

Qualitätsbericht 2009

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg



Alles Gute.

KVBW 

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor Ihnen liegt der Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) für das Berichtsjahr 2009. Mit unserem Qualitätsbericht wollen wir nicht nur unserer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, sondern darüber hinaus auch die Politik, Vertragspartner, Mitglieder und Öffentlichkeit über die vielfältigen qualitätssichernden und -fördernden Maßnahmen der KVBW informieren.



Die Entwicklung der qualifikationsgebundenen Leistungsbereiche in der ambulanten vertragsärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Versorgung zeigt den ständig wachsenden Stellenwert der Behandlungsqualität in der ambulanten Patientenversorgung. Durch die verschiedenen Maßnahmen zur Qualitätsförderung und Qualitätssicherung sorgen wir für eine hohe Versorgungsqualität im ambulanten Sektor in Baden-Württemberg. So ist der Bereich der Qualitätssicherung längst zu einem Kerngeschäft der Kassenärztlichen Vereinigungen geworden. Der Qualitätsbericht gibt einen detaillierten Überblick zu den qualifikationsgebundenen Leistungsbereichen. Außerdem wird über aktuelle Entwicklungen informiert.

So mussten im Zuge der zum 1. Januar 2004 eingeführten gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V erstmals zum 30. Juni 2009 alle Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die zum Stichtag fünf Jahre vertragsärztlich beziehungsweise vertragspsychotherapeutisch tätig waren, einen Fortbildungsnachweis vorlegen. Näheres hierzu finden Sie im redaktionellen Teil des Qualitätsberichts.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben setzt die KVBW auch Qualitätssicherungs-Kommissionen mit besonders erfahrenen Experten ein. In der vorliegenden Ausgabe des Qualitätsberichts finden Sie wieder Interviews zu ausgewählten Versorgungsbereichen.

Durch ein vielfältiges Serviceangebot für ihre Mitglieder trägt die KVBW zur Weiterentwicklung und Förderung der Versorgungsqualität im Lande bei. Neben einem breit gefächerten Fortbildungsangebot für ihre Mitglieder und deren Praxispersonal fördert die KVBW auch seit vielen Jahren die Qualitätszirkelarbeit und damit den interkollegialen Erfahrungsaustausch.

Ich freue mich über Ihr Interesse an unserem Qualitätsbericht und bin für Feedback dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Wolfgang Herz'.

Dr. Wolfgang Herz
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	01
1. Einführung	06
1.1 Entwicklung genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989 – 2009	07
2. Berichte aus der Versorgung	08
2.1 Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen	09
2.2 Interview zum Versorgungsbereich Ultraschall Säuglingshüfte	10
3. Qualitätsförderung	12
3.1 Aktuelle Themen	12
3.1.1 AQUIK	12
3.1.2 Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V	13
3.1.3 Blutreinigungsverfahren/Dialyse	14
3.1.4 HIV-Aids-Vereinbarung	16
3.1.5 Histopathologie Hautkrebs-Screening	16
3.1.6 Vakuumbiopsie der Brust	17
3.1.7 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	18
3.1.8 Ultraschall-Vereinbarung	18
3.1.9 Onkologie	19
3.1.10 ADHS-Vertrag	19
3.1.11 Qualitätsmanagement-Richtlinie – Ergebnisse der Stichprobe 2009	21
3.2 Qualitätszirkel	23
3.3 Ausblick und Qualitätsziele 2010	25
3.4 Interview zum Versorgungsbereich Mammographie-Screening	26
4. Qualitätssicherung Vertragsärztlicher Leistungen	28
4.1 Erteilte Genehmigungen 2009 zu 2008	28
5. Service	31
5.1 Fortbildungsveranstaltungen	31
5.2 Patientensicherheit: Hygiene und Medizinprodukte	32
5.3 Patientenservice	36
5.3.1 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen	36
5.3.2 MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit	37
6. Kommissionen der Qualitätssicherung	39

Anhang

A	Qualitätssicherung	41
A.1	Theorie und Umsetzung der Qualitätssicherung	41
A.2	Kommissionen der Qualitätssicherung	45
B	Arztstruktur (Stand 31.12.2009)	48
C	Genehmigungsbereiche von A – Z	50
C.1	Akupunktur	50
C.2	Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	53
C.3	Ambulante Operationen	55
C.4	Arthroskopie	56
C.5	Blutreinigungsverfahren/Dialyse	58
C.6	Erweitertes Neugeborenen-Screening	60
C.7	Herzschrittmacher-Kontrolle	61
C.8	Hautkrebs-Screening	62
C.8.1	Histopathologie	62
C.8.2	Hautkrebs-Screening (Früherkennung)	63
C.9	HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen	64
C.10	Interventionelle Radiologie	66
C.11	Invasive Kardiologie	68
C.12	Koloskopie	71
C.13	Künstliche Befruchtung	75
C.14	Laboratoriumsuntersuchungen	76
C.15	Langzeit-EKG-Untersuchungen	77
C.16	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)	78
C.17	Magnetresonanztomographie-Angiographie	81
C.18	Mammographie (kurativ)	83
C.19	Mammographie-Screening	86
C.20	Medizinische Rehabilitation	88
C.21	Onkologie	89
C.22	Otoakustische Emissionen	90

C.23	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	91
C.24	Phototherapeutische Keratektomie	92
C.25	Psychotherapie	93
C.26	Schlafbezogene Atmungsstörungen	95
C.27	Schmerztherapie	96
C.28	Sozialpsychiatrie	97
C.29	Soziotherapie	97
C.30	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	98
C.31	Strahlendiagnostik/-therapie	99
C.31.1	Allgemeine Radiographie	100
C.31.2	Computertomographie	102
C.31.3	Osteodensitometrie	104
C.31.4	Strahlentherapie	104
C.31.5	Nuklearmedizin	105
C.32	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	106
C.33	Ultraschalldiagnostik	108
C.34	Vakuumbiopsie der Brust	115
C.35	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri	116
D	Genehmigungen auf Grundlage des EBM	118
D.1	Chirotherapie	118
D.2	Diabetischer Fuß	118
D.3	Funktionsstörung der Hand	118
D.4	Orientierende Entwicklungsneurologie	118
D.5	Krebsfrüherkennung bei der Frau	119
D.6	Empfängnisregelung	119
D.7	Neurophysiologische Übungsbehandlung	119
D.8	Physikalische Therapie	119
E	DMP	121
F	Rechtsgrundlagen und Instrumente	126

1. EINFÜHRUNG

Sicherstellung der hohen Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung für die Bevölkerung in Baden-Württemberg

Die Qualität im ambulanten Versorgungsbereich unterliegt einer stetigen Entwicklung. Zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zählt, die Qualität nachhaltig zu fördern und zu sichern.

Die ambulant tätigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten müssen ihre Qualifikation wie keine andere Berufsgruppe ständig unter Beweis stellen. Sie unterliegen einer permanenten Qualitätskontrolle durch die Kassenärztliche Vereinigung. So wird eine flächendeckende Patientenversorgung auf höchstem Niveau sichergestellt.

Viele diagnostische und therapeutische Leistungen unterliegen einem Qualifikationsvorbehalt. Diese Leistungsbereiche dürfen von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur erbracht und abgerechnet werden, wenn die fachliche Befähigung nachgewiesen wurde. Die Kassenärztliche

Vereinigung erteilt bei Nachweis der Qualifikationsvoraussetzungen eine Genehmigung. Die Qualität der erbrachten Leistungen wird durch vielfältige Maßnahmen durch die Kassenärztliche Vereinigung geprüft.

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

Der Qualitätsbericht 2009 belegt die vielfältigen Maßnahmen der KVBW zur Förderung und Sicherung der Qualität in der Patientenversorgung. Er gibt einen detaillierten Überblick über die erteilten Genehmigungen zu Erbringung qualifikationsgebundener Leistungen, über die Anzahl der bearbeiteten Anträge und die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätsprüfungen. Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben stehen der KVBW unterstützend Qualitätssicherungskommissionen zur Verfügung. Diese Kommissionen setzen sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Experten zusammen.

1.1 ENTWICKLUNG GENEHMIGUNGSPFLICHTIGER LEISTUNGSBEREICHE 1989 – 2009

Jahr	Leistungsgebiete
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Chirotherapie • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Mammographie • Onkologie • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
1990-1993	<ul style="list-style-type: none"> • Apherese • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Psychotherapie • Röntgen • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Schlafapnoe • Substitution • Ultraschall • Zytologie
1994-1997	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthrotherapie • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
1998-2001	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthrotherapie • Chirotherapie • Dialyse • Herzschrittmacher • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
2002-2005	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthrotherapie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Herzschrittmacher • interven. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Amb. Operieren • Apherese • Arthrotherapie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 1 • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Herzschrittmacher • interven. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Mam.-Screening • MR-Angiographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Psychotherapie • PTK • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Amb. Operieren • Apherese • Arthrotherapie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Asthma/COPD • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 1 • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Herzschrittmacher • interven. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Mam.-Screening • MR-Angiographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Psychotherapie • PTK • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Amb. Operieren • Apherese • Arthrotherapie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Asthma/COPD • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 1 • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Hautkrebs-Screening • Herzschrittmacher • HIV/AIDS • Homöopathie • interven. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Mam.-Screening • MR-Angiographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Psychotherapie • PTK • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Zytologie
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Amb. Operieren • Apherese • Arthrotherapie • Chirotherapie • Diabetischer Fuß • Dialyse • DMP Asthma/COPD • DMP Brustkrebs • DMP Diab. m. Typ 1 • DMP Diab. m. Typ 2 • DMP KHK • Handchirurgie • Hautkrebs-Screening • Herzschrittmacher • Histopathologie HKS • HIV/AIDS • Homöopathie • interven. Radiologie • invasive Kardiologie • Kernspintomographie • Koloskopie • Labor • Langzeit-EKG • Lithotripsie • Mammographie • Mam.-Screening • MR-Angiographie • Onkologie • Otoakust. Emissionen • PDT • Physik. med. Leistung • Psychotherapie • Psychotherapie • PTK • Rehabilitation • Röntgen • Schlafapnoe • Schmerztherapie • Sozialpsychiatrie • Sozialpsychiatrie • Substitution • Ultraschall • Vakuumbiopsie/Brust • Zytologie

2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

Nach dem Sozialgesetzbuch hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg im Einvernehmen mit den Krankenkassen einen Bedarfsplan für eine flächendeckende ambulante vertragsärztliche Versorgung im Lande aufzustellen. Der Bedarfsplan legt fest, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten je Fachgruppe auf wie viele Einwohner vorzusehen sind, um eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Mit der Zulassung erhält der Arzt beziehungsweise Psychotherapeut die Berechtigung und Verpflichtung zur Behandlung von Kassenpatienten. Die an

der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen außerdem einer umfassenden Fortbildungsverpflichtung.

