.000
Arthroskopie	3.100
otoakustische Emissionen	3.100
Onkologie	4.700
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	6.900
Akupunktur	12.000
Labor spezial	14.000
allgemeine Röntgendiagnostik	21.000
Langzeit-EKG-Untersuchung	27.000
ambulante Operationen	32.000
Ultraschalldiagnostik	70.000

Richtlinien und Vereinbarungen betreffen kleine und große Arzt- und Patientengruppen. Das bedeutet nicht, dass die Regulierungstiefe von diesem Faktor abhängig ist. Diese richtet sich allein nach Stabilität oder Fehleranfälligkeit des jeweiligen Verfahrens. (Quelle: KBV)

Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens



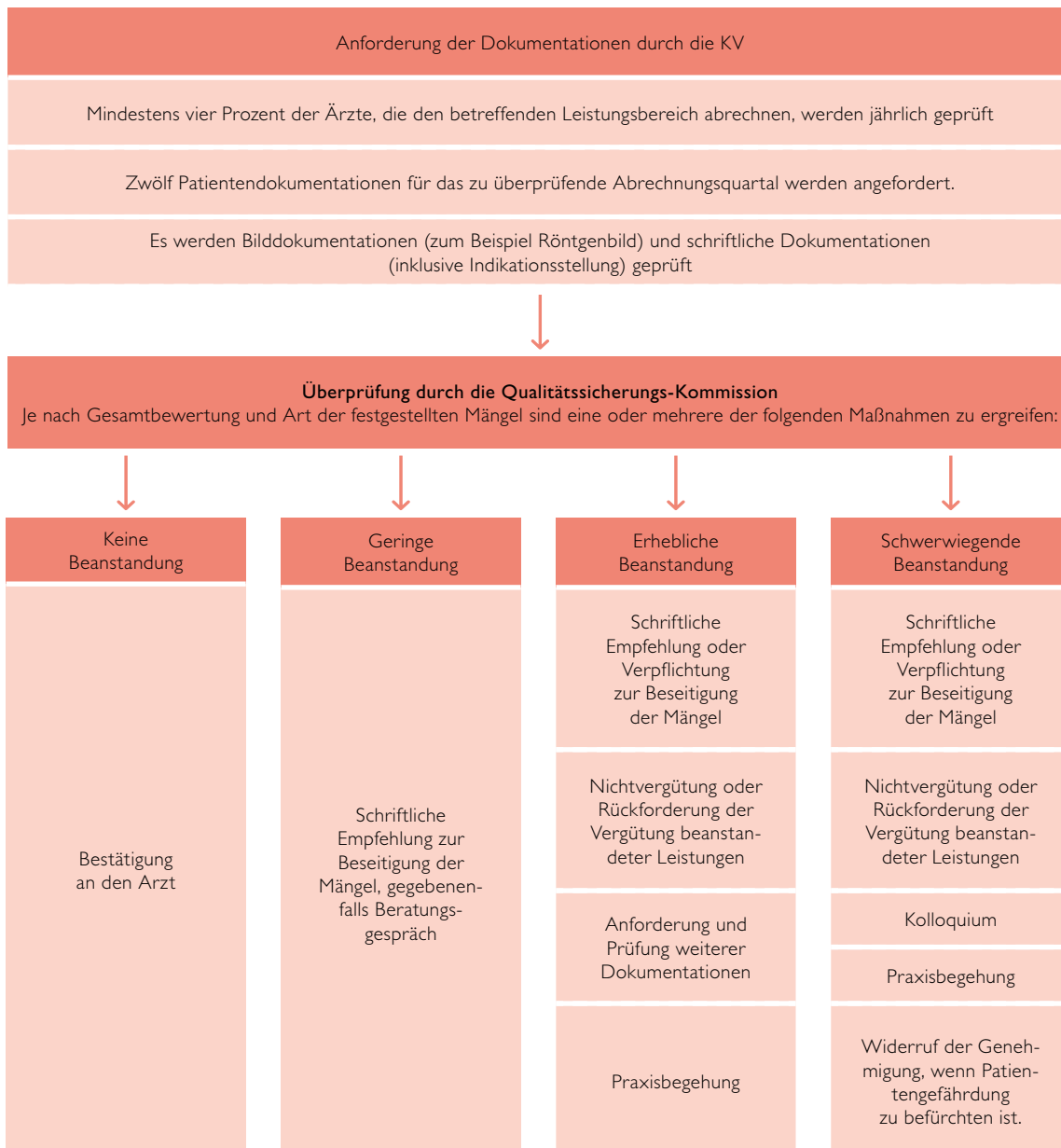
Sehr schwierig ist es, Prüfmerkmale für therapeutisches Vorgehen zu ermitteln, die einen Rückschluss auf die Qualität der erbrachten Leistung zulassen. Hier ist das gewünschte Therapieziel – ein verbesserter Gesundheitszustand – von diversen, schwer kontrollierbaren Faktoren abhängig. Beispiele für solche Faktoren sind die Kooperationsbereitschaft oder der Lebensstil des Patienten. Um seitens der Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten 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 beziehungsweise dem Vertragspsychotherapeut einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordern. Über die ärztliche Weiterbildung hinaus müssen weitere Zusatzqualifikationen und Strukturen in den Praxen nachgewiesen werden, ehe von der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen erteilt wird.

Stichprobenprüfung nach Paragraph 136 Abs. 2 SGB V



Eingangsprüfung

In einigen Bereichen wird über die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung gefordert. Dies betrifft für den vertragsärztlichen Bereich zum Beispiel 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. Bei den Qualitätssicherungsbereichen Diagnostische Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomogra-

phie werden in der KVBW jährlich mindestens vier Prozent, bei der Arthroskopie jährlich mindestens zehn Prozent und beim Ultraschall jährlich mindestens drei Prozent der Vertragsärzte zur Überprüfung von Dokumentationen herausgefiltert. Bei der Koloskopie, der Mammographie, der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen, der Zytologie und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Kontrolle noch umfangreicher bis hin zu einer Vollerhebung.

Feedbacksysteme

Feedback-Systeme helfen dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbes-

sern. 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. Ab dem Jahr 2013 wird es Feedbackberichte auch in der Hörgeräteversorgung geben.

→ Die Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen zu den DMP's finden Sie im Mitgliederportal der KVBW



→ Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Dialyse sind veröffentlicht unter



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 solche 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 kontrolliert wird. Werden die Anforderungen nicht erfüllt und kann die Qualifikation auch nicht in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nachgewiesen werden, darf diese Leistung vom betreffenden Vertragsarzt nicht mehr für gesetzlich Versicherte erbracht werden.

Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind für die Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt 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; diese müssen beispielsweise besondere bauliche Anforderungen erfüllen.

Kontinuierliche Fortbildung

Die Berufsordnungen schreiben eine kontinuierliche Fortbildung zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der zur Berufsausübung 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 (Paragraph 95d SGB V). Der Nachweis ist alle fünf Jahre gegenüber der KVBW in der Regel durch ein Kammerzertifikat zu führen.

Darüber hinaus schreiben viele der bundeseinheitlichen und regionalen 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 sind seit fast 20 Jahren eine etablierte Form ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung: Ärzte sowie 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 Qualitätssicherungskommissionen 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 verpflichtend 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.

Der Vertragsarzt hat dann die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung in diesem Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen.

Qualitätsmanagement

Mit dem zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftli-

chen Erkenntnissen effizienter zu gestalten, Fehler zu vermeiden und Qualität weiterzuentwickeln.

7.2 Qualitätssicherung – die tägliche Arbeit der Selbstverwaltung

Kommissionsarbeit in den KVen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Einbindung derjenigen, die selbst in ihrem Alltag mit diesen Qualitätssicherungsregelungen leben müssen. Denn die Qualitätssicherungskommissionen, die die Entscheidungen der KV vorbereiten, sind mit Mitgliedern der KV besetzt, die selbst eine Genehmigung für den betreffenden Bereich haben und damit auch die alltägliche Umsetzung der gestellten Anforderungen aus eigenem Erleben kennen. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KV in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Auch in Dokumentations- und Stichprobenprüfungen sind die Kommissionen je nach Maßgabe der zu Grunde liegenden Vereinbarung/Richtlinie eingebunden.

Besetzung der Kommissionen

Die Qualitätssicherungskommission muss aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammengesetzt sein, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Bei Gebieten mit diversen Subspezialisierungen können die Kommissionen die Möglichkeit nutzen, weitere Mitglieder zu benennen oder für Spezialfragen Sachverständige zu einer Sitzung hinzuziehen. Zudem ist es möglich, KV-bereichs- oder themenübergreifende Kommissionen zu bilden.

Neben dem Vorsitzenden der Kommission nehmen in der Regel mindestens zwei weitere ärztliche Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen Qualitätssicherungsvereinbarungen ist des Weiteren die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen (zum Beispiel Röntgen, Onkologie, Substitution).

Geschäftsstellen

Die Arbeit in der Kommission wird unterstützt durch eine Geschäftsstelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Dazu gehören verschiedene vorbereitende und begleitende Aufgaben, zum Beispiel:

- Anforderung der Dokumentationen bei den zu prüfenden Vertragsärzten,
- Aufbereitung der Unterlagen für die Kommissionsarbeit und Vorbereitung der Entscheidungen
- Organisation der Kommissionssitzungen
- Erstellung der Ergebnisniederschrift
- Erstellen der Bescheide

Diese Verknüpfung ärztlichen Sachverstandes mit einer professionellen Verwaltung ist in allen Kassenärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert.



Qualität ist kein Zufall,
sie ist immer das Ergebnis
angestregten Denkens.

John Ruskin



Schlossplatz _ Stuttgart

8. ZAHLEN, DATEN, FAKTEN

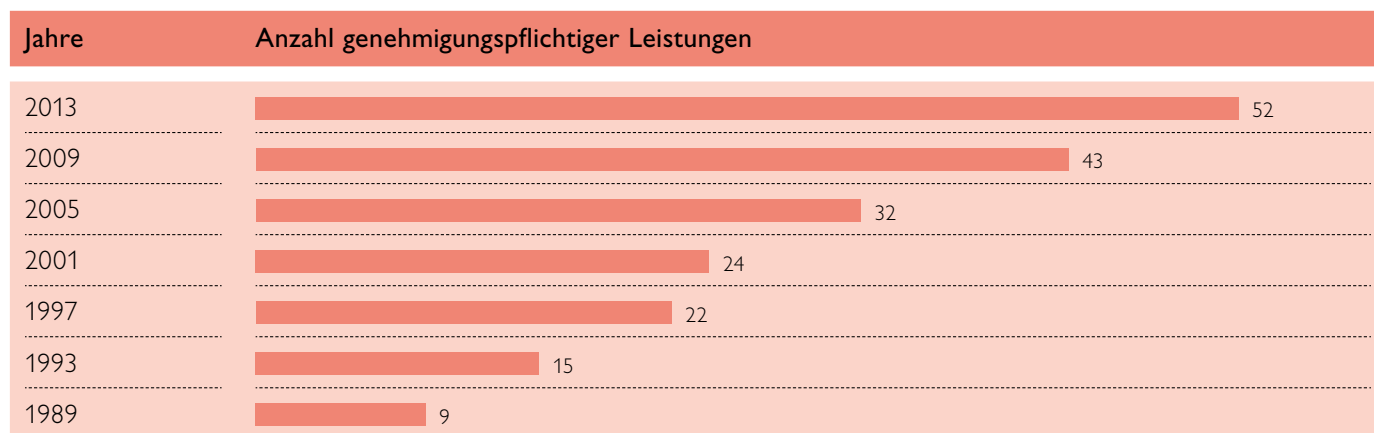
8.1 Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen

Fachgebiet	Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten*
Allgemeinmedizin	5.449
Anästhesiologie	524
Augenheilkunde	714
Chirurgie	798
Frauenheilkunde	1.523
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	500
Haut- und Geschlechtskrankheiten	480
Innere Medizin - hausärztlich	1.682
Innere Medizin - fachärztlich	1.491
Kinder- und Jugendmedizin	981
Kinder- und Jugendpsychiatrie	130
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	512
Laboratoriumsmedizin / Mikrobiologie / Humangenetik / Transfusionsmedizin	225
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	153
Nervenheilkunde / Neurologie / Psychiatrie	821
Neurochirurgie	103
Nuklearmedizin	98
Orthopädie	836
Pathologie	125
Physikalische und Rehabilitative Medizin	66
Psychologische Psychotherapie	2.046
Psychotherapeutische Medizin	848
Radiologie / Strahlentherapie	570
Urologie	373
Gesamtzahl	21.048

Quelle: KVBW Mitgliederstruktur (Stand 31.12.2013)

* Inklusive angestellte und ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten

8.2 Entwicklung genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989-2013



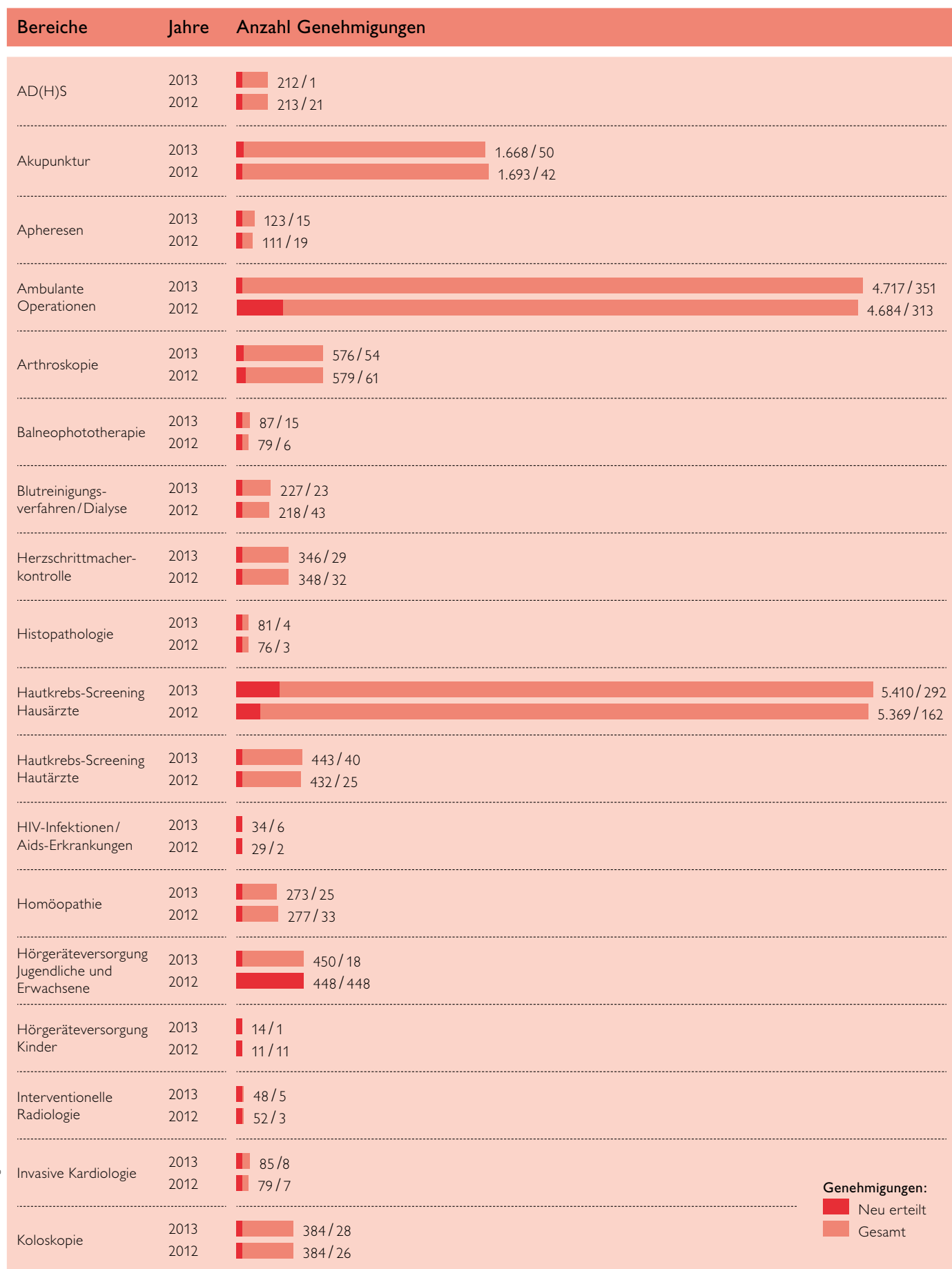
Leistungsbereiche 2013	Leistungsbereiche 1989
Akupunktur	
Amb. Operieren	
Apherese	
Arthroskopie	
Balneophototherapie	
Chirotherapie	Chirotherapie
Diabetischer Fuß	
Dialyse	
DMP Asthma/COPD	
DMP Brustkrebs	
DMP Diabetes mellitus Typ 1	
DMP Diabetes mellitus Typ 2	
DMP KHK	
Handchirurgie	
Hautkrebs-Screening	
Herzschrittmacher	
Histopathologie HKS	
HIV/AIDS	
Hörgeräteversorgung	
Homöopathie	
Interventionelle Radiologie	
invasive Kardiologie	
Kernspintomographie	Kernspintomographie
Koloskopie	
Labor	Labor
Langzeit-EKG	Langzeit - EKG