Neben den zugelassenen Ärzten nehmen auch angestellte Ärzte und ermächtigte Ärzte (meist angestellte Krankenhausärzte) an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der im jeweiligen Fachgebiet an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in Baden-Württemberg.

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

Fachgebiet	Zugelassen	Angestellt	Summe	Ermächtigt*
Allgemeinmedizin	5.409	277	5.686	11
Anästhesiologie	316	39	355	147
Augenheilkunde	622	41	663	17
Chirurgie	461	41	502	271
Frauenheilkunde	1.227	94	1.321	146
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	449	17	466	22
Haut- und Geschlechtskrankheiten	414	36	450	12
Innere Medizin – Hausärztlich	1.398	83	1.481	7
Innere Medizin – Fachärztlich	951	69	1.020	362
Kinder- und Jugendmedizin	786	63	849	99
Kinder- und Jugendpsychiatrie	97	3	100	15
Kinder- und Jugendpsychotherapie	368	5	373	14
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	75	70	145	14
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	136	2	138	5
Nervenheilkunde/Neurologie/ Psychiatrie	651	55	706	88
Neurochirurgie	52	10	62	9
Nuklearmedizin	49	7	56	7
Orthopädie	668	36	704	59
Pathologie	80	11	91	7
Physikalische und Rehabilitative Medizin	54	9	63	0
Psychologische Psychotherapie	1.597	31	1.628	10
Psychotherapeutische Medizin	736	12	748	15
Radiologie/Strahlentherapie	281	91	372	119
Urologie	304	15	319	29
Gesamtzahl	17.181	1.117	18.298	1.485

Quelle: Versorgungsbericht KVBW 2009

* Ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten ergänzen im Bedarfsfall die ambulante Versorgung

2.2 INTERVIEW ZUM VERSORGUNGSBEREICH ULTRASCHALL-SÄUGLINGSHÜFTE



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

Sie sind Mitglied der landesweiten Kommission Ultraschall-Säuglingshüfte und der regionalen Qualitätsprüfungskommission Ultraschall-Säuglingshüfte der Bezirksdirektion Freiburg. Welche Aufgaben hat die landesweite Kommission?

Die Kommission überwacht die Einhaltung und Umsetzung der von der KBV vorgeschriebenen Prüfkriterien für die Säuglingshüft-Sonographie. Sie stimmt die Bewertung für die einheitlichen Prüfverfahren unter den Prüfern ab.

Welche Kriterien sind dies?

Die Kriterien betreffen die anatomisch korrekte Darstellung der Säuglingshüften im Ultraschallbild, die Auswertung bezüglich einer gesunden oder verzögerten Hüftreife und damit die therapeutische Konsequenz, ob eine Behandlung erforderlich ist oder nicht stattfinden muss.

Welche Erfolge und Fortschritte waren für Sie im vergangenen Jahr von besonderer Bedeutung?

Erfolge im Rahmen der Kommission sind insbesondere, dass bei wiederholt geprüften Ärzten eine deutliche Verbesserung der Qualität sowohl der Bilder wie auch der schriftlichen Dokumentationen zu bemerken ist.

Warum braucht man überhaupt diese Überprüfung?

Die Hüftsonographie ist ein hoch differenziertes Verfahren. Im Laufe von Jahren der Anwendung können sich Fehler bei der Durchführung und Bewertung einschleichen, die durch den Untersucher und Therapeuten selbst nicht erkannt werden. Um dieses aufzudecken und korrigieren zu können, sind die Prüfverfahren geeignet.

Was bedeuten die Fortschritte, die Sie erzielt haben, für die Ärzte und für die Patienten?

Wir erreichen eine bessere Qualität für den Arzt und damit mehr Sicherheit und höhere Effizienz im Umgang mit der Hüftsonographie. Für die kleinen Patienten bedeutet das, dass sie insbesondere durch die richtige Einschätzung des Befundes profitieren und damit im Fall des Falles die notwendige Therapie zum richtigen Zeitpunkt erhalten. Genau so wichtig ist auch ein Verzicht auf eine Therapie, wenn sie eben nicht erforderlich ist.

Gibt es Grundsatzfragen Ihrer Kommission – und wenn ja, welche sind das?

Die anatomischen Eckpunkte, die zurzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung abgeprüft werden, lassen sich mit dem Begriff „Unterrand-Schnitt-Labrum“ bezeichnen. Das ist ein spezieller Ausdruck für das, was alles auf diesem Bild zu sehen sein muss. Diese anatomischen Kriterien reichen aber aus unserer Sicht nicht prinzipiell aus, um wirklich gänzlich ein korrektes Bild zu dokumentieren. In speziellen kritischen Fragestellungen, auch wenn es um gerichtliche Auseinandersetzungen geht, sind dann auch andere anatomische Kriterien, die in dem Bild zu sehen sein müssen, gefordert. Deswegen denke ich, dass es wichtig ist, dass diese Kriterien auch bei der Prüfung Eingang finden.

Wie definieren Sie den Begriff Qualität für Ihre Kommission?

Alle Prüfungen müssen mit gleichen Maßstäben und gleicher Sorgfalt ausgeführt werden, um eine korrekte Bewertung zu erzielen. Die Prüfungen sollten dem Ausführenden der Säuglingssonographie eine Hilfestellung zur Selbstkontrolle und Verbesserung der Untersuchung geben.

Nun sind die Ärzte ja auch zu Dokumentationen verpflichtet. Das ist mitunter eine lästige Pflicht. Sind sie trotzdem von Vorteil?

Die Dokumentationen sind bei der Säuglingshüft-Sonographie auf keinen Fall erlässlich. Ein Verlauf einer Hüfttreifungsstörung lässt sich nur anhand korrekter Dokumentationen ablesen. Erst damit wird eine korrekte Therapie möglich.

Wie beurteilen Sie die Akzeptanz ihrer Kommissionsarbeit bei den Ärzten?

Die Ärzteschaft unterliegt ja allgemein eher zu vielen Prüfverfahren, Stichwort „Prüforgie“. Die Akzeptanz zunehmender Prüfverfahren ist nicht besonders groß. Wir alle sind froh, nicht alle vier Jahre das Abitur neu ablegen zu müssen. In einzelnen wichtigen Fällen kommt es jedoch zu einem intensiven Gespräch und damit zur Verbesserung der Kommunikation. So habe ich auch schon sehr positive Resonanz auf die Prüfverfahren erlebt.

Wie beurteilen Sie die „Refresher Kurse“, die die KVBW neuerdings anbietet?

Ich persönlich halte sie für sehr gut. Es gibt einen großen Zustrom zu den Veranstaltungen. Die Hüftsonographie ist ein handwerkliches Verfahren und lässt sich am leichtesten durch Anleitung und Übung verbessern. Es ist ja auch so, dass im Laufe von vielen Jahren Kenntnisse auch wieder schwinden können. Da gibt es immer wieder Aha-Erlebnisse für jeden, der einen Auffrischkurs Säuglingssonographie belegt.

Haben sich im Laufe der Jahre eventuell die Systematik der Sonographie oder die Bildgebung verändert und damit auch die Anforderungen an den Arzt?

Im Prinzip hat sich die sonographische Darstellung eines Hüftgelenkes überhaupt nicht verändert. Die Technik der Geräte hat sich verbessert und die Sichtbarkeit der anatomischen Eckpunkte, die wir beurteilen im hüftsonographischen Bild, lassen sich natürlich dann besser erkennen, wenn man ein modernes Gerät hat.

Was ist Ihnen besonders wichtig im Rahmen der Qualitätssicherung?

Regelprüfverfahren sollten nicht zu häufig durchgeführt werden, weil sie dann nicht mehr unbedingt zur Qualitätsverbesserung beitragen, sondern eher zur geringeren Akzeptanz bei den Geprüften. Die Prüfungen sind sehr anonym und wirken auf viele Kollegen bedrohlich. In einigen Fällen ist dann der Griff zum Telefonhörer für ein persönliches Gespräch zur Besprechung der Ergebnisse sehr hilfreich und erleichtert die Umsetzung von Verbesserungen, was ja unser Hauptziel ist.

3. QUALITÄTSFÖRDERUNG

3.1 AKTUELLE THEMEN

3.1.1 AQUIK

In einem zunehmend wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem und der damit einhergehenden Weiterentwicklung der Vertrags- und Versorgungsstrukturen nimmt die Frage der Qualität der ärztlichen Leistung einen immer höheren Stellenwert ein.

Neben den bisherigen Kriterien – der Menge der erbrachten Leistungen und der Morbidität der behandelten Patienten – wird zunehmend als Bemessungsgrundlage für die Vergütung auch das Merkmal Qualität diskutiert. Um Qualität messen, analysieren, bewerten und in der Konsequenz Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung ableiten zu können, sind valide Instrumente erforderlich.

Ziel des Projektes „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) war es, solche Instrumente zu entwickeln. Unter Nutzung internationaler und nationaler Expertisen wurden in Anwendung befindliche Qualitätsindikatoren mit Relevanz für den ambulanten deutschen Versorgungskontext recherchiert. Im Rahmen eines strukturierten und moderierten Fachgruppenprozesses wurden diese Indikatoren von Fachgruppenexperten auf Relevanz und Machbarkeit bewertet und in einem weiteren Schritt in Praxen auf Datenverfüg-

barkeit und -abrufbarkeit getestet. Im Ergebnis steht nunmehr ein Set von 48 strukturiert entwickelten und validen, fachgruppenspezifischen und fachgruppenübergreifenden sowie patientenorientierten und qualitätsmanagementbezogenen Qualitätsindikatoren für die Anwendung in verschiedenen Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung.

Mit der Nutzung von Qualitätsindikatoren wird dazu beigetragen, die Resultate der vielfältigen Qualitätssicherungs- und Entwicklungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung transparent und öffentlich zu machen.

Was sind Qualitätsindikatoren?

Qualitätsindikatoren sind Messzahlen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Sie ermöglichen Aussagen zu den drei Dimensionen von Versorgungsqualität: Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität. Qualitätsindikatoren können sich dabei sowohl auf Anteile und Häufigkeiten beziehen, als auch auf Einzelergebnisse oder qualitative Aussagen. Sie bilden dabei immer nur einzelne Aspekte von Versorgungsabläufen ab. Als quantitative Messgröße unterstützen sie das Monitoring und die Bewertung von Qualität.

Ausblick und kritische Bewertung

Für die Nutzung der Indikatoren des AQUIK-Sets in der vertragsärztlichen Versorgung stehen aktuell die nachfolgend dargestellten Anwendungsgebiete im Fokus der Überlegungen der KBV:

- Abbildung von Versorgungsqualität (statistische Erhebungen, Qualitätsberichte und Qualitätszirkel).
- Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements (Feedbackberichte und Benchmarking).
- Einbindung in ergänzende Verträge/Vertragsformen
- Qualitätszuschläge im EBM
 - P4T – Pay for Transparency (Vergütung der Darstellung von Versorgungsqualität)
 - P4P – Pay for Performance (Qualitätsorientierte Vergütung)
 - P4O – Pay for Outcome (Ergebnisorientierte Vergütung)

In Abhängigkeit vom Anwendungsgebiet kann der Einsatz von Qualitätsindikatoren verbindlich oder auf freiwilliger Basis gestaltet werden.

Insbesondere die Möglichkeit der Verknüpfung der Qualitätsindikatoren mit der Höhe der Vergütung führt innerhalb der Ärzteschaft zu einer nicht immer emotionslos geführten Diskussion. Für den fachärztlichen Bereich wurden nur wenige Indikatoren in das AQUIK-Register aufgenommen. Die Befürchtung scheint daher nicht unbegründet, dass der hausärztliche Versorgungsbereich bei Verknüpfung der Indikatoren mit dem Honorar finanziell profitieren könnte. Außerdem ist es fraglich, inwieweit mit den Indikatoren tatsächlich die Qualität

der ärztlichen Leistung abgebildet wird und ob durch Einführung von Qualitätsindikatoren die Qualität der Versorgung erhöht werden kann. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg hat sich im Oktober 2009 mit dem Projekt AQUIK auseinandergesetzt. Die Vertreterversammlung sah die Entwicklung sehr kritisch und lehnte in einer entsprechenden Resolution insbesondere die Koppelung von Qualitätsindikatoren mit Transparenzkonzepten und vor allem mit der Vergütungssystematik ab.

Das gesamte AQUIK Qualitätsindikatorenset liegt auf der Homepage der KBV zum Download bereit: <http://www.kbv.de/aquik.html>

3.1.2 Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V

Das medizinische Wissen entwickelt sich rasant, täglich wachsen die Erkenntnisse über neue und bisher eingesetzte Behandlungsmethoden. Eine qualitativ hochwertige Behandlung durch einen Arzt verlangt, dass er sein Wissen fortlaufend dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse anpasst. Ärzte sind nach landesrechtlichen Vorschriften zwar verpflichtet, sich fortzubilden, sie mussten das bisher jedoch nicht nachweisen. Mit der Gesundheitsreform hat sich das geändert.

Zum 1. Januar 2004 wurde die Fortbildungsverpflichtung auch in das SGB V aufgenommen und ist nicht mehr nur eine berufsrechtliche Anforderung. Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bedeutet dies, dass ein Nachweis ihrer Fortbildung alle fünf Jahre gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geführt werden muss. Da die Regelung auch für Ermächtigte und Ange-

stellte gilt, mussten alle, die seit dem 30. Juni 2004 in der ambulanten Versorgung tätig sind, den Nachweis erstmals zum 30. Juni 2009 führen.

Im geforderten Fünfjahres-Zeitraum sind über ein Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer beziehungsweise Landespsychotherapeutenkammer 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen. 50 Punkte können aus dem Eigenstudium anerkannt werden, alle weiteren Punkte müssen über von den Kammern anerkannten Fortbildungen gesammelt werden. Hierbei ist es nicht relevant, ob die Punkte über anerkannte Veranstaltungen oder anerkannte Online-Fortbildungen erworben werden.

Eine Unterbrechung des Fortbildungszeitraums ist nur in wenigen gesetzlich geregelten Fällen möglich und bei der KV zu beantragen.

Kann der Fortbildungsnachweis zum Stichtag nicht erbracht werden, ist die KV dazu verpflichtet, das Honorar des Vertragsarztes oder des Vertragspsychotherapeuten zu kürzen. In den ersten vier Quartalen, die auf den Fünf-Jahres-Zeitraum folgen, wird das Honorar jeweils um zehn Prozent gekürzt, in den darauf folgenden Quartalen um jeweils 25 Prozent. Die Honorarkürzung endet erst nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige

Fortbildungsnachweis erbracht wurde. Ist nach zwei Jahren der Nachweis noch nicht erbracht, soll die KV laut Gesetz beim Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entzug der Zulassung stellen.

Die KVBW schreibt die betroffenen Mitglieder mindestens drei Monate vor den jeweiligen Fristenden an und erinnert an die Nachweispflicht.

Umsetzungsstand § 95d SGB V per 30. Juni 2009			
KV	Anzahl Nachweispflichtiger	Anteil der Nachweispflichtigen mit Zertifikat	Anzahl Honorarkürzungen
Baden-Württemberg	14.787	14.435	352

Stand: 26.04.2010

3.1.3 Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse ist in das dritte Jahr gegangen. Die Datenübermittlungswege von der Dialyseeinrichtung über die Kassenärztliche Vereinigung zum Zentralen Datenanalysten und wieder zurück sind mittlerweile zur Routine geworden. Ende 2009 haben in Baden-Württemberg 78 Einrichtungen knapp 8.317 Dialysefälle gemeldet.

Die Qualitätssicherungskommission Dialyse wurde bereits 2007 eingerichtet und konnte 2008 auf Grundlage der seit Ende 2007 quartalsweise erscheinenden Rückmeldeberichte erste Erfahrungen hinsichtlich möglicher Kriterien zur Aufnahme von Stichprobenprüfungen und gegebenenfalls zur Einleitung anschließender qualitätsfördernder Maßnahmen machen. In zwei von der KBV veranstalteten Workshops hatte die Qualitätssicherungskommission BW zudem Gelegenheit, sich über aktuelle Entwicklungen zu informieren und sich mit den Kommissionen der anderen KVen auszutauschen, auch um sich auf eine gemeinsame Vorgehensweise zu verständigen.

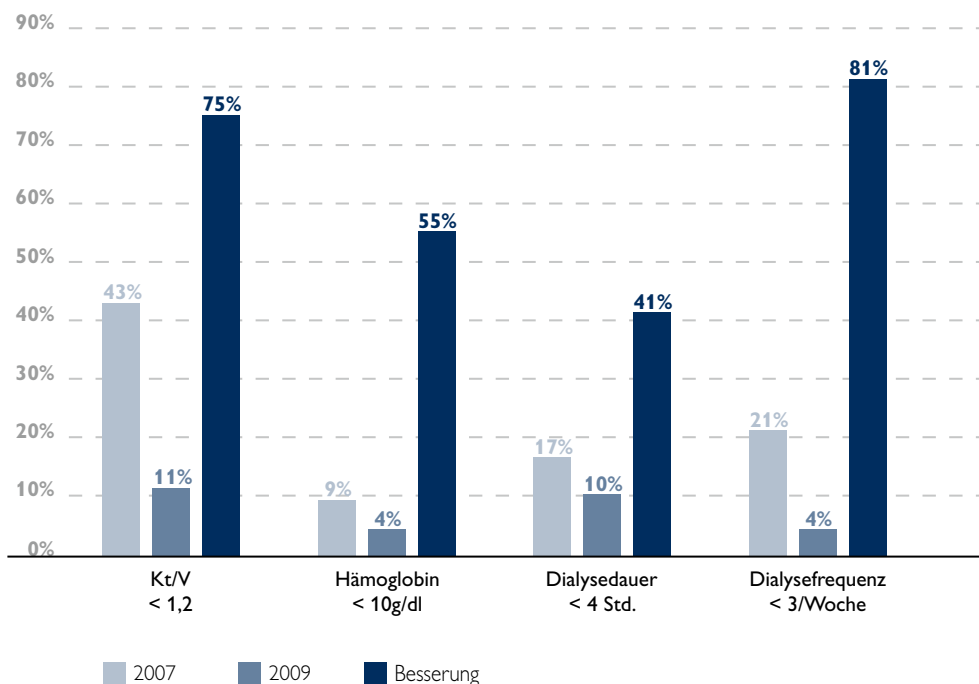
Der Gemeinsame Bundesausschuss begleitet die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse in einer Arbeitsgruppe. Die dort gewonnenen Erkenntnisse sollen in eine für 2010 geplante Überarbeitung einfließen. Darüber hinaus soll die Möglichkeit einer Längsschnittdarstellung geschaffen werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen wurden jetzt mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch Einführung des § 299 SGB V gesetzt. Danach dürfen Sozialdaten zum Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auch ohne Einwilligung des Patienten erhoben und verarbeitet werden.

Im Frühjahr 2009 ist der erste Jahresbericht (zu 2007) des Zentralen Datenanalysten MNC herausgekommen (www.g-ba.de/downloads/17-98-2645/2008-11-20_Jahresbericht2007-dialyse.pdf), der Bericht zu 2008 wurde im September 2009 veröffentlicht (www.g-ba.de/downloads/40-268-970/2009-08-20-Jahresbericht2008-Dialyse_Bericht.pdf). Die Berichte für 2009 zeigen für Baden-

Württemberg eine fortlaufend äußerst positive Tendenz. Verglichen mit den Ergebnissen von 2007 haben sich die Anteile der auffälligen Dialyseeinrichtungen in Baden-Württemberg in allen vier Kernparametern zur Hämodialyse verringert. Eine Dialyseeinrichtung wird dann auffällig, wenn je Qualitätsparameter bei mehr als 15 Prozent der behandelten Patienten die vorgegebenen Grenzwerte für den jeweiligen Parameter nicht erreicht wurden. So konnte beispielsweise der Anteil der Einrichtungen, die über 15 Prozent der Patienten mit einem Kt/V-Wert (Parameter, um die Dialyseeffektivität zu bestimmen) unter 1,2 haben, in Baden-Württemberg von 43 um fast Dreiviertel auf etwa 11 Prozent gesenkt werden. Ein besonderes Qualitätskriterium für eine gute Dialysebehandlung

ist eine Dialysedauer von mehr als vier Stunden. Hier konnte der Anteil der Dialysepraxen, die nicht diese Mindestdauer einhalten, von 21 auf 4 Prozent um 80 Prozent gebessert werden.

Betrachtet man die Ergebnisse quartalsweise auf Patientenebene, so zeigt sich seit Beginn der verpflichtenden Datenübermittlung im 3. Quartal 2007 bis Ende 2009 ein kontinuierlicher Rückgang der Anteile von Dialysepatienten, die kürzer als vier Stunden und seltener als dreimal pro Woche dialysiert wurden. Hierbei handelt es sich um die Parameter, die eine besonders schonende Entgiftung und Entwässerung der niereninsuffizienten Patienten darstellen und gleichzeitig direkte Auswirkungen auf den Ressourceneinsatz der Dialysepraxis haben.



Zur Erreichung der aufgeführten Verbesserungen hat die zuständige QS-Dialyse-Kommission allein im Jahre 2009 62 Stellungnahmen von Einrichtungen angefordert. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit von Beratungsgesprächen, die bislang fünf Mal geführt wurden.