Leistungsbereiche 2013	Leistungsbereiche 1989
Lithotripsie	
Mammographie	
Mammographie-Screening	
Molekulargenetik Stufendiagnostik	
MR-Angiographie	
MRSA	
Neuropsychologische Therapie	
Onkologie	Onkologie
Otoakustische Emissionen	
Patientenbegleitung	
PDT	
Physikalische med. Leistung	
Psychotherapie	Psychotherapie
PTK	
Rehabilitation	
Röntgen	Röntgen
Schlafapnoe	
Schmerztherapie	
Sozialpsychiatrie	
Soziotherapie	
Substitution	
Tonsillotomievereinbarung	
Ultraschall	Ultraschall
Venentherapie	
Zytologie	Zytologie

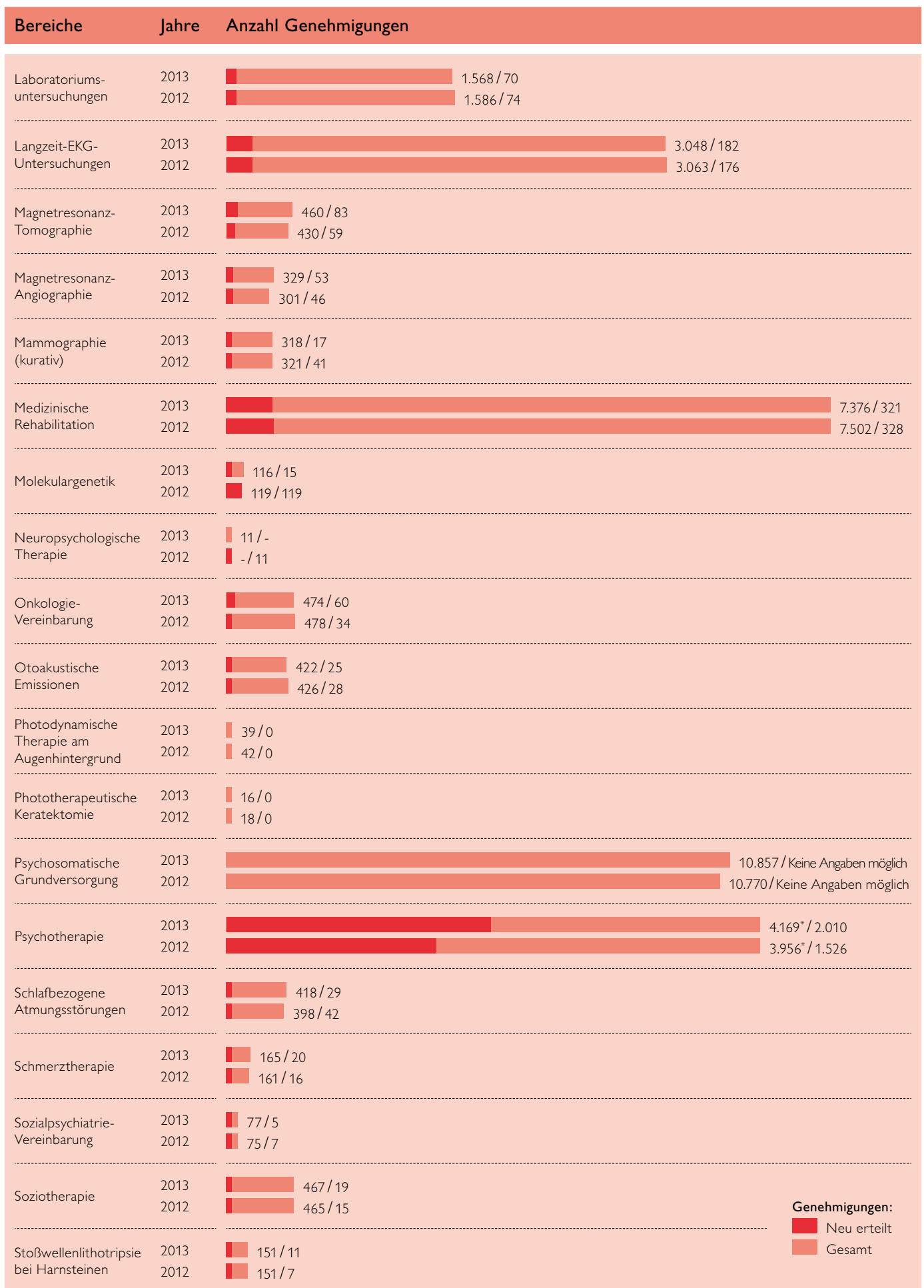
8.3 Genehmigungen im Jahr 2013

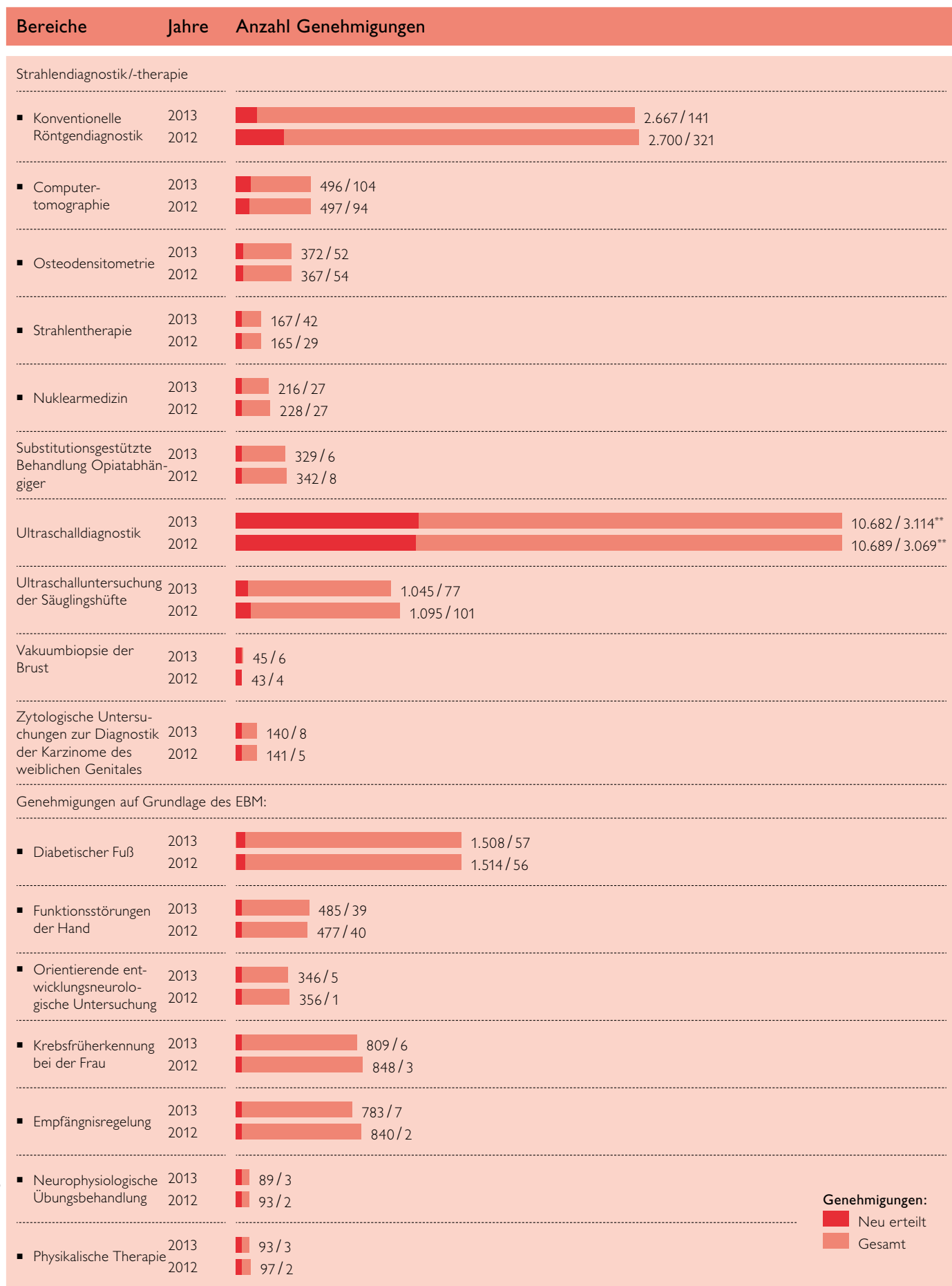
- **8.223 Anträge** auf Neuerteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen nach bundesrechtlichen Vereinbarungen wurden gestellt.
- **7.593 Genehmigungen** in 51 verschiedenen Genehmigungsbereichen wurden erteilt.
- **630 Ablehnungen** von Anträgen auf Grund nicht erfüllter Qualifikationsvoraussetzungen wurden ausgesprochen.
- **19 Widerrufe** von Genehmigungen in 6 verschiedenen Genehmigungsbereichen wurden ausgesprochen.

8.4 Übersicht: Genehmigungen im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2012



Grafik nicht maßstabsgerecht





Grafik nicht maßstabsgerecht

* Ärzte und Psychotherapeuten
 ** Anwendungsbereiche



Wer aufhört besser zu werden,
hat aufgehört gut zu sein.

Richard Schmitz



Universitätsbibliothek _ Heidelberg

8.5 Fortbildungsveranstaltungen

Fortbildungsangebot der KVBW	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Themen der Qualitätssicherung und -förderung im Einzelnen		
Patienten-Schulungsprogramme für Diabetiker, Hypotoniker und Asthmatiker/ COPD-Erkrankte	24	478
DMP-Fortbildungen	6	268
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	4	122
Auffrischkurs zur Aktualisierung der Fachkunde bzw. der Kenntnisse nach Röntgenverordnung	5	179
Moderatorentaining für Qualitätszirkel	5	70
Fortbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln	3	35
Sachkundekurs zur Aufbereitung und Instandsetzung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis	13	365
Onkologische Fortbildung für medizinisches Fachpersonal	5	201
Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte zum Hautkrebs-Screening	5	206
Erfahrungsaustausch substituierender Ärzte	1	48
Sonographie der Säuglingshüfte	3	83
Frühe Hilfen, Ausbildung Moderatoren Tandem	2	26
Weitere Themen in zusammengefasster Form:		
Abrechnung	32	757
Betriebswirtschaft/Zulassung	34	1.135
Praxismanagement	64	1.288
Kommunikation	33	606
Qualitätsmanagement	32	697
Selbstmanagement	8	110
Informationsveranstaltung zu den neuen Arznei- und Heilmittelvereinbarungen	16	1.664
Weitere Informationsveranstaltungen	9	713
Verordnung von Arznei- und Heilmittel	8	181
Verordnung von Sprechstundenbedarf	10	237
Gesamt-Anzahl:	322	9.469

9. GLOSSAR

Arthroskopie

Die Arthroskopie (Gelenkspiegelung) ist eine minimal-invasive Eröffnung des Gelenkes, bei der eine Sonde in die Gelenkhöhle eingeführt wird. Die Arthroskopie kann sowohl der Diagnosefindung als auch der Behandlung dienen. Eine rein diagnostische Arthroskopie ist seit Einführung der MRT nur noch selten indiziert.

Akkreditierung

Bezeichnet die formale Bestätigung der Kompetenz einer Person oder Organisation durch eine legitimierte Institution, bestimmte Leistungen zu erbringen. In Bezug auf die Qualitätssicherung bedeutet dies die Erteilung von Genehmigungen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

ARV Schnittstelle

Die ARV Schnittstelle ist eine Datenschnittstelle, die in Form einer standardisierten Datei Informationen für Praxis-systeme zur Verfügung stellt.

Audit

ist ein systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess, welcher die Erfüllung von Anforderungen bewertet. Bezüglich des Qualitätsmanagements ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgreiches Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagement-Systems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gehören hierzu unter anderem Praxisbegehungen als Standardmaßnahmen.

Behandlungspfad

Standardisierter Behandlungsplan, welcher den idealen Weg eines Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge beschreibt. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.

Benchmarking

Methode zum Vergleich bestimmter Produkte, Dienstleistungen oder Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse,

Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Patientenzufriedenheit etcetera sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse.

Case Management

Das Ziel im Case Management ist eine wohl organisierte und bedarfsgerechte, auf den einzelnen Fall zugeschnittene Hilfeleistung, in welcher der Versorgungsbedarf eines Klienten oder Patienten erbracht wird. Dabei wird als Leistung die gesamte Unterstützung sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert.

Disease-Management-Programme (DMP)

Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Patienten. Sie sollen die Versorgung chronischer Erkrankungen anhand standardisierter klinischer Patientenpfade verbessern. Ziel ist es, eine sektorenübergreifende Betreuung/Behandlung zu koordinieren und eine nach Patientenbedarf ausgerichtete und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Derzeit gibt es folgende DMP-Programme:

- Asthma und COPD
- Brustkrebs
- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Koronare Herzkrankheit (KHK)

Effektivität

ist ein Maß der Wirksamkeit durch die Betrachtung von Verhältnis zwischen dem angestrebten und dem erreichten Ziel. Dem Aufwand wird zur Zielerreichung keine Relevanz zugesprochen.

Effizienz

ist das Verhältnis zwischen dem erreichten Ziel und dem Ressourcenaufwand. Effizienz ist als Ergebnis definiert, das mit geringstmöglichem Einsatz erreicht wird oder das Ergebnis mit den vorgegebenen Ressourcen maximiert wird.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Verzeichnis für abrechnungsfähige vertragsärztliche Leistungen für Hausärzte, Fachärzte und Belegärzte. Der

Wert einer definierten Leistung wird über eine bestimmte Anzahl von Punkten ausgedrückt. Dieser Punktwert wird als Orientierungswert in Euro jährlich neu von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den gesetzlichen Krankenkassen regional vereinbart.

Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Von jedem Arzt werden stichprobenartig in regelmäßigen Abständen eine vorgegebene Anzahl an Dokumentationen der erbrachten und abgerechneten Leistungen angefordert und der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt.

Ergebnisqualität

beschreibt die dem medizinischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen. Insgesamt beschreibt dies die Güte einer Behandlung.

Evaluation

ist die sach- und fachgerechte Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (Ergebnisse eines Behandlungsprozesses, Verbesserung des Gesundheitszustandes, Patientenzufriedenheit) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Mit EbM ist die "beweisgestützte Medizin" gemeint. Die medizinische Versorgung stützt sich dabei auf die wissenschaftliche Erkenntnis (Evidenz). Sie ist die Synthese von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer Forschung unter Einbeziehung von Patientenpräferenzen. Sie umfasst die Formulierung einer konkreten, beantwortbaren Fragestellung, die Suche nach der relevanten Evidenz in der klinischen Literatur, den Einsatz wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien und der Größe des beobachteten Effekts, die individuelle Anwendung dieser Evidenz auf die konkreten Patienten unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

Feedback

ist die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Teil eines Regelkreises. Es hat deutlichen Einfluss auf das künftige Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung. Unter anderem erhalten bestimmte Ärzte Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen durch das von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung, zum Beispiel in der Zytologievereinbarung, der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme.

Fortbildung

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind nach Paragraph 95d SGB V zu Fortbildungen verpflichtet. Es besteht eine Nachweispflicht für 250 Fortbildungseinheiten, die alle fünf Jahre zu erbringen sind. Die Anforderungen sind fester Bestandteil der Berufsordnung für Ärzte und Psychotherapeuten.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. So darf er über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln und Arzneihilfsmitteln entscheiden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Genehmigungspflicht

Für die Durchführung und Abrechnung einer Vielzahl ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen bedarf es einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut muss die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegte fachliche Befähigung sowie die organisatorischen, räumlichen, apparativ-technischen sowie hygienischen Voraussetzungen nachweisen.

GKV-Spitzenverband

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Er ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und gestaltet als Verhandlungspartner, beispielsweise in Verhandlungen mit der KBV und als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen löste die insgesamt sieben Spitzenverbände der Krankenkassen zum 1. Juli 2008 ab.

Hormonersatztherapie (HET)

Medizinische Verwendung von Hormonen um einen relativen oder absoluten Hormonmangel zu kompensieren. Im engeren Sinne wird mit Hormonersatztherapie die Gabe von Medikamenten in den Wechseljahren (Klimakterium) bezeichnet.

Indikation

bezeichnet den Grund für den Einsatz einer therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme.

Indikator

ist ein definiertes Maß, womit ein Ergebnis mit einer Vorgabe verglichen werden kann, um den Zielerreichungsgrad zu beurteilen. Qualitätsindikatoren sind immer Hilfsgrößen, welche die Qualität in einem ausgewählten Bereich durch Kriterien indirekt abbilden.

Kernspintomographie/Magnetresonanztomographie (MRT)

Bildgebendes Verfahren, mit dem der menschliche Körper in Schichten dargestellt werden kann. Dabei werden die Wasserstoffatome im Körper durch ein Magnetfeld ausgerichtet. Das Ausrichten der Atome in der Ausgangsposition wird vom MRT erfasst und durch ein Rechenverfahren in Bildern dargestellt. Der Bildkontrast entsteht durch den unterschiedlichen Gehalt an Wasserstoffatomen in verschiedenen Geweben (zum Beispiel Muskel, Knochen).

Kolloquium

ist ein fachwissenschaftliches Gespräch. Es dient als Maßnahme der Qualitätssicherung bei der Umsetzung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien und Vereinbarungen. Ein Kolloquium ist zur Beratung, gegebenenfalls auch zur Prüfung vorgesehen.

Koloskopie

Eine Koloskopie (Darmspiegelung) dient der Untersuchung des Dickdarmes und meistens auch der letzten Zentimeter des Dünndarmes. Sie stellt die wichtigste Methode zur Früherkennung von Darmkrebs dar.

Konstanzprüfung

Untersuchung, um die Qualität von Ultraschallbildern zu bewerten. Sie wurde zum 1. April 2009, mit den geltenden Ultraschallvereinbarungen, eingeführt. Die Prüfung findet alle vier Jahre statt. Der Arzt wählt dabei selbst die Bilddokumentation aus. Bei dieser Bildauswahl müssen die charakteristischen Merkmale dargestellt sein, welche durch ein genehmigtes Ultraschallsystem angefertigt wurden. Dadurch soll eine hohe technische Bildqualität der Ultraschallsysteme gewährleistet werden.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

ist eine Denkweise, die mit stetigen Verbesserungen in kleinen Schritten die Gesamtqualität verbessern möchte. Ein Instrument des KVP ist der so genannte P-D-C-A-Zyklus

Leitlinien

sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

Management Akademie (MAK)

ist in Fragen der Fortbildung für Ärzte, Psychotherapeuten und deren Praxismitarbeiter der Ansprechpartner der KV Baden-Württemberg.

Medizinproduktegesetz (MPG)

bezeichnet in Deutschland und Österreich die Umsetzung dreier EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, in nationales Recht.

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)

Verordnung auf Basis des Medizinproduktegesetzes, welche die Nutzung von Medizinprodukten regelt.

Moderator

Moderatoren lenken und leiten die Kommunikation einer Veranstaltung (zum Beispiel im Qualitätszirkel). Sie unterstützen die Teilnehmer, sachlich und lösungsorientiert zu arbeiten, ohne dabei inhaltlich Stellung zu beziehen.

Molekulargenetik

Die Molekulargenetik ist ein Wissenschaftszweig, der sich mit der Untersuchung der molekularen Struktur und Funktion von Genen befasst.

MRSA

Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* sind Keime aus der Gruppe der Staphylokokken. Sie sind gegen die meisten Antibiotika und Breitbandantibiotika resistent. Ihr Vorkommen auf der Nasenschleimhaut ist für gesunde Menschen ungefährlich. Auf Wunden jedoch können sie Infektionen auslösen, die bei Patienten mit einer Immunschwäche zu lebensbedrohlichen Komplikationen (Abszesse, Eiterbildung, Blutvergiftung) führen können. Mittlerweile gibt es *Staphylococcus aureus*-Stämme, die gegen alle gängigen Antibiotika Resistenzen entwickelt haben.

Nationale Versorgungsleitlinien

Nationale Versorgungsleitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische, sektorenübergreifende Versorgung auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz. Das deutsche Programm für nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der KBV.

Nuklearmedizin

Nuklearmedizin ist die Anwendung radioaktiver Substanzen für den diagnostischen und therapeutischen Einsatz in der Medizin.

Onkologie

ist ein Zweig der Inneren Medizin. Sie beschäftigt sich mit der Diagnostik, der Therapie und Nachsorge von Krebserkrankungen.

P-D-C-A-Zyklus

Der PDCA-Zyklus geht zurück auf den Qualitätsex-

perten Deming. Demings Meinung nach sollte sich die ständige Verbesserung qualitätsbestimmender Faktoren im Rahmen eines revolvierenden Prozesses vollziehen, dem aus vier Phasen bestehenden PDCA-Zyklus. Jeder der Buchstaben bezeichnet eine Phase:

P - Plan: In der Planungsphase werden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickelt.

D - Do: Die geplanten Maßnahmen werden im gesamten Unternehmen umgesetzt.

C - Check: Die Maßnahmen werden hinsichtlich ihrer Zielwirksamkeit kontrolliert und bewertet.

A - Act: Auf Grundlage des Check-Ergebnisses werden eventuelle Korrekturmaßnahmen eingeleitet.

Die Korrekturmaßnahmen der letzten Phase bilden wiederum den Ausgangspunkt für ein erneutes Durchlaufen des Zyklus.

Praxisbegehungen

Zentraler Bestandteil der behördlichen Überwachung von Arztpraxen ist die deren Überprüfung durch Praxisbegehungen. Diese sind in der vertragsärztlichen Versorgung in den Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie als mögliche Qualitätssicherungsmaßnahme vorgesehen.

QEP

Qualität und Entwicklung in Praxen® ist ein von den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickeltes Qualitätsmanagement-Modell speziell für vertragsärztliche und -psychotherapeutische Praxen und MVZ.

Qualität

Qualität beschreibt die Übereinstimmung von Leistungen mit den gestellten Ansprüchen. Ein vorher fest definierter Soll-Zustand wird dem Ist-Zustand gegenübergestellt und das Resultat als Qualität bestimmt. Nach DIN EN ISO 9000:2005 wird die Qualität als das Ergebnis aller Merkmale eines zu beurteilenden Gegenstandes (Prozess, Produkt, System) zur Erfüllung von fest definierten Größen definiert.

Qualitätsindikator

Ein Qualitätsindikator ist ein quantitatives Maß, das

nicht direkt messbare Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen durch klare Werte indirekt abbildet. Sie kann als Mittel zur Bewertung und zum Monitoring der Qualität genutzt werden. Wichtig ist die Interpretation und Bewertung der Ergebnisse. Daher werden die Ausprägungen des Indikators mittels Referenzwerte beziehungsweise Referenzbereiche definiert.

Qualitätsmanagement

bezeichnet alle organisatorischen Maßnahmen in einem Unternehmen, einer Organisation oder Institution, die der Verbesserung von Prozessen, Leistungen und Produkten jeglicher Art dienen. Ziel ist es unter Einhaltung der Wirtschaftlichkeit und Gesetzgebung, Fehler zu vermeiden und Qualität weiterzuentwickeln um auf diese Weise eine optimale Patientenversorgung zu erreichen.

Qualitätssicherung

Darunter werden alle Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen verstanden. Dabei wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherung umfasst Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. In der Externen Qualitätssicherung werden Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden (Qualitätssicherung derer, die nicht in der Einheit/Praxis beschäftigt sind). Dies ist für den ambulanten Bereich in den Disease-Management-Programmen umgesetzt.

Qualitätssicherungsbeauftragte

Die Kassenärztliche Vereinigung beruft einen Qualitätssicherungsbeauftragten, der Ärzte in Fragen der Qualitätssicherung berät. Dies ist Teil der Qualitätssicherenden Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV.

Qualitätssicherungskommission

sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtete Kommissionen für die einzelnen Leistungsbereiche wie zum Beispiel Radiologie und Sonographie. Sie unterstützen die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Umsetzung von geltenden Richtlinien und Vereinbarungen. Der Vorstand beruft den Vorsitzenden der jeweiligen Qualitätssicherungskommission und die weiteren Mitglieder, welche aus min-

destens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammensetzt.

Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV

Die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß Paragraph 75 Abs. 7 SGB V schaffen strukturelle Voraussetzungen durch eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung durch das Berufen eines Qualitätssicherungsbeauftragten in den Kassenärztlichen Vereinigungen, das Einrichten von Qualitätssicherungskommissionen und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Als Verfahren zur Qualitätssicherung werden Qualitätszirkel, Ringversuche, Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) und Kolloquien eingesetzt.

Rezertifizierung

ist ein Verfahren der Qualitätssicherung. Hierbei müssen sich Ärzte in vorher festgelegten Abständen einer Prüfung unterziehen. Umgesetzt wird dieses Verfahren in den Vereinbarungen zur kurativen und präventiven Mammographie. So müssen sich zum Beispiel bei der kurativen Mammographie die Ärzte einer Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Werden die Anforderungen nicht erfüllt und kann die Qualifikation auch nicht in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nachgewiesen werden, darf diese Leistung für gesetzlich Versicherte nicht mehr erbracht werden.

Richtlinien

Bei Richtlinien handelt es sich um schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum der Institution verbindlich sind und bei Nichteinhaltung mit Sanktionen belegt werden. Richtlinien haben Gesetzescharakter und unterscheiden sich von Leitlinien, die lediglich empfehlenden Charakter haben.

Sonographie

auch Ultraschall-Diagnostik genannt. Dabei werden Schallwellen im Frequenzbereich zwischen 20 und 50MHz, der durch einen Schallkopf erzeugt wird, ausgesendet. Der Ultraschall breitet sich im Gewebe wie ein optischer Strahl

aus. Er wird reflektiert, gestreut und absorbiert – je nach Gewebeart. Der Schallkopf empfängt diese Wellen wieder und dient also abwechselnd als Schallsender und -empfänger. Die reflektierten Schallwellen werden in elektrische Impulse umgewandelt, verstärkt und auf einem Bildschirm dargestellt.

Strahlentherapie

ist das Fachgebiet, das sich mit der medizinischen Anwendung von ionisierender Strahlung auf den Menschen und auf Tiere beschäftigt, um Krankheiten zu heilen und deren Fortschreiten zu verzögern. Sie umfasst die Behandlung von gut- und bösartigen Erkrankungen und wird von Fachärzten für Radiologie oder für Strahlentherapie durchgeführt.

Ultraschall

Mit Ultraschall bezeichnet man Schall mit einer Frequenzen oberhalb des Hörfrequenzbereichs des Menschen, der zwischen 20 und 50 MHz liegt. Schall mit einer höheren Frequenz nennt man Hyperschall und Schall unter 20 MHz wird als Infraschall bezeichnet.

Verordnungsforum

Broschüre der KV Baden-Württemberg mit aktuellen und kritischen Informationen rund um die rationale und rationelle Pharmakotherapie

Zertifizierung

ist ein Verfahren, bei dem eine unparteiisch fachlich versierte Institution oder Person bestätigt, dass die Einhaltung bestimmter Anforderungen (Standards, Normen) eingehalten wird. Sind die Umsetzungen der Vorgaben erfüllt, wird dies mit einem Zertifikat bestätigt.

Aktualisierter und Modifizierter Auszug aus folgenden Quellen:
Qualitätsbericht der KBV (2013), Qualitätsbericht der KVSH (2012),
Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
(www.kvbawue.de) und www.QM-Wissen.de

Impressum

Qualitätsbericht 2013
der Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg (KVBW)

Herausgeber **KVBW**
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktion Dr. med. Norbert Metke (verantwortlich)
Dr. med. Michael Viapiano
Wolfgang Wiedlin
Ute Noack
Eva Frien

Autoren KVBW Karin Artz, Dr. med. Michael Dierich,
Susanne Flohr, Thomas Göckler,
Jasmin Heizmann, Roland Müller,
Nicole Nahlinger-Strohm, Anette Oehl
Monica Sørum-Kleffmann, Kai Sonntag
Dr. rer. nat. Reinhild Trapp, Wolfgang Wiedlin

Gestaltung und Realisation VISCHER&BERNET GmbH
Heilbronner Straße 326, 70469 Stuttgart

Erscheinungstermin November 2014

Auflage 600 mit CD-Beilage

Anmerkung Die Begriffe „Arzt“ und „Psychotherapeut“ im Text stehen
für deren männliche als auch weibliche Berufsbezeichnung.