Die vier Kernparameter der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse beziehen sich ausnahmslos auf die Prozessqualität. Die KV Baden-Württemberg vertritt die Auffassung, dass die hier dargestellte verbesserte Prozessqualität auch tatsächlich Auswirkungen auf die Ergebnisqualität, also auf die Lebensqualität und Überlebensdauer der dialysepflichtigen Patienten zulässt.

3.1.4 HIV-/Aids-Vereinbarung

Zum 1. Januar 2009 trat die Qualitätssicherungsvereinbarung „HIV/Aids“ in Kraft. Sie löste die mit der AOK Baden-Württemberg bestehende Vereinbarung aus dem Jahr 2008 ab. Ziel der Vereinbarung ist eine dem aktuellen Stand der medizinischen

Wissenschaft entsprechende leitliniengerechte Steuerung und Durchführung der Behandlung und Betreuung HIV-infizierter und an Aids erkrankter Patientinnen und Patienten in allen Krankheitsstadien sicherzustellen.

Als fachliche Voraussetzungen für die Genehmigung sind nachzuweisen:

- Die Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere und Allgemeinmedizin“, „Allgemeinmedizin“, „Innere Medizin“, der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ oder Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ oder „Arzt“ (ohne Gebietsbezeichnung),
- mindestens halbjährige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten,
- selbstständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst,
- theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung.

Für die Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation ist die Betreuung von durchschnittlich 25 HIV/AIDS Patienten je Quartal nachzuweisen sowie der Erwerb von jährlich 30 Fortbildungspunkten zum Themenkomplex HIV/Aids.

zu erstellenden ärztlichen Dokumentation lässt sich im Rahmen der vorgesehenen Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigung beurteilen, ob im Einzelfall eine leitliniengerechte Behandlung stattgefunden hat.

In der Vereinbarung sind einheitliche Dokumentationsstandards vorgegeben. Grundlage hierfür waren die in einigen Regionen bereits eingesetzten und mit dem Robert Koch-Institut abgestimmten Dokumentationsinstrumente. Aus der quartalsweise

Für Ärzte, die bereits in der Vergangenheit an einem regionalen Strukturvertrag teilgenommen hatten, gibt es einen vereinfachten Übergang vom Strukturvertrag auf die Qualitätssicherungsvereinbarung.

3.1.5 Histopathologie Hautkrebs-Screening

Zum 1. Oktober 2009 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Beurteilung histopathologischer Präparate beim Hautkrebs-Screening in Kraft getreten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte den Abschluss einer derartigen Vereinbarung im Rahmen der Einführung des Hautkrebs-Screenings empfohlen.

Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Pathologie beziehungsweise Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Zusatzbezeichnung Dermatohistologie, die spezifische Berufserfahrungen im Bereich Dermatohistopathologie nachweisen können.

Für Fachärzte für Pathologie sind dies die Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen Präparaten, für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ der Nachweis über die Befundung von mindestens 6.000 dermatohistologischen Präparaten. Für beide Arztgruppen gilt zusätzlich, dass mindestens 1.000 Befundungen in den letzten 24 Monaten vor Antragsstellung durchgeführt wurden. Alternativ wird eine fachspezifische dermatohistologische Fortbildung im genannten Zeitraum mit mindestens acht Fortbildungspunkten oder eine entsprechend KV-zertifizierte Veranstaltung anerkannt. Zusätzlich ist die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen nachzuweisen. Für die Archivierung von Gewebeproben, Schnitten und Befunden sowie die Dokumentation gelten besondere Bestimmungen.

3.1.6 Vakuumbiopsie der Brust

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich in einer Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zum 1. Oktober 2009 auf die Bedingungen zur einheitlichen Qualitätssicherung bei Vakuumbiopsien der Mamma verständigt.

Teilnahmeberechtigt sind Ärzte mit der Genehmigung zur Durchführung der kurativen Mammographie oder Ärzte, die berechtigt sind, im Rahmen des Mammographie-Screenings Mammographien zu erbringen oder Stanzbiopsien durchzuführen. Zusätzlich müssen diese die selbstständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung nachweisen.

Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung ist der Nachweis von 25 Vakuumbiopsien pro Jahr vorgesehen.

Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung muss die persönliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten innerhalb von zwölf Monaten nachgewiesen werden; Befunde von Privatpatienten können angerechnet werden. Der Nachweis ist erstmalig zum 1. Oktober 2010 zu führen.

Die KVBW überprüft jährlich bei mindestens vier Prozent der Ärzte anhand von jeweils zehn schriftlichen Dokumentationen und den dazugehörigen histopathologischen Präparaten, ob die Dokumentation vollständig und die Befundung nachvollziehbar ist.

Als apparative Voraussetzungen werden unter anderem eine digitale Mammographieeinrichtung sowie technikgestützte Nadelführung gefordert. Analoge Mammographieeinrichtungen dürfen bis zum 30. Juni 2012 weiterverwendet werden. Die Mindestinhalte der ärztlichen Dokumentation sind festgelegt; die KVBW muss die Dokumentation alle zwei Jahre auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüfen.

Die Vereinbarung sieht vor, dass eine Vakuumbiopsie nach mammographischer und sonographischer Abklärung nur bei Veränderungen der BIRADS-Kategorie 4 oder 5 („Best Image Report and Data System“, American College of Radiology – www.acr.org) durchgeführt wird, die sonographisch nicht sichtbar sind. Veränderungen der BIRADS-Kategorie 3 dürfen nur in Ausnahmefällen vakuumbiopsiert werden. Die Vereinbarung enthält ferner Vorgaben zur Durchführung, zum Beispiel zur Anzahl der dabei anzufertigenden Mammographieaufnahmen oder die zu entnehmende Gewebemenge.

3.1.7 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich zum 1. Juli 2009 auf eine neue bundesmantelvertragliche Regelung zur Sozialpsychiatrie-Vereinbarung verständigt. Sie ersetzt die bisherige Vereinbarung für die Ersatzkassen auf Bundesebene und die nur für Baden-Württemberg geltenden Vereinbarungen mit der AOK BW, dem BKK-Landesverband und der IKK Baden-Württemberg und Hessen. Damit bestehen für alle GKV-Versicherten gleiche Anspruchsberechtigungen und einheitliche Teilnahmevoraussetzungen für alle Ärzte.

Die Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwie-

gend 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 sich in der Beschäftigung eines Praxisteam bestehend aus Heilpädagoge und Sozialarbeiter niederschlägt.

Die neue Vereinbarung orientiert sich an der früheren Vereinbarung mit den Ersatzkassen und wurde nur in wenigen Details geändert. Für die Zukunft sieht die Vereinbarung eine standardisierte elektronische Dokumentation und eine Evaluation vor, die Umsetzung ist aber noch nicht in Sicht.

3.1.8 Ultraschall-Vereinbarung

Die Sonographie ist deutschlandweit das am häufigsten eingesetzte bildgebende Verfahren und gängiger Bestandteil der erweiterten klinischen Untersuchung. Sie ist problemlos verfügbar, basiert auf dem Einsatz nichtionisierender Schallwellen und unterliegt im Gegensatz zu anderen Schnittbildverfahren keinen patientenbezogenen Kontraindikationen. Im Jahr 2009 wurden in Baden-Württemberg Sonographien von 10.011 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Haus- und Fachärzten ambulant durchgeführt.

Zum 1. April 2009 ist die neue Ultraschall-Vereinbarung in Kraft getreten. Diese bildet in fachlicher Hinsicht das aktuelle Weiterbildungsrecht und in apparativer Hinsicht den Stand der Technik ab.

Neu eingeführt wurden die Durchführung einer Abnahmeprüfung bei Inbetriebnahme eines Ultraschallgerätes sowie regelmäßige Konstanzprüfungen. Gleichzeitig wurden Übergangsregelungen

bis 31. März 2013 vereinbart. Zur Durchführung der Konstanzprüfung fordert die Kassenärztliche Vereinigung von jedem sonographierenden Arzt im vierjährigen Abstand aktuelle Bilddokumentationen an, die der Qualitätssicherungs-Kommission zur Begutachtung vorgelegt werden. Die Anforderungen an die technische Bildqualität gelten als erfüllt, wenn vorgegebene charakteristische Bildmerkmale des betreffenden Organs beziehungsweise der Körperregion erkennbar und differenzierbar sind. Über festgestellte Mängel wird der Arzt informiert, gegebenenfalls beraten und aufgefordert, diese zu beheben. Die Erfüllung der apparativen Anforderungen ist bis spätestens 31. März 2013 nachzuweisen. Die KVBW hat damit begonnen, zunächst den Nachweis für die Ultraschallsysteme der ältesten Baujahre anzufordern.

Ebenfalls neu sind Basisanforderungen an die ärztliche Dokumentation. Aus dieser müssen zukünftig neben technisch relevanten Parametern wie

Sendefrequenz oder Messwerten die Patienten- und Untersucheridentität, die Fragestellung beziehungsweise Indikation der Untersuchung, Angaben zu einer gegebenenfalls eingeschränkten Beurteilbarkeit, bei pathologischen Befunden eine organ-

spezifische Befundbeschreibung, die (Verdachts-) Diagnose, sowie abgeleitete diagnostische oder therapeutische Konsequenzen hervorgehen. Die KVBW überprüft die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation stichprobenartig.

3.1.9 Onkologie

Zum 1. Oktober 2009 ist eine bundesweite Neuregelung in Kraft getreten; sie ersetzt die bisherige Vereinbarung für die Ersatzkassen auf Bundesebene und die nur für Baden-Württemberg geltenden Vereinbarungen mit AOK BW, BKK-Landesverband und IKK Baden-Württemberg und Hessen. Damit bestehen für alle GKV-Versicherten gleiche Anspruchsberechtigungen und einheitliche Teilnahmevoraussetzungen für alle Ärzte.

Bei den Teilnahmevoraussetzungen hat es im Vergleich zu vorher gravierende Veränderungen gegeben:

An der Vereinbarung darf teilnehmen, wer eine abgeschlossene Weiterbildung mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie oder eine Facharztweiterbildung mit Zusatzbezeichnung

Medikamentöse Tumorthherapie besitzt beziehungsweise eine Facharztweiterbildung absolviert hat, die diese Inhalte umfasst. Darüber hinaus sind relativ hohe Mindestbehandlungszahlen nachzuweisen. Zusätzlich muss der Arzt im Jahr an mindestens zwei industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen teilnehmen. Die onkologischen Kooperationsgemeinschaften sollen zukünftig einen Palliativmediziner enthalten.

Auch wenn zum Zeitpunkt der Niederschrift des vorliegenden Berichts die endgültigen Regelungen der neuen Onkologie-Vereinbarung noch nicht fest stehen, so kann man doch schon jetzt ein Fazit ziehen: Die Vereinbarung wird die onkologische Versorgung in Baden-Württemberg nachhaltig verändern.

3.1.10 ADHS-Vertrag

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

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

Die begleitende Evaluation wird alle drei bis sechs Monate anhand eines Behandlungsstatusberichtes sowie in den vierteljährlich stattfindenden Teamsitzungen der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten sicher gestellt.

Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung), Rechtsgrundlage: §73c SGB V, Gültigkeit: 01.04.2009	
Akkreditierung	✓
Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes/Psychotherapeuten	
Eingangsprüfung	
Kolloquium	
Frequenzregelung	✓
Betreuung von 10 ADHS-Patienten/Quartal	
Rezertifizierung	
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	
Einzelfallprüfung	
Fortbildung/Qualitätszirkel	✓
Nachweis der Teilnahme an ADHS-Teambesprechungen mindestens einmal im Quartal; vier Stunden kontinuierliche themenbezogene Fortbildung im Jahr; Teilnahme an jährlich zwei themenbezogenen Qualitätszirkeln nach § 9 des Vertrages	
Rückmeldesysteme/ Benchmarkberichte	✓
Halbjährlicher Behandlungsstatusbericht gemäß Anlage 11 des Vertrages	
Beratung	

Genehmigungen Stand		
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	ab 01.04.2009	31.12.2009
Anzahl beschiedene Anträge	175	
• davon Anzahl Genehmigungen	175	
• davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	
Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)		
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise nach § 7 (4) erbracht haben	55	
Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten		
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	nicht geprüft*	

* der Prüfbeginn ist Quartal 2/2011

3.1.11 Qualitätsmanagement-Richtlinie – Ergebnisse der Stichprobe 2009

Ausgangssituation

Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren sind seit 2004 verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a Abs. 2 SGB V). Die konkrete Ausgestaltung ist in der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt, die zum 1. Januar 2006 in Kraft getreten ist.

Die QM-Richtlinie beschreibt die Grundelemente und Instrumente des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und definiert den genauen Zeitablauf.

Der Aufbau von QM soll in vier Phasen erfolgen:

Phase 1: Planung

1. Januar 2006 – 31. Dezember 2007
beziehungsweise bis zwei Jahre
nach Niederlassung

Phase 2: Umsetzung

1. Januar 2008 – 31. Dezember 2009
beziehungsweise bis vier Jahre nach
Niederlassung

Phase 3: Überprüfung

im Jahr 2010 beziehungsweise im
fünften Jahr nach Niederlassung

Phase 4: kontinuierliche Weiterentwicklung

ab 2011 beziehungsweise im
sechsten Jahr nach
Niederlassung

Ende 2009 ist die Frist für die Umsetzungsphase (Phase 2) für alle Praxen, die am 1. Januar 2006 eine Zulassung für die vertragsärztliche Versorgung hatten, abgelaufen.

Die Überprüfung des Einführungs- und Entwicklungsstandes von QM erfolgt anhand einer jährlichen Stichprobe.

Durchführung der Stichprobe 2009

Im Dezember 2008 wurden 2,5 Prozent der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der KV BW zufällig ausgewählt und gebeten, ihre Fortschritte bei der Einführung von QM schriftlich darzulegen. Hierzu erhielten 431 Teilnehmer einen Fragebogen und einen Selbstbewertungsbogen, auf dem die QM-Aktivitäten dokumentiert werden sollten.

Die zufällige Auswahl ergab folgende Verteilung: 355 Vertragsärzte, 73 Vertragspsychotherapeuten und drei Medizinische Versorgungszentren. Von insgesamt 23 Fachgebieten waren 22 vertreten; Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin wurden vom Zufallsgenerator nicht ausgewählt.

Wie bereits im Vorjahr war die Rücklaufquote sehr hoch: Nach zwei Erinnerungsrunden haben von den 431 befragten Stichprobenteilnehmern 417 geantwortet. Das ergab zum Stichtag 30. April 2010 eine Rücklaufquote von 96,8 Prozent.

Ergebnisse

Die Auswertung der zurück gesandten Fragebögen hat gezeigt, dass Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg bei der Einführung und Weiterentwicklung von QM bestens aufgestellt sind. Wie im Vorjahr waren die Ergebnisse der Befragung sehr positiv.

Im Einzelnen sah der Umsetzungsstand folgendermaßen aus:

Stand der QM-Umsetzung in Baden-Württemberg 2009

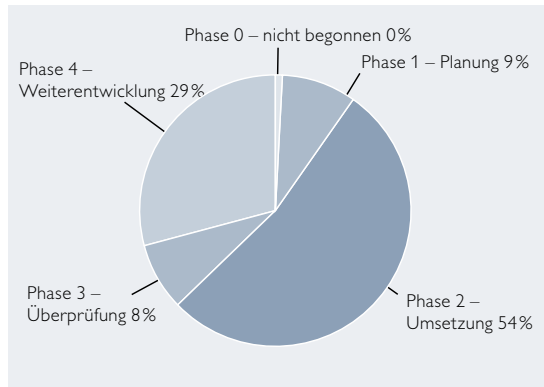


Abb. 1: Stand der QM-Umsetzung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg 2009 (n=417).

Die Teilnehmer an der Stichprobe werden auf Phasenkonformität überprüft – und zwar ausgehend vom Zeitpunkt der Niederlassung und dem von der Richtlinie vorgesehenen Zeitplan. Phasenkonformität ist dann gegeben, wenn sich der Stichprobenteilnehmer in der Phase befindet, in der er laut Richtlinie sein soll. Diese Fragestellung ergab folgende Ergebnisse:

- 7,2 Prozent: nicht phasenkonform, das heißt mit der jeweiligen Phase noch nicht begonnen
- 92,8 Prozent: phasenkonform, davon
 - 9,1 Prozent: in der jeweiligen Sollphase, aber noch nicht abgeschlossen
 - 83,7 Prozent: alle Anforderungen der jeweiligen Sollphase erfüllt und abgeschlossen

Einer näheren Analyse wurden auch die freiwilligen Angaben zu einem gewählten QM-System unterzogen. Die QM-Richtlinie ist systemoffen, das heißt es kann auch eine eigenständige QM-Systematik in der Praxis entwickelt werden. Die Stichprobe hat gezeigt, dass eine klare Mehrheit auf die etablierten QM-Systeme setzt. Insgesamt 280 Stichprobenteilnehmer teilten mit, dass sie ein QM-System nutzen. Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

Auswahl eines QM-Systems

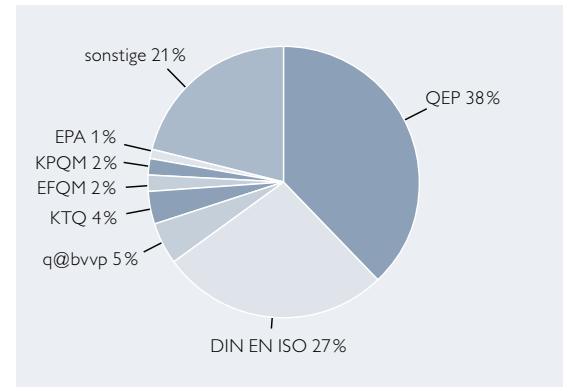


Abb. 2: Ausgewählte QM-Systeme. Ergebnisse aus der Stichprobenziehung der KVBW im Jahr 2009 (n= 280).

Im Rahmen der Stichprobe ließen sich mehrere Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu einzelnen Themen des Qualitätsmanagements beraten. Inhalt der Beratungen waren einerseits die Anforderungen der QM-Richtlinie und andererseits Spezialthemen des QM wie Dokumentation, Patientenbefragungen, Zertifizierung und so weiter.

Ausblick

Am 31. Dezember 2010 endet der erste Fünf-Jahres-Zyklus seit Inkrafttreten der QM-Richtlinie. Die große Mehrheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sollte bis zum Jahresende die Überprüfungsphase (Phase 3) abgeschlossen haben.

Für den gleichen Zeitpunkt wird auch eine Reaktion des G-BA erwartet. Dieser hatte sich vorbehalten, nach Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der QM-Richtlinie den Grad der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen QM und die Wirksamkeit und den Nutzen von QM im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgungsqualität zu überprüfen. Diese Bewertung wird auf Grundlage der durchgeführten Stichproben und der bis dahin vorliegenden Studien über versorgungsrelevante Ergebnisse der Einführung von QM erfolgen. Am Ende soll eine Entschei-

dung getroffen werden über die Akkreditierung von QM-Systemen und über die Notwendigkeit von Sanktionen für den Fall der unzureichenden Einführung und Weiterentwicklung von QM.

Die guten bis sehr guten Ergebnisse der drei bisher durchgeführten Stichproben belegen, dass Sanktionen zur Einführung und Weiterentwicklung von QM nicht notwendig, sondern eher kontraproduktiv sind.

Qualitätsmanagement-Beratung

Im Geschäftsbereich Service & Beratung der KVBW stehen im Sachgebiet Praxiservice kompetente Ansprechpartner mit Rat und Tat zur Seite. Ziel der QM-Beratung ist es, Praxen bei der Einführung und Umsetzung ihres eigenen, praxisinternen Qualitätsmanagements umfassend zu unterstützen und zu beraten.

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

3.2 QUALITÄTSZIRKEL

Eine ausgesprochen erfolgreiche Qualitätssicherungsmaßnahme im ambulanten Bereich sind die Qualitätszirkel. Hier treffen sich Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in kleinen Gruppen zum moderierten Erfahrung- und Wissensaustausch sowie zur strukturierten Besprechung von Fällen aus dem Praxisalltag. Konkret geht es um die

kollegiale Wissensvermittlung in einem Freiraum, der weder durch die Politik noch durch die Industrie unmittelbar beeinflusst ist. Die Qualitätszirkelarbeit ist ein auf Eigenverantwortung basierendes Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität.

Qualitätszirkel arbeiten

- auf freiwilliger Basis
- mit selbst gewählten Themen
- erfahrungsbezogen
- auf der Grundlage des kollegialen Diskurses (= peer review)
- themenzentriert und systematisch
- zielbezogen
- mit Evaluation der Ergebnisse
- kontinuierlich
- mit einem festen Teilnehmerkreis
- mit Moderator(en)

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. Dabei sind allerdings die Bedingungen, wie sie in der nachfolgenden Tabelle festgelegt sind, zu berücksichtigen.

Voraussetzungen für die Anerkennung eines Qualitätszirkels	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 5 Teilnehmer • Mehrzahl der Teilnehmer muss aus Mitgliedern der KVBW bestehen • Leitung durch einen von der KVBW anerkannten Moderator
Förderung	75,- Euro Aufwandsentschädigung für den Moderator pro Sitzung für 4–6 QZ-Sitzungen im Jahr
Fortbildungspunkte	Landesärztekammer bzw. Landespsychotherapeutenkammer gewähren für Moderator und Teilnehmer der Qualitätszirkel Fortbildungspunkte nach vorheriger Anmeldung der QZ-Sitzungen

Tabelle 1: Bedingungen für die Anerkennung eines Qualitätszirkels (QZ)

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

Zum 31. Dezember 2009 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 796 aktive Qualitätszirkel, das heißt Qualitätszirkel, die im Jahr 2009 regelmäßig (= mindestens vier Mal) getagt und die zwischen fünf und 20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten. Einige der Qualitätszirkel arbeiteten mit zwei Moderatoren, so dass im Jahr 2009 insgesamt 825 Moderatoren im Einsatz waren.