Anhang CD-Version des Qualitätsberichts 2013 der
KV Baden-Württemberg mit umfassendem Datenteil

Sollte die CD hier fehlen, wenden
Sie sich bitte an die Redaktion:
Ute Noack
Telefon 0761 884-4389
Telefax 0761 884-483831
E-Mail: Qualitaetssicherung@kvbawue.de

Anhang

QUALITÄTSBERICHT 2013

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

4	A	KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG
6	B	ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)
8	C	GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z
8	C.1	AD(H)S
9	C.2	Akupunktur
11	C.3	Ambulante Operationen
12	C.4	Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
14	C.5	Arthroskopie
16	C.6	Balneophototherapie
17	C.7	Blutreinigungsverfahren/ Dialyse
18	C.8	DMP
21	C.9	Erweitertes Neugeborenen-Screening
21	C.10	Herzschrittmacher-Kontrolle
22	C.11	Hautkrebs-Screening
22	C.11.1	Histopathologie Hautkrebs-Screening
24	C.11.2	Hautkrebs-Screening (Früherkennung)
25	C.12	HIV-Infektionen/ Aids-Erkrankungen
26	C.13	Homöopathie
27	C.14	Hörgeräteversorgung
27	C.14.1	Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene
30	C.14.2	Hörgeräteversorgung – Kinder
32	C.15	Interventionelle Radiologie
34	C.16	Invasive Kardiologie
36	C.17	Koloskopie
39	C.18	Künstliche Befruchtung
40	C.19	Laboratoriumsuntersuchungen
41	C.20	Langzeit-EKG-Untersuchungen
42	C.21	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
45	C.22	Magnetresonanztomographie
47	C.23	Mammographie (kurativ)
49	C.24	Mammographie-Screening
51	C.25	Medizinische Rehabilitation

52	C.26 Molekulargenetik
53	C.27 Neuropsychologische Therapie
54	C.28 Onkologie
55	C.29 Otoakustische Emissionen
56	C.30 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
57	C.31 Phototherapeutische Keratektomie
58	C.32 Psychotherapie
60	C.33 Schlafbezogene Atmungsstörungen
61	C.34 Schmerztherapie
62	C.35 Sozialpsychiatrie
62	C.36 Soziotherapie
63	C.37 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
64	C.38 Strahlendiagnostik/-therapie
64	C.38.1 Konventionelle Röntgendiagnostik
66	C.38.2 Computertomographie
66	C.38.3 Osteodensitometrie
67	C.38.4 Strahlentherapie
67	C.38.5 Nuklearmedizin
68	C.39 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
70	C.40 Ultraschalldiagnostik
78	C.41 Vakuumbiopsie der Brust
80	C.42 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri
82	D GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM
82	D.1 Diabetischer Fuß
82	D.2 Funktionsstörung der Hand
82	D.3 Orientierende Entwicklungsneurologische Untersuchung und orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung
82	D.4 Krebsfrüherkennung der Frau
82	D.5 Empfängnisregelung
83	D.6 Neurophysiologische Übungsbehandlung
83	D.7 Physikalische Therapie
84	E RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

A KOMMISSIONEN

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2013 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Akupunktur	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 8 stellvertretende Mitglieder der KV 1 Fachberater	1
Apherese	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Arthroskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 14 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK für regional u. landesweit	0 5
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	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 örtlichen Mitgliedern	0
HIV/Aids	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder	1
Hygiene	Landesweite Kommission BW 6 ärztliche Mitglieder der KV	0
Invasive Kardiologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Koloskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 26 ärztlichen Mitgliedern der KV	1 2
Labor	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 34 ärztlichen Mitgliedern der KV	0 11
Langzeit-EKG	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 örtlichen Mitgliedern der KV	0
Mammographie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen 15 ärztliche Mitglieder der KV 12 stellvertretende Mitglieder der KV	0 12 (Ergebnisqualität) 1 Kolloquium
Auswahlkommission Mammographie-Screening	Landesweite Kommission BW 2 ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztliches Mitglied der AOK BW 1 ärztliches Mitglied des MDK BW 2 ärztliche Mitglieder der Verwaltung der KVBW 1 juristisches Mitglied der Verwaltung der KVBW	0

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2013 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Magnetresonanztomographie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 8 ärztlichen Mitgliedern der KV 1 Mitglied des MDK	7
Neuropsychologische Therapie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 7 Mitgliedern (Psychologische Psychotherapeuten) der KV	1
Onkologie	Landesweite Kommission BW 6 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	2
Photodynamische Therapie/ Phototherapeutische Keratektomie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 ärztlichen Mitgliedern der KV	Nur Umlaufverfahren (PTK)
Polygraphie/Polysomnographie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Qualitätsmanagement	Landesweite Kommission BW 5 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	1
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	Landesweite Kommission BW 4 regionale Kommissionen Gemeinsame Prüfkommision der KVBW und der Ärztlichen Stelle: mit insgesamt 44 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK 1 Leiter der Ärztlichen Stelle nach RöV Routine- und Stichprobenprüfungen durch Ärztliche Stelle	0 10 (Strukturqualität) 11 (Ergebnisqualität)
Schmerztherapie	Landesweite Kommission BW 13 ärztliche Mitglieder (darunter 1 Fachberater) der KV	2 (Ergebnisqualität)
Substitution	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 Mitglieder der Krankenkassen 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 12 ärztlichen Mitgliedern der KV und 12 Mitgliedern der Krankenkassen	1 22
Ultraschall „Allgemein“	Landesweite Kommission BW 8 ärztliche Mitglieder der KV plus 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 168 Mitgliedern/Fachberatern	1 15
Ultraschall „Säuglingshüfte“ (Stichprobenprüfung)	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 34 Mitgliedern/Fachberatern der KV	1 8
Vakuumbiopsie	Landesweite Kommission BW 7 ärztliche Mitglieder der KV	1
Zytologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus 2 Mitglieder des MDK	2

Bemerkungen: In einigen Bereichen wurden die Kommissionen nicht im Rahmen von Sitzungen, sondern im schriftlichen Umlaufverfahren tätig.

B ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)

Arztgruppe Schwerpunktbezeichnung	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten
Allgemeinmediziner	5.163
Praktische Ärzte/Ärztinnen	405
Anästhesisten	530
Augenärzte	712
Chirurgen	808
Gefäßchirurgie	116
Kinderchirurgie	12
Plastische Chirurgie	19
Thoraxchirurgie	21
Unfallchirurgie	418
Visceralchirurgie	114
Frauenärzte	1.554
gynäkologische Onkologie	36
spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	28
HNO-Ärzte	496
Audiologen, Phoniatrie, Phoniatriker und Pädaudiologen	5
Hautärzte	486
Internisten*	3.128
Angiologie	96
Diabetologie/Endokrinologie	85
Gastroenterologie	299
Hämatologie/internistische Onkologie	198
Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin	1
Kardiologie	404
Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde	125
Nephrologie	209
Rheumatologie	91
Kinderärzte	983
Kinderendokrinologie und -diabetologie	1
Kinderhämatologie/Kinderonkologie	7
Kinderkardiologie	49
Neonatalogie	117
Neuropädiatrie	73
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	661
Kinder- und Jugendpsychiater	132
Laborärzte	166
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	157
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	662
Neurochirurgen	100
Nuklearmediziner	92
Orthopäden	825
Pathologen	126
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	65

Arztgruppe Schwerpunktbezeichnung	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/ Psychotherapeuten
Ärztliche Psychotherapeuten	996
Psychologische Psychotherapeuten	1.870
Radiologen	473
Kinderradiologie	14
Neuroradiologie	34
Strahlentherapie	8
Strahlentherapeuten	112
Transfusionsmediziner	22
Urologen	371

Bemerkungen:

*Seit dem 31.12.2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

Quelle: Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.2013

C GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A-Z

C.1 AD(H)S

Der am 1. April 2009 in Kraft getretene Vertrag nach Paragraph 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der DAK Gesundheit, der GWQ-ServicePlus AG und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg legt besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differen-

tialdiagnostischen 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 wurde von der Universität Marburg durchgeführt.

Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung), Rechtsgrundlage: § 73c SGB V, Gültigkeit: 01.04.2009

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	212	213
Anzahl beschiedene Anträge	1	21
davon Anzahl Genehmigungen	1	21
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	6

Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise nach § 7 (4) erbracht haben	nicht geprüft*	nicht geprüft*

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	nicht geprüft*	nicht geprüft*

Bemerkung:

*Prüfung nach Beschluss des Vertragsausschusses ausgesetzt

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“ nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung,
- Kenntnisse in der psychosomatischen Grundversorgung,
- 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 und Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie beziehungsweise Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, 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 vertragsärztliche 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,
- chronische Schmerzen müssen seit mindestens sechs Monaten bestehen.

**Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten
(Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2007**

Genehmigungen, Stand	31.12.2013		31.12.2012	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.668		1.693	
Anzahl beschiedene Anträge	50		45	
davon Anzahl Genehmigungen	50		42	
davon Anzahl Ablehnungen	0		3	
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumen- tationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumen- tationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6
	9*	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	7		22	

Bemerkung:

*Widerruf der Genehmigungen wegen Nichterfüllung der Qualitätszirkelnachweise gemäß § 5 Abs. 1 PKt6

Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess	2013		2012	
Anzahl abrechnende Ärzte (III. Quartal)	1.488		1.539	
	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
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 6 Abs. 2)	18	57	13	58
davon bestanden	14	45	13	48
davon nicht bestanden	3	10	0	4
Anzahl insgesamt Wiederholungsprüfungen (§ 6 Abs. 6)	1	2	0	6
davon ohne Bestandungen	1	2	0	6
davon mit Bestandungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien insgesamt (§ 6 Abs. 6)	0	0	0	0

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse	2013		2012	
	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
Anzahl geprüfter Dokumentationen	757	423	742*	462*
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	68	49	33	19
davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1	2	0	0
davon nicht nachvollziehbar begründet	10	3	10	3
davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	57	44	33	19

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2	2013	2012
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.496	1.565

Bemerkung:

*Nicht alle Ärzte haben zwölf normale Fälle oder 18 Ausnahmefälle im Prüfzeitraum abgerechnet.

C.3 Ambulante Operationen

Zum 1. Dezember 2011 ist die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren“ in Kraft getreten. Die Vereinbarung übernimmt inhaltsgleich die Anforderungen an die Strukturqualität aus der bis dahin bestehenden dreiseitigen Vereinbarung Qualitätssicherungsvereinbarung vom 1. Oktober 2006.

Ambulante Operationen unterliegen dem Facharztstandard. Ärzte, die ambulant operieren wollen, müssen durch Zeugnisse nachweisen, dass sie an Weiterbildungen teilgenommen haben. Die Eingriffe gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad gemäß den Empfehlungen des

Robert Koch-Institutes in:

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

Durch diese Einteilung in fünf Kategorien ergeben sich nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren unterschiedliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung. Im Antragsformular ist detailliert zu bestätigen, dass die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen an jedem Ort der Leistungserbringung gegeben sind.

Vertrag zu ambulanten Operationen und stationersetzenden Leistungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag), Rechtsgrundlage: § 115b SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.06.2012, zuletzt geändert 01.01.2013 (Anlage I)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Neufassung 01.12.2011

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung*	4.717	4.684
Anzahl beschiedene Anträge	353	314
davon Anzahl Genehmigungen	351	313
davon Anzahl Ablehnungen	2	1
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich

Bemerkung:

*Einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115 b SGB V

C.4 Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Die Ausführung und Abrechnung von Apherese ist genehmigungspflichtig und 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 Apheresebehandlungen nur in Ausnahmefällen als „ultima ratio“ bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen. Wichtig: Nach Prüfung der Indikation durch die Kommission muss in jedem Fall der Leistungsbescheid des zuständigen Kostenträgers abgewartet werden.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.1991, zuletzt geändert: 09.04.2013

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1997, zuletzt geändert: 01.07.2009

Genehmigungen, Stand	2013	2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	123	111
Anzahl beschiedene Anträge	15	19
davon Anzahl Genehmigungen	15	19
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung, Stand		
Stand	2013	2012
Anzahl Erstanträge	1	0
davon angenommen	1	0
davon abgelehnt	0	0
Anzahl Erstanträge	7	7
davon angenommen	7	7
davon abgelehnt	0	0

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

Stand	2013	2012
Anzahl Erstanträge	5	5
davon angenommen	3	4
davon abgelehnt	2	1
Anzahl Erstanträge	63	48
davon angenommen	63	48
davon abgelehnt	0	0

LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Stand	2013	2012
Anzahl Erstanträge	2	3
davon angenommen	1	2
davon abgelehnt	1	1
Anzahl Erstanträge	13	8
davon angenommen	13	8
davon abgelehnt	0	0

Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

Stand	2013	2012
Anzahl Erstanträge	0	0
Anzahl Folgeanträge	0	0

C.5 Arthroskopie

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg 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.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach Paragraph 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie) enthält bundesweit einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk. Auf der Basis dieser Kriterien werden stichprobenartige Überprüfungen der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen arthroskopischer Operationen durchgeführt.

**Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1994**

**Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie),
Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 03.03.2010**

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	576	579
Anzahl beschiedene Anträge	54	61
davon Anzahl Genehmigungen	54	61
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (§ 8)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 6 Abs. 3)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2013	2012		
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	402	396		
Anzahl geprüfter Ärzte	47	49		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	27	48		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	20	1		
Begründungen: - falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4% der abrechnenden Ärzte lag - falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde - sonstige Kommentare	entfällt	entfällt		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
keine Beanstandungen	7	5	6	0
geringe Beanstandungen	2	2	7	0
erhebliche Beanstandungen	1	1	2	0
schwerwiegende Beanstandungen	17	12	33	1
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	35			47
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0			0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	27			37
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0			1
davon bestanden	0			1
davon nicht bestanden	0			0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	1			0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0			0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0			0

C.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 Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie) geregelt.

Die Leistung kann durch niedergelassene und ermächtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten 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 Photoletherapie 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 01.10.2010

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	87	79
Anzahl beschiedene Anträge	15	7
davon Anzahl Genehmigungen	15	6
davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 9 Abs. 5)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Wartungsnachweise § 8	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	81	75
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 8 Abs. 2)	17	15
davon Nachweise erbracht	16	15
davon Nachweise innerhalb von drei Monaten nicht erbracht	1	0
Anzahl nochmaliger Aufforderungen (§ 8 Abs. 3)	1	0

C.7 Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse ist genehmigungspflichtig. Grundlage ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren (Paragraph 135 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrages). Für die Erteilung des erforderlichen Versorgungsauftrages sind fachliche und organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen.

Ärzte, die eine Genehmigung für Dialyseleistungen haben, sind verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Hierzu hat der Arzt die erforderlichen Daten aller Patienten elektronisch zu dokumentieren und an die zuständige Stelle zu übermitteln. 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 Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1997, zuletzt geändert: 01.07.2009

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 01.07.2009, zuletzt geändert 01.01.2014

Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.06.2006, zuletzt geändert: 01.01.2014

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	227	218
Anzahl beschiedene Anträge	23	43
davon Anzahl Genehmigungen	23	43
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 3)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	6

Patienten	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Patienten	10.092	10.097

Aus den Tätigkeitsberichten der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2013

Stand	2013				2012			
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1	I/13 78	II/13 78	III/13 78	IV/13 78	I/12 78	II/12 78	III/12 78	IV/12 78
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4				4			
Zusammensetzung der Kommissionen	4 niedergelassene Ärzte 2 Ärzte des MDK				4 niedergelassene Ärzte 2 Ärzte des MDK			
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	15				14			
davon ohne Beanstandungen	15				14			
davon mit Beanstandungen	0				0			

Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen nach § 8 Abs. 1

Stand	2013	2012
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	0
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	0
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0

C.8 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.

Diabetes mellitus Typ 1**Vertragsdaten**

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden) AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (und SVLFG)

Ärzte Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	233	221
darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	210	199
darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	33	30
darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0	0

Patienten Stand	Dezember 2013	Dezember 2012
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	14.501	13.526

Diabetes mellitus Typ 2**Vertragsdaten**

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden) AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (und SVLFG)

Ärzte Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.564	6.550
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.524	6.507
darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	614	658

Patienten Stand	Dezember 2013	Dezember 2012
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	437.482	421.560

Brustkrebs**Vertragsdaten**

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden) AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (und SVLFG)

Ärzte Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	824	828
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	824	828

Patienten Stand	Dezember 2013	Dezember 2012
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	8.677	8.864

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden) AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (und SVLFG)

Ärzte Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.202	6.139
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.079	6.012
darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	276	263
darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	79	71

Patienten Stand	Dezember 2013	Dezember 2012
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	173.274	166.118

Asthma bronchiale

Vertragsdaten

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden) AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (und SVLFG)

Ärzte Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.146	6.017
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.040	5.999
darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	221	210

Patienten Stand	Dezember 2013	Dezember 2012
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	76.631	74.263

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden) AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (und SVLFG)

Ärzte Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.706	5.629
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.607	5.621
darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	106	100

Patienten Stand	Dezember 2013	Dezember 2012
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	63.503	60.175

C.9 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 der Schnelligkeit, mit der in

Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Aus diesem Grund sind in der Kinderrichtlinie detaillierte Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgegeben, deren Umsetzung die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten. Diese Ergebnisse werden an den G-BA weiterleitet.

Der Qualitätsbericht der Universität Heidelberg für das Berichtsjahr 2013 lag zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichts 2013 der KVBW noch nicht vor.

C.10 Herzschrittmacher-Kontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte ausführen, die

der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie über die benötigte fachliche Qualifikation verfügen und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllt, und ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung dran teilnehmen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.04.2006

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batterie-zustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der Richtlinie)	346	348
Anzahl beschiedene Anträge	33	33
davon Anzahl Genehmigungen	29	32
davon Anzahl Ablehnungen	4	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.II Hautkrebs-Screening

C.II.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 01.10.2009

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 01.07.2008

Genehmigungen, Stand	31.12.2013			31.12.2012		
	neu	erneut (§ 5 Abs. 5)	erneut (§ 8 Abs. 6)	neu	erneut (§ 5 Abs. 5)	erneut (§ 8 Abs. 6)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		81			76	
Anzahl beschiedene Anträge	4	0	0	3	0	0
davon Anzahl Genehmigungen	4	0	0	3	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6		0			0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5		0			0	
		Wegen Nichtreichen der Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)	Wegen Nichtreichen der Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	0		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0			0	

Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2	2013		2012	
	< 1.000	≥ 1.000	< 1.000	≥ 1.000
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung	3	72*	3	72
davon Anzahl Ärzte, die durch den Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben	3	entfällt	3	entfällt

Dokumentationsprüfungen § 8 – Prüfprozess	2013	2012
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	3
davon bestanden	3	3
davon nicht bestanden	0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5a	0	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5b	0	0

Dokumentationsprüfungen § 8 – Mängelanalyse	2013	2012
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	30	30
davon vollständig und nachvollziehbar	30	30
davon vollständig, aber nicht nachvollziehbar	0	0
davon nicht vollständig, aber nachvollziehbar	0	0
davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	0

Bemerkungen:

- * 5 Ärzte in KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft, Prüfung durch KV Bayern (Hauptbetriebstätte in Bayern).
1 Arzt nicht geprüft, da die Genehmigung erst zum 1.01.2013 erteilt wurde (Prüfzeitraum Quartale 4/2012 bis 3/2013).

C.II.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)

Der gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im November 2007 beschlossen, die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen auf das Hautkrebs-Screening zu erweitern. Zum 1. Juli 2008 trat dann die Qualifikationsvoraussetzung zur Ausführung und Abrechnung entsprechender Leistungen nach dem EBM für das Hautkrebs-Screening 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 im Hautkrebs-Screening, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung	5.410	5.369
<hr/>		
Anzahl beschiedener Anträge	296	163
davon Anzahl Genehmigungen	292	162
davon Anzahl Ablehnungen	4	1
<hr/>		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
<hr/>		
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung	443	432
<hr/>		
Anzahl beschiedener Anträge	40	25
davon Anzahl Genehmigungen	40	25
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
<hr/>		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.12 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 selbstständige 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 01.07.2009

Genehmigungen, Stand	31.12.2013			31.12.2012		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	34			29		
	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5
Anzahl beschiedener Anträge	6	0	0	2	0	0
davon Anzahl Genehmigungen	6	0	0	2	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 4	0			0		
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0			0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen von Abrechnungsgenehmigungen, insgesamt	0			0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0			0		

Frequenzregelung § 10 Abs. 1 Nr. 1	2013		2012	
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich ... betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	< 25 7	≥ 25 27	< 25 4	≥ 25 25
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen	0	entfällt	0	entfällt
davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	2	entfällt	4	entfällt

Fortbildung § 10 Abs. 1 Nr. 2	2013	2012
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	34	29
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4	0	0

Dokumentationsprüfungen § 8 – Prüfprozess	2013	2012
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	4
davon bestanden	3	4
davon nicht bestanden	0	0

Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	0
davon Begründung ausreichend	0	0
davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0	0

Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0

Dokumentationsprüfungen § 8 – Mängelanalyse	2013	2012
Anzahl geprüfter Dokumentationen insgesamt	30	40
davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	30	40
davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0

C.13 Homöopathie

Die Versorgung mit klassischer Homöopathie wird in den entsprechenden Vereinbarungen und Verträgen gemäß Paragraph 73 c SGB V geregelt.

Diese beinhalten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen sowie deren Vergütung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der klassischen Homöo-

pathie. Die Homöopathie ist eine Heilmethode, welche die Selbstheilungskräfte der Erkrankten aktiviert. Der Mensch in seiner Gesamtheit wird behandelt, nicht einzelne Symptome. Die Therapieformen orientieren sich am Ähnlichkeitsprinzip. Kranke werden mit Arzneistoffen behandelt, die bei Gesunden ähnliche Krankheitserscheinungen hervorrufen würden. Homöopathische Mittel werden im Wege der Arzneipoten-zierung, das heißt in unterschiedlichen Verdünnungsgraden verabreicht.

Vereinbarung nach § 73c SGB V zur Förderung der Qualität in der Homöopathischen Therapie im Rahmen der Vertragsärztliche Versorgung mit dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Gültigkeit 01.01.2007

Vereinbarung über die vertragsärztliche Behandlung mittels Homöopathie mit dem BKK Landesverband der Betriebskrankenkassen, Gültigkeit: Neufassung 01.04.2008

Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73 c SGB V mit der SECURVITA BKK und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Gültigkeit: 01.07.2009

Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73 c SGB V mit der IKK classic, Gültigkeit: 01.01.2011

Verträge gemäß § 73c SGB V und Vereinbarungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der klassischen Homöopathie gemäß der derzeit gültigen Verträge und Vereinbarungen

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	273	277
davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie Barmer/GEK	181	184
davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK	127	125
davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK Securvita	259	261
davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie IKK classic	209	206
<hr/>		
Anzahl beschiedene Anträge	25	33
davon Anzahl Genehmigungen	25	33
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
<hr/>		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
<hr/>		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	8	0

C.14 Hörgeräteversorgung

C.14.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene

Nachdem zum 1. Januar 2012 neue Gebührenordnungspositionen (GOP 09372 bis 09375 und 20372 bis 20375) eingeführt wurden, haben die Vertragspartner nunmehr die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung vereinbart. Ziel der Vereinbarung ist es, die Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Jugendlichen und Erwachsenen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu sichern.

Die neue QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen, den Umfang der Versorgung und die Anforderungen an die Praxisausstattung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten. Die Abrechnung der Leistungen nach oben genannten GOP's ist ab 1. April 2012 (Datum des Inkrafttretens der QS-Vereinbarung) nur mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zulässig.

Zum Nachweis der fachlichen Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung von schwerhörigen Jugendlichen und Erwachsenen mit Hörgeräten sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ oder die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ („Phoniatrie und Pädaudiologie“),
- Nachweis der selbstständigen Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes einschließlich Validierung des Versorgungserfolges innerhalb der letzten fünf Jahre,
- Nachweis von theoretischen Kenntnissen in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch Erlangung von zehn Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung.

Hinsichtlich der räumlichen Ausstattung sind folgende Voraussetzungen nach Paragraph 4 zu erfüllen:

- Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld,
- Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2,

- Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3),
- Binokulares Ohrmikroskop,
- Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung).

Der Umfang der Hörgeräteversorgung erstreckt sich von der Neuverordnung eines Hörgerätes über die erste Nachuntersuchung („Abnahme“) bis hin zu notwendigen Nachsorgen einschließlich möglicher Rücksprachen mit dem Hörgeräteakustiker. Damit soll die kooperative Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Arzt und dem Hörgeräteakustiker gefördert werden. Hierzu steht eine spezielle Zuschlagsziffer (GOP 09375 und 20375) zur Verfügung.

Nach Erhalt einer Genehmigung sind weitere Qualitäts-sicherungsmaßnahmen organisatorischer Art einzuhalten:

- strukturierter, regelmäßiger Austausch der an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung,
- regelmäßige Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich der Audiometrie und der audiologischen Grundlagen,
- regelmäßige Wartung der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien (Audiometer) einschließlich deren Dokumentation.

Der Umfang der Hörgeräteversorgung muss vollständig und nachvollziehbar dokumentiert werden. Für die Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten ist die Verwendung des sogenannten APHAB-Fragebogens (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) vorgesehen. Seine Verwendung vor und nach der Verordnung eines Hörgerätes ist auch Bestandteil der entsprechenden Leistungslegenden im EBM (GOP 09372 und 09373 beziehungsweise 20372 und 20373). Aus dem APHAB-Fragebogen kann auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden.

Bestimmte Angaben zur Hörgeräteverordnung und -abnahme (insbesondere zur Hörgerätetechnik) sind auf einem gesonderten „Ergänzungsblatt zur Verordnung“ zu dokumentieren. Die Übertragung dieser Daten erfolgt in einem elektro-

nischen Dokumentationsverfahren ab 1. April 2013.

Zur Beurteilung der Güte des Dokumentationsinstrumentes sind für einen Zeitraum von zwei Jahren Stichprobenprüfungen durch die KVBW bei zehn Prozent der abrechnenden Ärzte vorgesehen.

Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung sind folgende Auflagen zu erfüllen:

- Mindestens einmal jährlich durchgeführte messtechnische Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien,
- Nachweis von sieben themenspezifischen Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren.

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung
(Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2013**

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	450	448
Anzahl beschiedene Anträge	18	448
davon Anzahl Genehmigungen	18	448
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1	2013	2012
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	450	Entfällt 2012
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	Entfällt 2012
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	Entfällt 2012
Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2	2013	2012
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	0	Entfällt 2012
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	Entfällt 2012
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	Entfällt 2012

C.14.2 Hörgeräteversorgung – Kinder

Drei Monate nach Inkrafttreten der Qualitätssicherungs (QS)-Vereinbarung Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen haben die Partner der Bundesmantelverträge eine Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder) vereinbart. Hintergrund war die Einführung neuer Gebührenordnungspositionen (GOP) zur Hörgeräteversorgung zum 1. Januar 2012 einerseits für Jugendliche und Erwachsene und andererseits für Kinder.

Die neue QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder betrifft die GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM und ist am 1. Juli 2012 in Kraft getreten.

Die QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder orientiert sich weitestgehend an der zum 1. April 2012 in Kraft getretenen Vereinbarung zur Hörgeräteversorgung für Jugendliche und Erwachsene. Folgende Regelungen sind unterschiedlich, alle anderen Inhalte sind gleich:

Zum Nachweis der fachlichen Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Kinder mit Hörgeräten sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Nachweis von 50 elektrischen Reaktionsaudiometern (ERA) im Kindesalter,
- 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren,
- 25 Kindersprachtests sowie die selbstständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter.

Zur speziellen Hörgeräteversorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist eine Kinderaudiometrianlage, eine zweikanalige BERA (brainstem electric response audiometry) sowie geeignetes Kindersprachtestmaterial zur Durchführung der Sprachaudiometrie vorzuhalten.

Die Verwendung eines Patienten-Fragebogens (analog des APHAB-Fragebogens bei Erwachsenen und Jugendlichen) ist nicht vorgesehen. Die zu dokumentierenden Angaben zur Hörgeräteverordnung und -abnahme (insbesondere zur Hörgerätechnik) auf einem gesonderten „Ergänzungsblatt zur Verordnung“ (Anlage 2 der Vereinbarung) sind weniger umfangreich. Identisch zur Vorgehensweise bei Erwachsenen und Jugendlichen soll die Übertragung der Daten in einem elektronischen Dokumentationsverfahren erfolgen. Bis zum Aufbau einer entsprechenden flächendeckenden IT-Infrastruktur wird die Pflicht zur elektronischen Dokumentation ausgesetzt. Sie begann am 1. Juli 2013.

Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung verpflichtet sich der Arzt zur Erfüllung folgender Auflagen:

- Mindestens einmal jährlich durchgeführte messtechnische Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß Paragraph 11 MPBetreibV durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV,
- Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen insbesondere bei Kindern sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2012, zuletzt geändert 01.04.2013.

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14	11
Anzahl beschiedene Anträge	1	11
davon Anzahl Genehmigungen	1	11
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	Entfällt 2013	Entfällt 2012
davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	Entfällt 2013	Entfällt 2012
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1	2013	2012
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	14	Entfällt 2012
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	Entfällt 2012
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	Entfällt 2012
Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2	2013	2012
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	0	Entfällt 2012
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	Entfällt 2012
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	Entfällt 2012

C.15 Interventionelle Radiologie

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

Angiographische Leistungen sind sehr schwierig zu erbringen. Daher sind auch die Anforderungen an die ärztliche Routine

hoch. Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Gefäßdarstellungen müssen jährlich 100 Gefäßdarstellungen nachweisen. Genehmigungsinhaber zu diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen müssen mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathedergestützte therapeutische Eingriffe nachweisen. Davon müssen mindestens 50 therapeutische Eingriffe sein.

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

Diagnostische Katheterangiographien

Genehmigungen § 3 Abs. 1	31.12.2013		31.12.2012	
	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7		6	
Anzahl beschiedene Anträge	2	0	2	0
davon Anzahl Genehmigungen	2	0	2	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0		0	
	wegen Nichterreichen Mindestzahl <100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen	aus sonstigen Gründen	wegen Nichterreichen Mindestzahl <100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen	aus sonstigen Gründen
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1		0	

Frequenzregelung	2013		2012	
	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen	4	0	4	1
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	4	entfällt	3	entfällt

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Genehmigungen § 3 Abs. 2		31.12.2013		31.12.2012	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		41		46	
		neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)
Anzahl beschiedene Anträge		3	0	1	0
davon Anzahl Genehmigungen		3	0	1	0
davon Anzahl Ablehnungen		0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)		0		0	
Anzahl Praxisbegehungen		0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0		2	
wegen Nichterreichen der Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (< 100)		0		0	
wegen Nichterreichen der Mindestzahl bei therapeutischen Eingriffen (< 50)		0		1	
wegen Nichterreichen der Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (<100) und bei therapeutischen Eingriffen (< 50) aus sonstigen Gründen		0		1	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		3		5	

Frequenzregelung		2013		2012	
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100	
	27	10	33	7	
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	26	entfällt	31	entfällt	
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50	
	31	6	35	5	
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	30	entfällt	32	entfällt	

C.16 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 (aktualisiert am 1. Januar 2013) 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 01.10.1999, zuletzt geändert am 01.01.2013

Diagnostische Katheterisierungen

Genehmigungen § 7 Abs. 2		31.12.2013		31.12.2012	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		17		18	
		neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)
Anzahl beschiedene Anträge		0	0	0	0
davon Anzahl Genehmigungen		0	0	0	0
davon Anzahl Ablehnungen		0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)		0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3		0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...		Nichterreichenden Mindestzahl	aus sonstigen Gründen	Nichterreichenden Mindestzahl	aus sonstigen Gründen
davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)		1 keine Angaben möglich	0 keine Angaben möglich	0 keine Angaben möglich	0 keine Angaben möglich
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0		2	

Frequenzregelung		2013		2012	
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)		< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
		13	4	16	2
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben		12	entfällt	15	entfällt

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Genehmigungen § 7 Abs. 1	31.12.2013				31.12.2012			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	68				61			
	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)		neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)			
Anzahl beschiedene Anträge	8	0		8	0			
davon Anzahl Genehmigungen	8	0		7	0			
davon Anzahl Ablehnungen	0	0		1	0			
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)	0				0			
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0				0			
	Nichterreichen Mindestzahl				Nichterreichen Mindestzahl			
	< 150 gesamt	ges. + therap.	< 50 therap.	aus sonstigen Gründen	< 150 gesamt	ges. + therap.	< 50 therap.	aus sonstigen Gründen
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0
davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	keine Angaben möglich				keine Angaben möglich			
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1				3			

Frequenzregelung	2013		2012	
Anzahl Ärzte mit ...	< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291, 34292)	52	16	33	16
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	40	entfällt	31	entfällt
Anzahl Ärzte mit ...	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	55	13	37	12
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	45	entfällt	33	entfällt

C.17 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 Alter von 55 Jahren 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 Koloskopie-Vereinbarung 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 Koloskop-Aufbereitung 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.