Die Zahl der von der KVBW anerkannten und entsprechend finanziell geförderten Qualitätszirkel ist im Jahr 2009 landesweit um rund 16 Prozent gestiegen (von 686 auf 796). Der beobachtete Anstieg

ist dabei überwiegend auf eine Erhöhung der Anzahl von hausärztlichen Qualitätszirkeln zurück zu führen. Die Zahl der psychotherapeutischen Qualitätszirkel ist im Jahresvergleich um rund elf Prozent angestiegen, der Anteil der von Hausärzten organisierten Qualitätszirkel ist jedoch um rund ein Drittel gestiegen (von 158 auf 211). Hier kann vermutet werden, dass diese Entwicklung im Zusammenhang mit der Einführung des Selektivvertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg steht. Teilnehmende Ärzte müssen seitdem den regelmäßigen Besuch von Qualitätszirkeln nachweisen.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl von Qualitätszirkeln im Jahresvergleich 2008 zu 2009, jeweils aufgeteilt nach Bezirksdirektionen:

Bezirksdirektion	Anzahl Qualitätszirkel 2008	Anzahl Qualitätszirkel 2009	Veränderung im Jahresvergleich
Freiburg	182	197	+8%
Karlsruhe	150	208	+39%
Stuttgart	149	188	+26%
Reutlingen	205	203	-1%
Gesamt Baden-Württemberg	686	796	+16%

Tabelle 2: Verteilung der Qualitätszirkel nach Bezirksdirektionen in den Jahren 2008 und 2009

3.3 AUSBLICK UND QUALITÄTSZIELE 2010

Gemäß den Regelungen im § 136 SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Dies war Ausgangspunkt für die Bildung einer Arbeitsgruppe

auf Bundesebene, an der auch Mitarbeiter der KVBW beteiligt waren. Unter Federführung der KBV wurde ein Theorie- und Methodenkonzept zur Definition von Zielen der Qualitätssicherung entwickelt.

Im Ergebnis hat sich die Arbeitsgruppe auf die folgenden drei exemplarischen Zielthemen geeinigt:

- Verbesserung des Impfstatus der Bevölkerung
- Sicherstellung und Verbesserung der Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung
- Verbesserung der Erkennung, Diagnostik und Therapie von Depressionen

Aus diesen drei Themenbereichen sollte sich jede Kassenärztliche Vereinigung für das Jahr 2010 ein Zielthema auswählen und die Versorgung im jeweils ausgewählten Bereich entsprechend verbessern.

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Seit 1. Juli 2008 ist im § 137 SGB V geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinien der Qualitätssicherung sektorenübergreifend zu erlassen hat. Zur Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung musste zunächst nach § 137 a SGB V eine fachlich unabhängige Institution beauftragt werden. Die Auswertung des europaweiten Ausschreibungsverfahrens durch eine unabhängige Vergabegruppe des G-BA, die mit Vertretern der Selbstverwaltung, von Patientenorganisationen und mit Fachexperten besetzt war, hat ergeben, dass das Angebot des in Göttingen ansässigen AQUA-Instituts (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) die geforderten Kriterien hinsichtlich Qualität, Zukunftsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit am besten erfüllt. Daraufhin entschied der G-BA den Zuschlag nach Ablauf der gesetzlichen Informationsfrist an das AQUA-Institut zu erteilen.

Parallel zu dieser Beauftragung wurde im Unterausschuss Qualitätssicherung und im Plenum des G-BA intensiv über die Entwicklung einer Rahmenrichtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V diskutiert. Bis zum Ende 2009 konnte dabei noch kein Konsens über die Rahmenrichtlinie erreicht werden. Die Frage der Aufgabenverteilung zwischen Bundes- und Landesebene war genauso strittig wie die Regelung des Datenflusses. Im Gespräch war die Einrichtung einer Landesarbeitsgemeinschaft für die Umsetzung der länderbezogenen Verfahren und zur Einleitung entsprechender Qualitätssicherungs-Maßnahmen.

Zur Verbesserung der Kommunikation und zur Förderung der gegenseitigen Vertrauensbildung hat die KVBW in Zusammenarbeit mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) ein Pilotprojekt in der Koronarangiographie geplant. Dabei soll eine Fachkommission eingerichtet werden, in der erstmals niedergelassene Kardiologen und angestellte Krankenhausärzte gemeinsam an einem Tisch sitzen. Die Gründung einer entsprechenden Arbeitsgruppe erfolgte im Jahr 2010. Hierbei sollen aus bereits vorhandenen Datenbeständen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren definiert und zwischen den Sektoren vergleichend ausgewertet werden.

3.4 INTERVIEW ZUM VERSORGUNGSBEREICH MAMMOGRAPHIE-SCREENING



Dr. med. Michael Dierich,
Sachgebietsleiter im Geschäftsbereich
Qualitätssicherung der KVBW

Interview mit Dr. med. Michael Dierich, Sachgebietsleiter im Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVBW, und Dr. med. Thomas Rahmfeld, Facharzt für Radiologie, Mannheim

Sie, Herr Dr. Dierich, sind für das Projekt Mammographie-Screening in der KVBW verantwortlich. Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen von den am Programm mitwirkenden Ärzten und Fachkräften geleistet werden?

Die befundenden Ärzte müssen eine Reihe von Qualitätssicherungsaufgaben erfüllen: Jährlich müssen von jedem Arzt Röntgenbilder von mindestens 5.000 Frauen befundet werden. Diese Frequenzauflage dient zur Sicherung der Routine und soll die Treffsicherheit der Befundung erhöhen. Die Befunder sind darüber hinaus verpflichtet, an den so genannten Konsensuskonferenzen teilzunehmen: In diesen Konferenzen, die in der Regel mindestens einmal pro Woche stattfinden, werden alle auffälligen Bilder von insgesamt drei Ärzten beurteilt. Durch dieses Sechs-Augen-Prinzip wird die Wahrscheinlichkeit, einen krankhaften Befund zu übersehen, weiter verringert. Schließlich müssen die befundenden Ärzte jedes Jahr eine Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen erfolgreich beurteilen. Diese Prüfung kann derzeit nur bei einem Referenzzentrum abgelegt werden. Dabei muss der Befunder in einem Zeitraum von längstens sechs Stunden insgesamt 200 Mammographieaufnahmen beurteilen.

Die im Screening arbeitenden radiologischen Fachkräfte müssen vor Aufnahme ihrer Tätigkeit zwei mehrtägige Kurse besuchen und für die Dauer von zwei Wochen in einem ausgewähltem Zentrum (=Referenzzentrum) hospitieren. Dieser vergleichsweise hohe Aufwand, der in die Qualifikation der Fachkräfte investiert wird, ist beim Mammographie-Screening notwendig, weil die radiologischen Fachkräfte überwiegend eigenverantwortlich die Aufnahmen erstellen. Der Arzt muss sich daher auf die Qualität seiner Fachkraft in hohem Maße verlassen

können. Nach Aufnahme ihrer Tätigkeit sind die Fachkräfte ferner verpflichtet, an anerkannten Fortbildungsveranstaltungen zur Thematik des Screenings regelmäßig teilzunehmen. Schließlich muss der Programmverantwortliche Arzt stichprobenartig die Aufnahmen seiner Fachkräfte im Hinblick auf die fachgerechte Erstellung kontrollieren und gegebenenfalls Auffälligkeiten mit der Fachkraft besprechen.

Sie, Herr Dr. Rahmfeld sind als Programmverantwortlicher Arzt für die Versorgungsregion „Neckar-Odenwaldkreis, Stadtkreise Mannheim und Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis“ für das Mammographie-Screening zuständig. Welche Aufgaben haben Sie als Programmverantwortlicher Arzt?

Der Programmverantwortliche Arzt ist hauptsächlich für die Überwachung zuständig, er muss die Erstellung der Aufnahmen überwachen, das heißt, dass die Qualitätsvorgaben sowohl bei dem technischen Personal als auch bei den Geräten gewahrt sind. Zum anderen muss er die Befundung kontrollieren, sprich überprüfen, dass die Befunder ihre Auflagen erfüllen. Schließlich muss er die Befunder kontrollieren, das heißt; Supervisionen durchführen. Gerade bei neuen Befundern müssen die ersten 3000 Befunde alle supervidiert werden. Bei den oben genannten Konsensus-Konferenzen muss der Programmverantwortliche Arzt entscheiden, ob die Frau noch mal eingeladen werden muss oder ob ein Befund harmlos ist. Wenn die Frau noch mal eingeladen werden muss, kommt es zum so genannten Assessment. Das ist eine Aufgabe, die ausschließlich dem Programmverantwortlichen Arzt obliegt, das heißt die Abklärung aller unklaren Mammographien muss der Programmverantwortliche Arzt selbst durchführen. Zuletzt gibt es dann noch weitere Konferenzen, nämlich die präoperative-Konferenz. Zusammen mit den Klinikern werden dabei die Fälle besprochen, die zur Operation anstehen, bei denen Brustkrebs oder eine Vorstufe des Brustkrebses gefunden wurde. In den postoperativen Konferenzen besprechen wir die Fälle, nachdem die Frauen operiert und behandelt wurden, noch einmal, denn hin

Dr. med. Thomas Rahmfeld,
Facharzt für Radiologie,
Mannheim



und wieder ergeben sich doch noch Änderungen und Überraschungen gegenüber dem Ausgangsbefund.

Das Mammographie-Screening-Programm feiert in diesem Jahr 5. Geburtstag. Welche Erfahrungen haben Sie, Herr Dr. Rahmfeld, im Rahmen der Umsetzung des Programms gemacht?

Die positiven Erfahrungen sind die, dass wir immer mehr frühe Karzinome entdecken. Wir sehen also immer kleinere Veränderungen, das heißt wir entdecken immer früher etwas. Insbesondere sehr hilfreich ist, wenn wir die Voraufnahmen der ersten Runde haben und dann die Folgeaufnahmen aus der zweiten Runde, wo wir sehr genau und sehr früh sehen können, wenn sich etwas ändert. Besonders erfreulich ist bei dieser ganzen Geschichte, dass bei zwei Drittel der Karzinome, die wir entdecken, kein Lymphknotenbefall vorliegt.

Welche Prognose haben dann diese Patientinnen, Herr Dr. Rahmfeld?

Zum einen ist die Prognose natürlich viel besser; zum anderen ist es so, dass in den allermeisten Fällen dann auch keine Chemotherapie notwendig wird. Es gibt ganz wenige Ausnahmen, insbesondere spielt die Tumorbilologie eine Rolle, bei der dennoch eine Chemotherapie gemacht werden muss, auch wenn die Lymphknoten frei sind, das sind ganz seltene Fälle.