Eine weitere Änderung der Vereinbarung trat zum 1. Juli 2012 in Kraft. Die Dokumentationsprüfung findet nun – unter der Voraussetzung, dass bei der vorhergehenden Überprüfung die Auflagen erfüllt wurden – alle zwei Jahre statt. Diese Regelung betrifft die Untersuchungsfrequenz und die Überprüfung der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen. Sie betrifft Koloskopien und Polypektomien gleichermaßen.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2002, zuletzt geändert: 01.10.2006, zuletzt geändert: 01.07.2012.

Genehmigungen, Stand	31.12.2013		31.12.2012	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	27		31	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	357		353	
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 5)	neu	erneut (§ 6 Abs. 5)
davon Anzahl Genehmigungen	1	0	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	1	0	1	0
	0	0	0	0
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 5)	neu	erneut (§ 6 Abs. 5)
davon Anzahl Genehmigungen	27	1	26	0
davon Anzahl Ablehnungen	27	1	26	0
	0	0	0	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	0		0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0		0	

Genehmigungen, Stand	31.12.2013		31.12.2012	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7 wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	3	0	2	0
davon ausschließlich wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei < 200 totalen Koloskopien	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 3c-e) 0	wegen Nichterrei- chen Mindestzahl 0	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 3c-e) 0	wegen Nichterrei- chen Mindestzahl 2
davon ausschließlich wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei < 10 Polypektomien	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 4b-c) 1	wegen Nichterrei- chen Mindestzahl 0	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 4b-c) 0	wegen Nichterrei- chen Mindestzahl 0
sowohl wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 3c-e) (§ 6 Abs. 4b-c) 0	wegen Nichterreichen Mindestzahl 2	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 3c-e) (§ 6 Abs. 4b-c) 0	wegen Nichterreichen Mindestzahl 0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	14		13	
Verlängerung des Prüfintervalls § 6 Abs. 7	2013		2012	
Anzahl Ärzte mit Prüfintervall von 24 Monaten aufgrund Erfüllung der Anforderungen nach § 6 Abs. 3, 4 oder 6	321		entfällt	

Totale Koloskopien

Frequenzregelung	2013		2012	
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien	< 200 8	≥ 200 25	< 200 50*	≥ 200 284
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	6	entfällt	46*	entfällt

Dokumentationsprüfungen*	2013		2012	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	31		329	
davon bestanden	29		320	
davon nicht bestanden	2		9	
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüffahr erteilt		Genehmigungen wurden im laufenden Prüffahr erteilt	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	2		5	
davon bestanden	1		5	
davon nicht bestanden	1		0	
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	2		5	
davon bestanden	0		4	
davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0		0	
davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	2		1	

Bemerkung:

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

Polypektomien

Frequenzregelungen	2013		2012	
	< 10	≥ 10	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten Polypektomien	3	30	22*	312
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	1	entfällt	18*	entfällt

Dokumentationsprüfungen	2013		2012	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4 a-c	23		331**	
davon bestanden	20		320	
davon nicht bestanden	3		11	
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt		Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	10		2	
davon bestanden	7		2	
davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	1		0	
davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	2		0	

Bemerkungen:

* davon 1 Kinderarzt

** Kinderarzt hat keine Polypektomien durchgeführt

Prüfungen zur Hygienequalität

Stand	2013		2012	
Anzahl überprüfter Praxen (nicht Koloskopie!)	280		283	
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	559		563	
davon bestanden	535		544	
davon nicht bestanden	24		19	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb von drei Monaten	24		19	
davon bestanden	23		18	
davon nicht bestanden	1		1	
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb von sechs Wochen	1		1	
davon bestanden	1		1	
davon nicht bestanden	0		0	

C.18 Künstliche Befruchtung

Ambulant durchgeführte Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bedürfen gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung der Genehmigungserteilung durch die zuständigen Behörden (Paragraph 121a SGB V). Dies ist in Baden-Württemberg die Landesärztekammer (LÄK). Auch Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren erfolgen, müssen genehmigt werden. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten auch ohne die Genehmigung der LÄK durchgeführt werden. Vor der künstlichen Befruchtung muss das Ehepaar beraten werden. Eine Bescheinigung dieser Beratung ist dem Arzt vorzulegen, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung vornimmt.

Voraussetzung für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist die Altersbegrenzung vom 25. bis zum 40. vollendeten Lebensjahr bei der Ehefrau und bis zur Vollendung des 50. Lebensjahr beim Ehemann. Sind beide Ehepartner bei der AOK versichert, besteht hier die Möglichkeit, darüber hinaus reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Weitere Voraussetzungen sind: Das Paar muss sich beraten lassen (Ausnahme Nr. 10.1 der Richtlinie) – dies ist gesetzlich vorgeschrieben – und ein von der Kasse genehmigter Behandlungsplan liegt vor. Darüber hinaus ist Bedingung, dass bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist und bei der Frau ein ausreichender Schutz gegen Rötelinfection besteht.

Die Anzahl der zu Lasten der GKV durchführbaren Behandlungsversuche sind in den Richtlinien über künstliche Befruchtung ab Dezember 2012 neu geregelt worden.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“)

Rechtsgrundlage: § 27a Abs. 4 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i. V. m. § 135 Abs. 1 SGBV.

Gültigkeit: 14.08.1990, Neufassung 18.12. 2012

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	91	92
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	37	37

C.19 Laboratoriumsuntersuchungen

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. 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 ärztlichen Fachgruppen. 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 09.05.1994

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.568	1.586
Anzahl beschiedene Anträge	75	83
davon Anzahl Genehmigungen	70	74
davon Anzahl Ablehnungen	5	9
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	48	45*
davon bestanden	42	44*
davon nicht bestanden	6	6*
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Bemerkung:

* Die Differenz ergibt sich aus teilweise bestandenen Kolloquien

C.20 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 01.04.1992

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	1.247	1.327
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	1.801	1.736
Anzahl beschiedene Anträge	187	176
davon Anzahl Genehmigungen	182	176
davon Anzahl Ablehnungen	5	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1 (Aufzeichnung)	0

C.21 Magnetresonanztomographie (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 Kernspintomographie der Mamma. So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

**Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.10.2001**

**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 01.04.2001**

Allgemeine Kernspintomographie

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	396	367
Anzahl beschiedene Anträge	76	57
davon Anzahl Genehmigungen	76	54
davon Anzahl Ablehnungen	0	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	7
davon bestanden	5	6
davon nicht bestanden	0	1
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	keine Angaben möglich

Kernspintomographie der Mamma

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	64	63
Anzahl beschiedene Anträge	7	6
davon Anzahl Genehmigungen	7	5
davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	2
davon bestanden	3	2
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3	keine Angaben möglich

Frequenzregelung	2013	2012
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	31	57
mindestens 50 Untersuchungen	26 (gemäß Abrechnung)	32
weniger als 50 Untersuchungen	38* (gemäß Abrechnung)	25

Bemerkungen:

- * 27 Ärzte haben bis Mitte Juli 2014 die Mindestfrequenz durch den Nachweis von privaten und/oder stationären Untersuchungen erbracht.
Die Prüfungen waren zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichts noch nicht abgeschlossen..

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V		2013	2012		
Anzahl abrechender Ärzte (III. Quartal)		378	338*		
Anzahl geprüfter Ärzte		50	*		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2		50	*		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3		0	*		
Begründungen:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4% der abrechnenden Ärzte lag ▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde ▪ sonstige Kommentare 	entfällt	*			
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:		bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
keine Beanstandungen		34	0	*	
geringe Beanstandungen		13	0	*	
erhebliche Beanstandungen		1	0	*	
schwerwiegende Beanstandungen		2	0	*	
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a		16	*		
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a		0	*		
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b		0	*		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c		0	*		
davon bestanden		0	*		
davon nicht bestanden		0	*		
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1		0	*		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.		0	*		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8		0	*		
davon ohne Mängel		0	*		
davon mit Mängel		0	*		

Bemerkungen:

* Prüfung 2012 wegen interner Umstrukturierung nicht durchgeführt

C.22 Magnetresonanz-Angiographie

Bei der Magnet-Resonanz-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 MR-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 Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie“ wurde die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographie 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 begutachtet, die MR-Angiographien ausführen und abrechnen. Die Beurteilung der Dokumentationen erfolgt hinsichtlich einer nach Gefäßart und -region gegliederten Liste von klinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie rechtfertigen. Weitere Indikationsstellungen sind möglich, sofern sie aufgrund des Einzelfalles besonders begründet werden können.

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie
(Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007**

**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 1.04.2001**

Genehmigungen, Stand	31.12.2013		31.12.2012	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	329		301	
	neu	erneut (§7 Abs.10)	neu	erneut (§7 Abs.10)
Anzahl beschiedene Anträge	53	0	48	0
davon Anzahl Genehmigungen	53	0	46	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	2	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0		0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	

Dokumentationsprüfungen § 7	2013	2012
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	294	264
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 7	59	*
davon ohne Beanstandungen	59	*
davon mit Beanstandungen	0	*
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	5	*
davon ohne Beanstandungen	5	*
davon mit Beanstandungen	0	*
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	*
davon bestanden	0	*
davon nicht bestanden	0	*

Dokumentationsprüfungen § 7 – Mängelanalyse	2013		2012	
	ohne Venen	Venen	ohne Venen	Venen
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	714	7	*	*
darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	701	7	*	*
darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	702	7	*	*
darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	704	7	*	*
davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer/ingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	706	7	*	*
davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	8	0	*	*

Bemerkung: *Prüfung 2012 wegen interner Umstrukturierung nicht durchgeführt

C.23 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.

Diese sind im Wesentlichen

- Beurteilung einer Fallsammlung nach Abschnitt C zum Nachweis der fachlichen Befähigung

- Beurteilung einer Fallsammlung nach Abschnitt D 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: seit 01.04.1993; Neufassung 01.01.2007, zuletzt geändert 01.04.2011

Genehmigungen, Stand	31.12.2013		31.12.2012	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	318		321	
	neu	erneut	neu	erneut
Anzahl beschiedene Anträge	25	0	48	0
davon Anzahl Genehmigungen	17	0	41	0
davon Anzahl Ablehnungen	8	0	7	0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7	0		0	

Beurteilung von Mammographieaufnahmen (Fallsammlung) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß Abschnitt C

Genehmigungen, Stand	2013		2012	
	1. Prüfung	Wiederholungsprüfung	1. Prüfung	Wiederholungsprüfung
Anzahl Prüfungen	17	5	25	6
davon bestanden	9	4	19	5
davon nicht bestanden	8	1	6	1
Anzahl Ärzte, die auf Entscheidung der KV nach der zweiten erfolglosen Wiederholung erneut an der Prüfung teilnehmen können.	0		0	

Mammographie (Kurativ)

Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D

	2013		2012	
	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben*	124	1	78	0
davon erfolgreiche Teilnahme*	120	1	72	0
davon nicht erfolgreiche Teilnahme*	4	0	6	0
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e		0		0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b		0		0
Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c		0		1

Bemerkung:

*Die Ergebnisse der Selbstprüfungen lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichts noch nicht vor.

Folglich wurden auch keine Wiederholungsprüfungen durchgeführt

Überprüfung der Dokumentation im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung nach Abschnitt E

	2013			2012		
	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb 6 Monaten	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb 3 Monaten	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb 6 Monaten	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb 3 Monaten
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	123	5	6	151	3	3
davon erfüllt	107	4	5	135	3	2
davon nicht erfüllt	entfällt	1	1	entfällt	0	1
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	12	entfällt	entfällt	6	entfällt	entfällt
davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	4	entfällt	entfällt	10	entfällt	entfällt
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7		2			1	

Rückgabe/Beendigung von Genehmigungen oder Widerrufen § 14 Abs. 5

	2013	2012
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind gemäß § 11 Abs. 1	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind gemäß § 14 Abs. 5	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	2

C.24 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit 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 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 in Baden-Baden automatisch eine Einladung zur

Teilnahme. Aus organisatorischen Gründen sind Ort und Zeitpunkt der Untersuchung vorgegeben.

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit der „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 2013 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 607.804 Frauen eingeladen, davon haben 331.364 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von rund 55,00 Prozent).

Weitere Informationen zum Thema Mammographie-Screening finden Sie im Internet unter folgenden Adressen: <http://www.mammo-programm.de> und <http://www.mammascreen-bw.de>.

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 01.01.2004, zuletzt geändert 01.01.2012

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III, 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 01.01.2004, zuletzt geändert 03.03.2011

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993; Neufassung 01.01.2007, zuletzt geändert 01.04.2011

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Screening-Einheiten	10	10
Programverantwortliche Ärzte	20	18
davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	6	5
kooperierende Ärzte		
Befunder von Mammographiefnahmen	216	218
histopathologische Beurteilung	64	68
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	21	23
davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	23	24
ermächtigte Krankenhausärzte	23	21

C.25 Medizinische Rehabilitation

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

Die Vereinbarung regelt die erforderlichen Qualifikationen, damit Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen können.

Eine Genehmigung erhält, wer entweder

- bestimmte Gebiets- oder Zusatzbezeichnungen führt oder
- eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung nachweist oder
- mindestens 20 Rehabilitationsgutachten erstellt hat oder
- einen 16-stündigen Fortbildungskurs absolviert hat.

Die Anforderungen an die Qualifikation des Kursleiters und der Referenten sowie die Kursinhalte sind ebenfalls in der Vereinbarung festgelegt.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.03.2005

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7.376	7.502
Anzahl beschiedene Anträge	321	328
davon Anzahl Genehmigungen	321	328
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	3

C.26 Molekulargenetik

Für molekulargenetische Untersuchungen auf seltene Erbkrankheiten (EBM Unterabschnitt 11.4.2 monogene Leistungen) gelten seit dem 1. April 2012 zusätzliche Qualitätsanforderungen. Ärzte, die diese Leistungen erbringen und abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Molekulargenetik gilt die fachliche Qualifikation für Fachärzte für Human-genetik, Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin als nachgewiesen. Zur Abrechnung der Leistung nach 11430 EBM sind speziell weitergebildete Pathologen berechtigt.

Molekulargenetische Untersuchungen dürfen erst dann durchgeführt werden, wenn die Indikationsstellung aus Auf-tragshinweisen mit einem vorgegebenen Informationsinhalt geprüft und beurteilt wurde. Die Indikation, eine gegebenenfalls erfolgte konsiliarische Erörterung, Durchführung und Befundbeurteilung sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Der Arzt ist verpflichtet, für alle molekulargenetischen Untersuchungen gemäß Unterabschnitt 11.4.2 EBM eine betriebsstättenbezogene Jahresstatistik mit definierten Angaben zu führen. Zweck der betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik ist die Beurteilung und Darstellung

- ob die Stufendiagnostik eingehalten wird
- ob bundesweit vergleichbare Untersuchungsergebnisse vorliegen
- wie die Pfade vom Überweiser zum Leistungserbringer aussehen
- ob die Teilnahme an Ringversuchen eingehalten wird und wie die Ergebnisse aussehen.

Die erste Jahresstatistik (Zeitraum 1. April 2012 bis 31. Dezember 2012) ist bis zum 30. Juni 2013 in elektronischer Form über das Mitgliederportal der KVBW einzureichen. In der Folge sind die Daten im ersten Quartal, das sich an das Untersuchungsjahr anschließt, auf diesem Weg zu liefern.

Nach Prüfung der Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit werden diese ausgewertet und zusammengefasst. Auf der Basis dieser Daten werden dann folgende Berichte erstellt und an die betreffenden Empfänger weiter gegeben:

- ein Bericht an den dokumentierenden Arzt; die Daten werden denen aller anderen dokumentierenden Ärzte in Baden-Württemberg gegenübergestellt (Benchmark),
- ein Bericht an die KVBW mit den Daten aller Ärzte,
- der Bericht der KVBW geht an die KBV, wo aus den Berichten aller KVen ein Jahresbericht erstellt wird, der den Kostenträgern zugänglich gemacht wird.

Die zu konstituierende Qualitätssicherungskommission der KVBW kann arztbezogene pseudonymisierte Berichte bewerten und auf Auffälligkeiten prüfen. Die Partner der Bundesmantelverträge können hierzu Vorgaben festlegen, was bislang nicht geschehen ist.

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungs-Vereinbarung Molekulargenetik)
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012**

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2012	116	119
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	15	126
Anzahl beschiedene Anträge	15	119
davon Anzahl Genehmigungen	0	7
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.27 Neuropsychologische Therapie

Seit Februar 2012 ist die ambulante neuropsychologische Therapie eine anerkannte Behandlungsmethode und damit Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Seit 1. Januar 2013 können Niedergelassene diese Leistung qualitätsgesichert erbringen und abrechnen.

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19:
Neuropsychologische Therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.02.2012**

Genehmigungen, Stand	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	11
Anzahl beschiedene Anträge	11
davon Anzahl Genehmigungen	11
davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.28 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 an die Praxis gewisse organisatorische Anforderungen. Die Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, dass sich die Ärzte und das Praxispersonal jährlich in einem

festgelegten Umfang im onkologischen Bereich weiterbilden.

Weiter ist zur Aufrechterhaltung der Onkologie-Genehmigung grundsätzlich die Erzielung einer gewissen Mindestfrequenz erforderlich. Laut Umsetzungsvereinbarung, die in Baden-Württemberg mit den Krankenkassen vereinbart wurde, wird eine Prüfung bislang ausgesetzt und die Fallzahlen für Organonkologen werden bisher herabgesenkt.

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung),

Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 01.10.2009, zuletzt geändert: 01.01.2013

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	474	478
darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2012 in Neu-/Jungpraxen	keine Angaben möglich	keine Angaben möglich
darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2012 in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0	0
Anzahl beschiedene Anträge	63	34
davon Anzahl Genehmigungen	60	34
davon Anzahl Ablehnungen	3	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
davon bestanden	0	0
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3	keine Angaben möglich

Dokumentationsprüfung § 10	2013	2012
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	39	37
davon ohne Beanstandungen	36	36
davon mit Beanstandungen	3	1

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.	2013	2012
Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	470	444

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten	2013	2012
Anzahl Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie, die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten /Quartal gemäß § 3 Abs. 4 erbracht haben	*	*
Anzahl Ärzte andere Fachgruppen , die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten /Quartal gemäß § 3 Abs. 4 erbracht haben	*	*
Anzahl Neu- und Jungpraxen beziehungsweise Ärzte , die kürzer als zwei Jahre zugelassen sind und an der Vereinbarung teilnehmen, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten noch nicht erbringen können – gemäß § 3 Abs. 6	*	*
Anzahl Ärzte , die gemäß § 3 Abs. 7 aus Sicherstellungsgründen zur Teilnahme an der Vereinbarung zugelassen sind, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten nicht erbringen können	0	0

Bemerkung:

* Aufgrund regionaler Vereinbarung wurden die Fallzahlen z.T. reduziert. Die Differenzierung nach Jungpraxen waren 2013 ebenfalls wegen regionaler Absprachen nicht nötig. Daher können zu diesen Punkten keine Angaben gemacht werden.

C.29 Otoakustische Emissionen

Die Bestimmung otoakustischer Emissionen und deren Abrechnung sind von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abhängig. Entsprechende Genehmigungsanträge können nur von Ärzten mit der

Gebietsbezeichnung „Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ oder „Phoniatrie und Pädaudiologie“ gestellt werden. Die Erteilung einer Genehmigung ist von der Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers abhängig, die bescheinigt, dass das genutzte Gerät definierte apparative Anforderungen für die Bestimmung der otoakustischen Emissionen erfüllt.

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	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	422	426
Anzahl beschiedene Anträge	25	28
davon Anzahl Genehmigungen	25	28
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	keine Angaben möglich

C.30 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 Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen. Die Vereinbarung beinhaltet außerdem Vorgaben für die Dokumentation der Indi-

kationsstellung bei der Erstbehandlung und für die Durchführung der PDT. Die Dokumentationsprüfung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gemäß Paragraph 7 der Vereinbarung jährlich beziehungsweise bei wiederholter Erfüllung der Anforderungen alle zwei Jahre stichprobenartig durchgeführt wurde, ist durch Beschluss der Partner der Bundesmantelverträge mit Wirkung vom 1. Juli 2011 bis zum 30. Juni 2014 ausgesetzt worden. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.08.2001 zuletzt geändert: 01.07.2011

Genehmigungen, Stand	31.12.2013		31.12.2012	
	neu	erneut (§ 6 Abs. 6)	neu	erneut (§ 6 Abs. 6)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		39		42
Anzahl beschiedene Anträge	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5 S. 3		0		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		3		0

Bemerkung:
Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 6 bis zum 30.6.2014

C.31 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 mit dem Excimer-Laser

bei bestimmten Indikationen. Die Vereinbarung beinhaltet daher auch Anforderungen an die Indikationsstellung und deren Dokumentation. 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	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	16	18
Anzahl beschiedene Anträge	0	0
davon Anzahl Genehmigungen	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	0

Dokumentationsprüfung § 7	2013	2012
Anzahl abrechnender Ärzte	4	7
Anzahl geprüfter Ärzte	0	6
davon ohne Beanstandungen	0	4
davon mit Beanstandungen	0	2
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 5	1	2
davon ohne Beanstandungen	0	1
davon mit Beanstandungen	1	1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0

Bemerkung:

*Zulassungsbeendigungen können nicht immer exakt ermittelt werden.

C. 32 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 stammt 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 teil-

nehmenden 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: 01.01.2008

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 14.04.2011

Verwaltungsaufwand	2013	2012
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	2.014	1.527
davon Anzahl Genehmigungen	2.010	1.526
davon Anzahl Ablehnungen	4	1

Richtlinienverfahren

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	4.169	3.956
davon Ärzte	1.414	1.726

im Einzelnen	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
	2013	2012	2013	2012	2013	2012
Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.879	1.820	287	289	457	450
davon Ärzte	1.233	1.280	164	168	90	91
Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	1.183	1.078	359	347	202	173
davon Ärzte	262	263	28	29	56	52
Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	605	587	138	140	305	307
davon Ärzte	300	289	64	67	3	3

Befreiung von der Gutachterpflicht	2013	2012
Anzahl Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht	3.006	3.313
davon Ärzte	746	832

Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren

Genehmigungen	31.12.2013	31.12.2012
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	10.857	10.770
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	1.902	1.847
davon Ärzte	1.344	1.342
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	1.751	1.667
davon Ärzte	1.006	1.003
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	1.048	983
davon Ärzte	559	553

C. 33 Schlafbezogene Atmungsstörungen

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

Schlafbezogene Atmungsstörungen im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.04.2005

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	418	398*
davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	368	346*
davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	41	62*
davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9	9*
Anzahl beschiedene Anträge	29	42
davon Anzahl Genehmigungen	29	42
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren Polysomnographie)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich

Bemerkung:

*Die Differenz bei den Genehmigungszahlen (Anzahl Ärzte zu Anzahl Genehmigungen) ergibt sich daraus, dass für die Polysomnographie ortsabhängige Genehmigungen auf die Betriebsstätte gezählt werden.

C. 34 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 Chroni-

fizierung 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: seit 01.04.2005, zuletzt geändert 01.01.2013

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	165	161
Anzahl beschiedene Anträge	20	16
davon Anzahl Genehmigungen	20	16
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs.2	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Versorgung		
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	0

Dokumentationsprüfung *		
Anzahl Prüfungen gemäß § 7 Abs. 2	149*	145
davon ohne Beanstandungen	73	97
davon mit Beanstandungen	76	48

Nachweispflicht § 5 Abs. 5	2013	2012
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	149	145
Anzahl Ärzte, die gemäß § 5 Abs. 4 nachgewiesen haben, dass sie überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandeln	wird zur Zeit nicht geprüft	wird zur Zeit nicht geprüft

Bemerkungen:

* Bei den Angaben zu den Dokumentationen handelt es sich um die Anzahl der geprüften Ärzte!

** Keine Beanstandungen, sondern nur Hinweise zur Konkretisierung

C. 35 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 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 01.07.2009, zuletzt geändert 01.07.2013

Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	77	75
Anzahl beschiedene Anträge	5	7
davon Anzahl Genehmigungen	5	7
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigung	0	0

C. 36 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie ein Recht 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.

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 01.01.2002

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung	467	465
Anzahl beschiedene Anträge	19	15
davon Anzahl Genehmigungen	19	15
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	Keine Angaben möglich

C. 37 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur genehmigungspflichtigen Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Antragsteller über die Anerkennung als Facharzt für Urologie verfügen. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereini-

gung Baden-Württemberg muss er die in der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ geforderten weiteren fachlichen Befähigungsnachweise führen. Außerdem muss er die Genehmigungen zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane), zur Röntgendiagnostik des Harntraktes und zur Durchführung ambulanter Operationen 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	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	151	151
Anzahl beschiedene Anträge	11	7
davon Anzahl Genehmigungen	11	7
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	Keine Angabe möglich

C. 38 Strahlendiagnostik/-therapie

Die auf Bundesebene gemäß Paragraph 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 erfüllt werden. Sie sind übergeordnete Rechtsvorschriften. 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.

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 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.10.2009. Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültig seit: 01.10.1992, zuletzt geändert 01.01.2013.

C.38.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen § 4 und § 5, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2.667	2700
Anzahl beschiedene Anträge	145	349
davon Anzahl Genehmigungen	141	321
davon Anzahl Ablehnungen	4	28
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	10	15
davon bestanden	10	15
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen *	13	Keine Angaben möglich

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2013	2012		
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	2.360	2.429		
Anzahl geprüfter Ärzte	271	234		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	258	228		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	13	6		
Begründungen: falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4% der abrechnenden Ärzte lag falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde sonstige Kommentare	entfällt	entfällt		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
keine Beanstandungen	188	2	156	0
geringe Beanstandungen	48	8	64	3
erhebliche Beanstandungen	19	1	6	2
schwerwiegende Beanstandungen	3	2	2	1
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	93	82		
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0		
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	11	4		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	1		
<i>davon bestanden</i>	0	1		
<i>davon nicht bestanden</i>	0	0		
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	1	1		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0		

Bemerkung:

*Beendigungen können nicht immer exakt ermittelt werden.

C. 38.2 Computertomographie

Genehmigungen § 4 und § 7, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	496	497
Anzahl beschiedene Anträge	106	96
davon Anzahl Genehmigungen	104	94
davon Anzahl Ablehnungen	2	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	2
davon bestanden	2	2
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	Keine Angaben möglich

Bemerkung:

*CT-Stichprobenprüfung durch G-BA-Beschluss ausgesetzt.

C. 38.3 Osteodensitometrie

Genehmigungen § 4 und § 8, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	372	367
Anzahl beschiedene Anträge	56	63
davon Anzahl Genehmigungen	52	54
davon Anzahl Ablehnungen	4	9
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	0
davon bestanden	3	0
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3	Keine Angabe möglich

C. 38.4 Strahlentherapie

Genehmigungen § 9, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	167	165
Anzahl beschiedene Anträge	44	30
davon Anzahl Genehmigungen	42	29
davon Anzahl Ablehnungen	2	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	Keine Angabe möglich

C. 38.5 Nuklearmedizin

Genehmigungen § 10, Stand	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	216	228
Anzahl beschiedene Anträge	27	30
davon Anzahl Genehmigungen	27	27
davon Anzahl Ablehnungen	0	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	4	3
davon bestanden	3	3
davon nicht bestanden	1	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen *	0	Keine Angabe möglich

Bemerkung:

*Beendigungen können nicht immer exakt ermittelt werden.

C. 39 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 Qualitätssicherungs-Kommission 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 In-Kraft-Treten der Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung am 12. Juni 2010 ist auch die diamorphingestützte Substitution zu Lasten 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 Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg sowie die Einhaltung der weiteren Anforderungen der Richtlinie. In Baden-Württemberg gibt es derzeit nur eine Einrichtung in Karlsruhe (AWO Karlsruhe gemeinnützige GmbH). Eine weitere Einrichtung wird im Juli 2014 in Stuttgart eröffnet.

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	31.12.2013	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	329	342
Anzahl beschiedene Anträge	6	8
davon Anzahl Genehmigungen	6	8
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	0	1
davon ohne Beanstandungen	0	0
davon mit Beanstandungen	0	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	16	12
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	127	123
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen Stand 31.12.2012	1	1
davon Einrichtungen nach § 12	1	1

Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3	2013	2012
Anzahl abrechnende Ärzte	254	261
Anzahl geprüfter Ärzte	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich
Anzahl geprüfter Fälle	832	805
keine Beanstandungen	686	661
geringe Beanstandungen	132	117
erhebliche Beanstandungen	14	25
schwerwiegende Beanstandungen	0	2

5-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 9 Abs. 5	2013	2012
Anzahl geprüfter Fälle	476	444
davon ohne Beanstandungen	400	373
davon mit Beanstandungen	76	71

2-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 3 Abs. 6	2013	2012
Anzahl geprüfter Fälle	0*	0*
davon ohne Änderung der Behandlung	0	0
davon mit Änderung der Behandlung	0	0

Patienten	2013	2012
Anzahl Patienten	9.752	9.570
davon Patienten mit Diamorphin-Substitution	27	27

An-/Abmeldungen	2013	2012
Summe Anzahl Patientenanmeldungen und -abmeldungen	7.947	7.301

Bemerkung:

* Die zuständige Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg ist erst im Aufbau.
Die Prüfmodalitäten werden von dort erst noch festgelegt.