Herr Dr. Rahmfeld, definieren Sie bitte den Begriff „Qualität im Mammographie-Screening“

Qualität im Mammographie-Screening ist vergleichbar mit den Gliedern einer Kette. Die Kette fängt an mit der Qualifikation der Assistentinnen, die bei den Frauen optimale Aufnahmen machen müssen. Dazu gehört nicht nur handwerkliches Geschick, sondern auch eine psychologische Führung, denn viele Frauen sind verkrampft und können sich nicht so gut entspannen. Es ist dann besonders schwierig für die Assistentinnen, die Brust im Mammographiegerät zu lagern und die Aufnahmen zu machen. Die

Assistentin muss also auch eine gute Menschenführung haben, um die Frau ein bisschen zu beruhigen, damit sie sich entspannt. Außerdem muss sie die Aufnahmen richtig einstellen. Selbstverständlich ist es klar, dass die Apparaturen entsprechend einwandfrei arbeiten müssen. Jeden Morgen bevor wir anfangen zu arbeiten, machen wir hier eine Qualitätskontrolle. Wir machen Kontrollaufnahmen, die zum Referenzzentrum geschickt und dort kontrolliert werden. Von dort kommt dann die Freigabe.

Herr Dr. Dierich, welche Aufgaben hat die KV bei der Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings?

Die Kassenärztliche Vereinigung ist für die Erteilung und für den Widerruf der Genehmigungen zuständig. Grundsätzlich hat sie alle Auflagen, die zur Erhaltung der Genehmigungen erfüllt werden müssen, regelmäßig zu kontrollieren (zum Beispiel Kontrolle der Frequenzauflagen, fristgerechte Teilnahme an den Fallsammlungen). Anhand der abgerechneten Fälle werden von den Ärzten Stichproben von Röntgenaufnahmen angefordert und zur Beurteilung an das zuständige Referenzzentrum weitergeleitet. Die Zertifizierungen und Rezertifizierungen der im Screening tätigen Praxen werden im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vom Referenzzentrum und der Kooperationsgemeinschaft durchgeführt. Eine weitere Aufgabe der KV ist beispielsweise auch die Kontrolle, ob die radiologischen Fachkräfte regelmäßig an den für sie vorgeschriebenen Fortbildungen teilnehmen.

Herr Dr. Rahmfeld, Sie als Programmverantwortlicher Arzt haben die Pflicht zur Dokumentation. Bringt dies Vorteile?

Es bringt dem ganzen System Vorteile. Die Bürokratie in dem System ist durch die Dokumentation natürlich gewaltig und es ist ja schon so, dass aus diesen vielen Daten, die wir eingeben, sicherlich Erkenntnisse gewonnen werden können, die langfristig gesehen, bei der Brustkrebs-Früherkennung oder bei der Brustkrebs-Behandlung eine Rolle spielen können.

4. QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGS- ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Ein stetig wachsender Anteil der vertragsärztlichen Leistungsbereiche unterliegt zusätzlichen Qualitätsanforderungen. Nur die Leistungserbringer, welche die festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen beziehungsweise Qualitätskriterien erfüllen,

erhalten von der KV Baden-Württemberg die Genehmigung, die entsprechenden Leistungen zu erbringen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen.

Im Jahr 2009 hat der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KV Baden-Württemberg 7.252 Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen beschieden, wovon

- 7.042 Abrechnungsgenehmigungen in 45 verschiedenen Leistungsbereichen erteilt wurden
- 210 ablehnende Bescheide erstellt werden mussten, weil die Ärzte die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt haben
- 22 Mal eine Abrechnungsgenehmigung wegen Qualitätsmängeln beziehungsweise Wegfall der Qualifikationsvoraussetzungen widerrufen werden musste. Dies betraf drei verschiedene Leistungsbereiche.

Hinzu kommen noch Genehmigungen auf der Grundlage von regionalen Vereinbarungen wie DMPs, Genehmigungen zur Durchführung von ak-

kreditierten Patientenschulungsprogrammen, Genehmigungen zur Teilnahme an regionalen Zusatzverträgen der Krankenkassen und Hausarztverträgen.

4.1 ERTEILTE GENEHMIGUNGEN 2009 zu 2008

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Akupunktur	83	134	9	4	0	0	1.720
Apheresen	15	7	0	0	0	0	92
Ambulante Operationen	374	290	0	1	0	32	4.328
Arthroskopie	59	49	0	0	0	0	501
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	93	19	0	1	7	2	206
Herzschritmacherkontrolle	23	18	0	1	0	0	321
Histopathologie	76	-	3	-	0	-	76
Hautkrebs-Screening	619	4.991	3	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	5.575
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	5	-	1	-	0	-	5
Interventionelle Radiologie	5	9	0	0	4	5	61

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	
Invasive Kardiologie	10	9	10	0	3	3	72
Koloskopie	23	20	0	0	26	20	364
Künstliche Befruchtung	Genehmigung wird durch Ärztekammer erteilt						94
Laboratoriumsuntersuchungen	73	121	17	7	0	44	1.842
Langzeit-EKG-Untersuchungen	187	292	1	0	0	0	2.807
Magnetresonanztomographie	50	53	5	3	0	Keine Angaben möglich	320
Magnetresonanztangiographie	42	224	0	0	0	0	264
Mammographie (kurativ)	30	44	8	0	7	4	331
Medizinische Rehabilitation	501	756	0	0	0	0	7.032
Onkologievereinbarung	42	45	3	6	9	4	605
Otoakustische Emissionen	18	22	0	0	0	Keine Angaben möglich	390
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	3	2	0	1	0	1	43
Phototherapeutische Keratektomie	3	7	0	1	0	0	17
Psychosomatische Grundversorgung	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	1	Keine Angaben möglich	0	9.723
Psychotherapie	1.299	919	2	1	Keine Angaben möglich	0	3.608*
Schlafbezogene Atmungsstörungen	40	52	1	1	0	0	343
Schmerztherapie	14	20	4	0	2	1	153
Sozialpsychiatrievereinbarung	4	8	0	0	2	0	66
Soziotherapie	21	11	0	0	0	5	459

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	16	20	0	0	0	Keine Angaben möglich	136
Strahlendiagnostik/-therapie							
• allg. Röntgendiagnostik	269	331	6	7	0	9	2.703
• Computertomographie	56	72	2	6	0	5	415
• Osteodensitometrie	55	47	0	0	5	1	356
• Strahlentherapie	32	27	1	0	1	1	140
• Nuklearmedizin	23	21	0	0	1	1	228
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	5	14	0	1	11	9	350
Ultraschalldiagnostik	2.637	2.251	112	69	12	Keine Angaben möglich	10.011
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	78	52	4	1	24	8	1.002
Vakuumbiopsie Brust	24	-	0	-	0	-	24
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri	7	7	0	2	10	14	159
Genehmigungen auf Grundlage des EBM:							
• Diabetischer Fuß	63	141	9	10	0	0	1.489
• Funktionsstörungen der Hand	26	38	0	0	0	0	449
• Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	22	3	4	3	0	0	382
• Krebsfrüherkennung bei der Frau	8	7	2	3	0	0	958
• Empfängnisregelung	9	3	3	1	0	0	927
• Neurophysiologische Übungsbehandlung	0	1	0	1	0	0	123
• Physikalische Therapie	0	14	0	1	0	0	259

* Ärzte und Psychotherapeuten

5. SERVICE

5.1 FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Die KV Baden-Württemberg hat ihren Mitgliedern und deren Praxismitarbeitern auch im Jahr 2009 ein abwechslungsreiches Fortbildungsangebot zusammengestellt. Das Angebot erstreckte sich auf Bereiche der Qualitätssicherung und -förderung (wie beispielsweise Patientenschulungsprogramme zu Diabetes und Hypertonie oder Sachkundekurse zu Medizinprodukten). Darüber hinaus wurden Kurse aus den Bereichen Betriebswirtschaft, EDV und Qualitätsmanagement durchgeführt. Die Kurse sind speziell auf die Belange von Ärzten, Psychotherapeuten und deren Praxismitarbeiter abgestimmt. Die Zusammenarbeit mit qualifizierten und erfah-

ren Trainern beziehungsweise Referenten garantiert eine hohe Qualität.

Die meisten Kurse wurden von der Landesärztekammer zertifiziert und auf das Fortbildungszertifikat anerkannt. Das Fortbildungsangebot wird im Jahres-Seminarprogramm der Management Akademie der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg veröffentlicht.

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 299 Fortbildungsveranstaltungen mit 6.245 Teilnehmern durchgeführt.

	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Qualitätssicherung und -förderung		
Schulung Diabetiker – ohne Insulin	8	145
Schulung Diabetiker – mit Insulin	4	64
Schulung Diabetiker – Normal Insulin	4	64
„Wie Diabetiker zum Sport kommen“	1	20
Hypertonie (ZI)	5	119
DMP Brustkrebs Psychoonkologie	2	102
DMP Brustkrebs Einführungsveranstaltung für Hausärzte	1	32
DMP Diabetes und KHK	3	72
DMP Asthma + COPD	1	88
Asthmatiker-Schulung NASA/COBRA	2	35
Rückenschule	1	7
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	4	80
Auffrischkurs zur Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	3	182
Fortbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln	4	59
Sachkundekurs zur Aufbereitung und Instandsetzung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis	12	353
Fortbildungsveranstaltung zum Hautkrebs-Screening	19	493
Erfahrungsaustausch substituierender Ärzte	1	47
Onkologische Fortbildung für medizinisches Fachpersonal	2	125
Kurs Spezielle Schmerztherapie (40 bzw. 80 Stunden)	1	50

Themen und Anzahl der Kurse und Teilnehmer

	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Management-Akademie (MAK)		
Einzelseminare für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	51	976
Betriebswirtschaftliche Seminare	23	441
Seminare für das Praxisteam	58	1.114
Qualitätsmanagement-Kurse	73	1.457
EDV-Kurse	16	120

5.2 PATIENTENSICHERHEIT: HYGIENE UND MEDIZIN-PRODUKTE

Die Bedeutung von Hygiene und Medizinprodukten nimmt in der Patientenversorgung ständig zu. Besonders mit Zunahme invasiver und mikroinvasiver Methoden wird die sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten für die Prävention von nosokomialen Infektionen immer wichtiger.

Für eine ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten und die Etablierung der Praxishygiene ist neben den dafür notwendigen apparativen Vo-

oraussetzungen das Wissen über die ordnungsgemäße Durchführung von Bedeutung. Vor diesem Hintergrund hat die KVBW in den letzten Jahren die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bei der Umsetzung der Anforderungen der Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten durch umfangreiche telefonische sowie persönliche Beratung und durch ausführliche Informationspakete unterstützt.