C. 40 Ultraschalldiagnostik

Am 1. April 2009 trat eine neue bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft (Rechtsgrundlage: Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zuletzt geändert 1. Oktober 2012).

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

Alle erfassten Ultraschallgeräte werden 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 in festgelegten

zeitlichen Abständen 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. Die Anlage V wurde zum 1. April 2012 geändert.

Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 01.04.2009, zuletzt geändert 01.07.2009; zuvor 1. Neufassung 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.04.2005

- a) Genehmigungserteilung
- b) Genehmigungsstand
- c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung
- d) Dokumentationsprüfungen
- e) Säuglingshüfte

a) Genehmigungserteilung

Genehmigungen, Stand	31.12.2013		31.12.2012	
	01.01.2013	31.12.2013	01.01.2012	31.12.2012
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	10.682		10.689	
	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)**	1.219	0	1.156	0
davon Anzahl Genehmigungen**	1.039	0	1.013	0
davon Anzahl Ablehnungen**	180	0	143	0
	neu	erneut	neu	erneut
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	3.681	0	3.483	0
davon Anzahl Genehmigungen	3.114	0	3.069	0
davon Anzahl Ablehnungen	567	0	414	0
	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7*	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7*
Anzahl Kolloquien gemäß	225	4	193	4
davon bestanden	205	3	176	4
davon nicht bestanden	20	1	17	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	Keine Angaben möglich		3	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	Keine Angaben möglich		3	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich	

Bemerkungen:

* Die Summe der Anzahl Genehmigungen und Ablehnungen weicht von der Anzahl der beschiedene Anträge (Ärzte) ab, da Teil-Genehmigungen und Teil-Ablehnungen erfolgten.

b) Genehmigungsstand

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.

Anwendungsbereiche

Anzahl Ärzte mit Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	392	386
AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges	205	201
AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	247	243
AB 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	443	450
AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.304	1.234
AB 3.3 Schilddrüse, B-Modus	4.027	3.909
AB 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	640	642
AB 4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	135	130
AB 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	54	60
AB 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	3
AB 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	272	262
AB 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	4	2
AB 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.703	1.645
AB 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	16	14
AB 6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.199	1.164
AB 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.257	6.229
AB 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	68	62
AB 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	39	44
AB 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.207	1.203
AB 8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.214	3.103
AB 8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	265	244
AB 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.559	1.565
AB 9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.446	1.497
AB 9.1a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	0	0
AB 9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	791	810
AB 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.026	1.027
AB 10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.046	1.049
AB 11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.159	1.116

Anzahl Ärzte mit Genehmigungen, Stand	31.12.2013	31.12.2012
AB 12.1 Haut, B-Modus	11	12
AB 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	61	41
AB 20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnersorgende Gefäße	1.223	1.213
AB 20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	1.207	1.153
AB 20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	72	45
AB 20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	242	233
AB 20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnersorgende Gefäße	395	395
AB 20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnersorgende Gefäße	813	787
AB 20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnersorgende Gefäße	185	174
AB 20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	729	707
AB 20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	63	47
AB 20.10 Duplex-Verfahren – abdominale und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	804	753
AB 20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	248	237
AB 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	589	577
AB 21.2 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	139	131
AB 21.3 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	52	55
AB 21.4 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	1	1
AB 22.1 Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	116	112
AB 22.2 Duplex-Verfahren – feto-maternal Gefäßsystem	466	448

c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung § 9		2013		2012	
Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2c (Stichtag bitte angeben, wenn möglich Daten zum 31.3.2013)	Anzahl 17.607	Stichtag 31.03.2014	Anzahl 11.362**	Stichtag 25.03.2013	
insgesamt erteilte Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen	169	31.12.2013	663	25.03.2013	
Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c	1.1.2013 9.286	31.12.2013 11.801	1.1.2012 5.630**	31.12.2012 9.286	
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme im Jahr 2012 gemäß § 2c		2.515**		3.656**	
davon ohne Beanstandungen		2.485		3.453	
Baujahr des Systems: vor 1990 *		4		13	
Baujahr des Systems: 1990–1994 *		16		91	
Baujahr des Systems: 1995–1999 *		123		411	
Baujahr des Systems: 2000–2004 *		383		994	
Baujahr des Systems: 2005–2009 *		620		1.188	
Baujahr des Systems: 2010 bis heute *		1.339		756	
davon mit Beanstandungen		30		203	
Baujahr des Systems: vor 1990 *		3		20	
Baujahr des Systems: 1990–1994 *		1		37	
Baujahr des Systems: 1995–1999 *		4		64	
Baujahr des Systems: 2000–2004 *		2		28	
Baujahr des Systems: 2005–2009 *		3		43	
Baujahr des Systems: 2010 bis heute *		17		11	
Zusätzlich bei Beanstandungen: im Jahr 2012 erlassene Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen		0 0		0 48	

Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3: 4 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)

Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	0	ab 2013
Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 13 Abs. 6)	0	ab 2013
Widerrufe (gerätebezogen)	0	ab 2013

Bemerkungen:

* Baujahr = Baujahr der Gerätekonsole des Systems

** Die Zahlen beziehen sich auf die Anzahl der Gerätekonsolen allein (nicht Anzahl Konsolen/ Schallkopfkombination!). Die Zahl aller gemeldeten Konsolen/Schallkopfkombinationen beläuft sich in Baden-Württemberg auf 19.647

d) Dokumentationsprüfungen

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11

Anzahl Prüfungen:	2013		2012**	
	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter Ärzte	278	71	254	41
davon ohne Mängel	204	55	213	30
davon mit Mängeln	74	16	41	11

Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)	2013		2012**	
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bemerkung: Gemeint ist die Anzahl der geprüften Fälle, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	1.390	355	1.263	204
davon ohne Beanstandungen	989	267	911	132
davon mit Beanstandungen	401	88	352	72

Bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:	2013		2012**	
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung*	83	4	48	13
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: gegebenenfalls eingeschränkte Untersuchungsbedingungen beziehungsweise Beurteilbarkeit*	25	0	0	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden*	75	34	176	45
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose*	115	14	81	28
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen*	149	15	55	14

Bei Beanstandungen der Bilddokumentation:	2013		2012**	
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6*	96	11	63	20
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund*	185	33	186	45
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund*	89	17	74	19

Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	2013	2012**
davon bestanden	5	9
davon nicht bestanden	0	3

Widerrufe	2013		2012**	
	Ärzte	Anwendungs- bereiche	Ärzte	Anwendungs- bereiche
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	0	3	2

Bemerkungen:

- * Mehrfachnennungen sind möglich, das heißt, die Summe dieser acht Zeilen kann größer als die der Zahl der beanstandeten Dokumentationen sein
 ** Aus organisatorischen Gründen und auf Grund personeller Engpässe konnten zunächst vornehmlich Geräte- und weniger Dokumentationsprüfungen durchgeführt werden

e) Säuglingshüfte

Genehmigungen	31.12.2013		31.12.2012	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.045		1.095	
	neu	erneut	neu	erneut
Anzahl beschiedene Anträge	83	0	100	9
davon Anzahl Genehmigungen	77	0	92	9
davon Anzahl Ablehnungen	6	0	8	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	0		0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	801		800	

Dokumentationsprüfung	Initialprüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
Anzahl geprüfter Ärzte	18	0	110
davon ohne Beanstandungen	12	0	76
davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	3	0	27
davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	3	0	7
	nach Initialprüfung	nach 2-Jahres-Prüfung	nach 5-Jahres-Prüfung

Dokumentationsprüfung

Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	0	0	50
davon ohne Beanstandungen	0	0	32
davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	0	14
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0	6
darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0	0
davon bestanden	0	0	0
davon nicht bestanden	0	0	0
davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	0	4
Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	4	0	14
Anzahl Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Verein- barung teilgenommen haben	0	0	0
<hr/>			
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2		1	

Dokumentationsprüfung – Mängelanalyse**31.12.2013****31.12.2012**

Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	2.071
davon regelgerecht (Stufe I)	1.681
davon eingeschränkt (Stufe II)	358
davon unzureichend (Stufe III)	32
<hr/>	
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	5
<hr/>	
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2:	32
davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	27
davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0
davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	5

C. 41 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 Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V wurde unter anderem die 2008 aktualisierte Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland berücksichtigt. Präzisiert werden in der Vereinbarung Fallzahlenforderungen 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.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert: 01.04.2012

Genehmigungen, Stand	31.12.2013			31.12.2012		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	45			43**		
	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 5	erneut gemäß § 9 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 5	erneut gemäß § 9 Abs. 6
Anzahl beschiedene Anträge	6	0	0	4	0	0
davon Anzahl Genehmigungen	6	0	0	4	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium gemäß § 12 Abs. 2	0			0		
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0			0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5		Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5	
	0	0		0	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2			Keine Angaben möglich		

Dokumentationsprüfung § 9 – Prüfprozess	2013	2012
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	45	37
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	32	*
davon bestanden	27	*
davon nicht bestanden	5	*
Widerholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5	0	*
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5	0	*
Anzahl vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0	*

Dokumentationsprüfung § 9 – Mängelanalyse	2013	2012
Anzahl geprüfter Dokumentationen	300	*
davon vollständig und nachvollziehbar	238	*
davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	7	*
davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	49	*
davon weder vollständig noch nachvollziehbar	6	*

Frequenzregelung	2013		2012	
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Vakuumbiopsien	< 25 17	≥ 25 28	< 25 18	≥ 25 22
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben	Noch in Bearbeitung	entfällt	9***	entfällt

Bemerkung:

* Prüfung 2012 wegen interner Umstrukturierung nicht durchgeführt

** Vakuumbiopsie/Mammographie kurativ und Mammographie-Screening

*** 7 Ärzte haben erst 2012 die Genehmigung erhalten und werden deshalb erst 2013 geprüft. 2 Ärzte haben nicht nachgewiesen.

C. 42 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 Dokumentatio-

nen 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 zurückspiegelt. 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: 2. Neufassung 01.10.2007; zuvor erste Neufassung 01.07.1992; Erstfassung 01.02.1980

Genehmigungen, Stand	2013			2012		
	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	erneut gemäß § 8 Abs. 4
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	140			141		
Anzahl beschiedene Anträge	8	0	0	6	0	0
davon Anzahl Genehmigungen	8	0	0	5	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	1	0	0
Anzahl Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	4			2		
davon bestanden	4			1		
davon nicht bestanden	0			1		
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0			0		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4		
	0	0	0	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich			Keine Angaben möglich		

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess	2013	2012
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	131	135
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	54	84
davon bestanden	52	77
davon nicht bestanden	2	7
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	4	0
davon bestanden	4	0
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse		§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)		§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	§ 7 Abs. 3	60	§ 7 Abs. 3	0
davon ohne Beanstandungen	588	60	1.008	0
davon mit Beanstandungen	578	0	979	0
- darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität*	10	0	29	0
- darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung*	0	0	10	0
- darunter mit unvollständiger Dokumentation *	0	0	2	0
	10	0	17	0

Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess	2013	2012
Anzahl abrechnender Praxen (III. Quartal)	112	128
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	108	113
davon ohne Auffälligkeiten	61	56
davon mit Auffälligkeiten	49	57
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	25	31
davon ausreichend begründete Stellungnahmen	25	28
davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	3
Anzahl Kolloquien	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 9	2013	2012		
Anzahl Ärzte, die 2012 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	138	0		
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2012 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt 305	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2 301	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt 0	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2 0

D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

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. Dies betrifft im Einzelnen folgende Bereiche/Gebührenordnungspositionen (GOP):

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) bzw. 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 Orthopädie 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 diese Untersuchungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben. Interessierte Ärzte müssen auch hierfür einen Antrag bei ihrer KV stellen. Die Abrechnung dieser Gebührenordnungspositionen wird auf Antrag auch dann gewährt, wenn eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung nachgewiesen werden kann. Dies betrifft die GOP 03350 – 03352 EBM.

D. 4 Krebsfrüherkennung 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 die GOP 01735 EBM „Beratung gemäß Paragraph 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in Paragraph 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 Gebührenordnungspositionen: 01821,

01822, 01828 EBM „Empfängnisregelung“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat.

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

D. 6 Neuropsychologische Übungsbehandlung

Die Abrechnung von Leistungen der „neuropsychologischen 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

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.

Leistung		Diabetischer Fuß	Funktionsstörung der Hand	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	Krebsfrüherkennung bei der Frau	Empfängnisregelung	Neuropsychologische Übungsbehandlung	Physikalische Therapie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2013	1.508	485	346	809	783	89	93
	2012	1.514	477	356	848	840	93	97
Anzahl beschiedener Anträge	2013	64	40	6	6	8	3	3
	2012	65	40	2	5	3	2	2
davon Genehmigungen	2013	57	39	5	6	7	3	3
	2012	56	40	1	3	2	2	2
davon Ablehnungen	2013	7	1	1	0	1	0	0
	2012	9	0	1	2	1	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2013	0	0	0	0	0	0	0
	2012	0	0	0	0	0	0	0

E. RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

	ADHS	Akupunktur	Ambulantes Operieren	Apheresen	Arthroskopie	Balneophototherapie	Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	Computertomographie
Rechtsgrundlage	§ 73c SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 1 § 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV § 136	§ 135 Abs. 2 § 136
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)								
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG	✓		✓				✓	
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG			✓				✓	
REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE						✓	✓	
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelmäßige Prüfung)		✓	✓		✓	✓	✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG		✓	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓	✓						
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION							✓	
RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓	✓	(✓)	✓	✓		✓	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)		✓	(✓)		✓		✓	✓

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

	Magnetresonanztomographie	Magnetresonanztomographie der Mamma	Magnetresonanztomographie Angiographie	Mammographie (kurativ)	Mammographie-Screening	Medizinische Rehabilitation	Molekulargenetik	Neuropsychologische Therapie	Nuklearmedizin
Rechtsgrundlage	§ 75 Abs. 7 § 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 2	Anlage 9.2 BMV § 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)				✓	✓				
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG	✓	✓			✓				
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG	✓				✓		✓	✓	
REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE				✓	✓		✓		
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	(✓)
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL				✓	✓		✓		
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION					✓		✓		
RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	(✓)
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	(✓)

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

Onkologie	Osteodensitometrie	Otoakustische Emissionen	Photodynamische Therapie	Phototherapeutische Keratektomie	Psychotherapie - Richtlinienverfahren - Psychosomatik	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Schmerztherapie	Sozialpsychiatrie	Soziotherapie	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	Strahlentherapie	Substitution
Anlage 7 BMV	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 82 Abs. 1, geregelt in Anlage 1 BMV § 92 Abs. 6a	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 85 Abs. 2, § 43a, geregelt in Anlage 11 BMV	§ 137a	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓		✓	✓		✓	✓			✓	✓	
✓							✓	✓				✓
✓					✓		✓	✓	✓			✓
	✓					✓	✓				✓	✓
✓			✓	✓		(S)	✓				✓	✓
✓							✓	✓				✓
✓								✓				✓
			✓	✓	✓	(S)	✓	✓			✓	✓
			✓	✓		(S)					✓	✓

	Ultraschall allgemein	Ultraschall Säuglingshüfte	Vakuumbiopsie der Brust	Zytologie
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)	✓			✓
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	✓	✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG			✓	✓
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG		✓		✓
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE	✓			
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelmäßige Prüfung)	✓	✓	✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	✓	✓	✓	✓
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL				✓
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION				✓
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓	✓	✓	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	✓	✓	✓	✓

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3274