Beratungsinhalte

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

Tabelle 1: Beratungsinhalte der KVBW im Arbeitsgebiet Hygiene und Medizinprodukte im Jahr 2009

Der Hygieneplan

Jeder Praxisbetreiber muss für die einzelnen Arbeitsbereiche entsprechend ihrer Infektionsgefährdung Maßnahmen zur Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, Ver- und Entsorgung schriftlich festlegen. Ein Hygieneplan setzt sich aus einzelnen schriftlichen fachbezogenen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen zusammen. Die Hygienemaßnahmen

sind je nach Tätigkeitsbereich festzulegen. Sie dienen sowohl dem Schutz der zu betreuenden Patienten als auch dem Schutz des Personals. Der Hygieneplan soll Arbeitsinstrument in der Arztpraxis sein und muss periodisch überprüft und aktualisiert werden. Die nachfolgende Tabelle 2 enthält eine beispielhafte Inhaltsübersicht zum Hygieneplan.

Inhalte des Hygieneplans

- Händehygiene als Bestandteil der Personalhygiene
- Hautantiseptik (Hautdesinfektion)
- Flächenreinigung und Flächendesinfektion
- Reinigung und Desinfektion von medizinischen Geräten
- Aufbereitung von Medizinprodukten
- Schutzmaßnahmen
- Umgang mit Medikamenten
- Abfallentsorgung
- Hygienisch-mikrobiologische/physikalische Routinekontrollen
- Erfassung und Bewertung von nosokomialen Infektionen und Erregern mit besonderen Resistenzen
- Meldung übertragbarer Krankheiten

Tabelle 2: Beispielhafte Inhalte eines Hygieneplans

Behördliche Überwachung

Die Einhaltung und Umsetzung der Vorschriften wird zunehmend durch die Regierungspräsidien und die Gesundheitsämter überprüft. Der Gesetzgeber ist mit den aktualisierten Prüfvorschriften dem Grundsatz gefolgt: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“ Die zuständigen Kontrollbehörden sind befugt, die Ablauforganisation der Aufbereitung von Medizinprodukten zu überprüfen. Dabei steht ihnen bei festgestellten Mängeln ein breites Instrumentarium von Anordnungen bis zur Schließung einer Praxis zur Verfügung.

Die KVBW führt mit den Aufsichtsbehörden einen konstruktiven Dialog um eine möglichst landeseinheitliche und für die einzelne Praxis transparente, berechenbare Vorgehensweise der Überwachungsbehörden zu erreichen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass geltende Vorschriften beachtet und in einer mit dem Praxisalltag zu vereinbarenden Weise umgesetzt werden

Fortbildungsangebote

Die KVBW hat für ihre Mitglieder auf dem Gebiet Hygiene und Medizinprodukte im Jahr drei Fortbildungen angeboten:

- Zehn halbtägige Kurse „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis.“
- Zwölf fünftägige Sachkundekurse nach § 4 Abs. 3 Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung zur Aufbereitung von Sterilgut.
- Eine Fachtagung für Praxen, die selbst aufbereiten „Medizinprodukte und Aufbereitung“.

Der Kurs „Alles Sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis.“ dient der Auffrischung und Vertiefung der Hygienekenntnisse in den Arztpraxen. In diesem Kurs werden insbesondere die Inhalte eines Hygieneplans besprochen. Im Jahr 2009 nahmen an den neun Veranstaltungen insgesamt 225 Personen teil.

Entscheiden sich Praxisbetreiber für die Aufbereitung in der eigenen Praxis, so tragen diese die Verantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung des Prozesses (§ 4 Abs. 1 Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)). Wird die Aufgabe nicht selbst durchgeführt, muss vom Inhaber der Praxis eine fachlich verantwortliche Mitarbeiterin oder verantwortlicher Mitarbeiter (= beauftragte Person) für die Aufbereitung schriftlich bestellt werden. Die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten Beauftragten müssen eine Fortbildung und ein Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) nachweisen. Das Vorhandensein dieses DGSV-Zertifikats wird von den

Aufsichtsbehörden (Regierungspräsidien) bei den Praxisbegehungen überprüft.

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

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

Die Inhalte des Sachkundekurses sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Inhalte des Sachkundekurses zur Aufbereitung von Sterilgut

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

Tabelle 3: Inhalte des Sachkundekurses zur Aufbereitung von Sterilgut

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 350 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Sachkundekursen für ambulant operierende Arztpraxen sowie einem Sachkundekurs für endoskopierende Arztpraxen erfolgreich fortgebildet. Die Teilnehmer kamen aus insgesamt 305 Arztpraxen in Baden-Württemberg.

Die Verteilung der teilnehmenden Praxen auf die Fachgebiete im Vergleich zu den Jahren 2007 – 2009 ist Tabelle 4 zu entnehmen. Der Sachkundekurs wurde als sehr effiziente Unterstützung ihrer Qualitätsanstrengungen in der Praxis empfunden.

Facharztpraxen für	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2007	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2008	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2009
Allgemeinmedizin	23	18	66
Anästhesiologie	15	4	6
Augenheilkunde	11	22	17
Chirurgie	44	39	36
Frauenheilkunde und Geburtsmedizin	26	22	38
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12	10	10
Haut- und Geschlechtskrankheiten	32	31	41
Innere Medizin (hausärztlich)	34	-	-
Innere Medizin (fachärztlich)	24	57	29
Kinder- und Jugendmedizin	2	-	5
Laboratoriumsmedizin	1	-	-
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	7	11	8
Neurologie	-	1	-
Orthopädie	25	20	21
Physikalische und Rehabilitative Medizin	2	1	-
Urologie	20	26	27
Notfallpraxis	-	-	1
Summe der Teilnehmer	278	262	305

Tabelle 4: Verteilung der an den Sachkundekursen der KVBW in den Jahren 2007 – 2009 teilgenommenen Praxen nach Fachgebieten

1. Tagung „Medizinprodukte und Aufbereitung“ der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in Leinfelden-Echterdingen

Die KVBW veranstaltete im November 2009 für Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber und deren Teams eine Tagung zum Thema „Medizinprodukte und Hygiene“. Ziel der Veranstaltung war die Vermittlung von Informationen über aktuelle Entwicklungen im Umgang mit Medizinprodukten, die Vertiefung von Inhalten aus den Sachkundekursen und deren Umsetzung von Hygienestandards in die

Praxis. Die Tagung fand ein breites Echo: Es konnten etwa 230 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ganz Baden-Württemberg begrüßt werden.

Für die Tagung konnten als Referenten namhafte Experten des Robert Koch-Institutes und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene gewonnen werden.

Bundesweite Projekte

Die KVBW beteiligt sich auch an bundesweiten Projekten zur Verbesserung der Praxishygiene, so zum Beispiel als Mitglied der Arbeitsgruppe Medizinprodukte beim Kompetenzzentrum für Patien-

tensicherheit der KV Westfalen-Lippe und beim Fachausschuss für Arztpraxen der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung.

5.3 PATIENTENSERVICE

5.3.1 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen werden zunehmend von Ärzten und Psychotherapeuten als ergänzende Hilfe in Anspruch genommen. Selbsthilfe hat sich zu einer weiteren wichtigen Säule im Gesundheitswesen entwickelt. Die Nutzung des Potenzials der Selbsthilfegruppen kann Studien zufolge zu besseren Behandlungsergebnissen führen, da die Patienten bei der Krankheitsbewältigung zusätzliche Unterstützung und soziale Betreuung erfahren. An den Stellen, an denen sich die professionelle fachliche Kompetenz von Ärzten und Psychotherapeuten mit der erlebten Kompetenz und den Erfahrungswerten der Selbsthilfegruppe verbindet, zeigen sich Synergieeffekte und damit ein Mehr an Qualität und Transparenz. Außerdem erfahren die Praxen eine deutliche zeitliche Entlastung und eine zuverlässigere Mitwirkung der Patienten an der Therapie.

Um die Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen besser unterstützen zu können, hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg die Kooperationsberatung für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen (KOSA) eingerichtet. Auf der Grundlage einer Mitgliederbefragung konnte die KVBW eine Datenbank einführen, die ausschließlich kooperationsinteressierte Ärzte und Psychotherapeuten enthält. Unter der Telefonnummer 07121/917-2396 können sowohl Selbsthilfegruppen als auch Ärzte und Psychotherapeuten einen Kooperationspartner finden, der zu ihnen, das heißt zum Krankheitsbild der Selbsthilfegruppe oder zum Fachgebiet des Arztes beziehungsweise Psychotherapeuten passt.

Grundsätzlich sind viele Ärzte und Psychotherapeuten vom Nutzen einer Kooperation mit Selbst-

hilfegruppen überzeugt, in der täglichen Praxis setzen diese aber nur wenige um. Deshalb schafft die KOSA immer wieder neue Anreize und Möglichkeiten für Praxen sich an einer Zusammenarbeit zu beteiligen. Aus diesem Grund organisiert die KOSA mehrmals im Jahr Veranstaltungen und veröffentlicht regelmäßig Publikationen in der Mitgliederzeitschrift „ergo“, in denen die Vorteile und die Ressourcenersparnis für Ärzte deutlich werden.

Von Seiten der Selbsthilfegruppen und ihrer Verbände ist das Interesse an einer Zusammenarbeit mit den Ärzten und Psychotherapeuten beziehungsweise ihrer Organisation, der KVBW, groß. Dabei sind ein gegenseitiges Kennenlernen und das Knüpfen persönlicher Kontakte von zentraler Bedeutung. Um dies weiter zu fördern fand im Jahr 2009, am 19. April in der Bezirksdirektion Reutlingen erneut eine Fachtagung Selbsthilfe in Zusammenarbeit mit der LAG SELBSTHILFE und dem Sozialforum Tübingen statt. An der Fachtagung nahmen insgesamt 78 Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthelfer teil. Um die Zielsetzung der Teilnehmer, die Zusammenarbeit zu intensivieren und möglichst konkret zu gestalten, zu fördern, werden im Anschluss an die Fachtagungen Seminare zur Vertiefung der bei den Fachtagungen besprochenen Themen angeboten. Passend zum Workshopthema „Medizinisches Informationsangebot in den Medien

wurde im Nachgang der Fachtagung ein Seminar zur „gezielten Internetrecherche“ für Ärzte und Vertreter von Selbsthilfegruppen angeboten. Insgesamt wurden 2009 jeweils ein Seminar in Freiburg und Mannheim und drei Seminare in Reutlingen durchgeführt, dabei lernten die Teilnehmer gezielt medizinische Informationen zu suchen und diese anschließend fundiert zu bewerten.

Ergänzend zum bisherigen Angebot der KOSA wurden 2009 erstmals Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Vertreter von Selbsthilfegruppen organisiert, die hohe Besucherzahlen sowohl von Seiten der Ärzte als auch von Seiten der Selbsthilfe verzeichneten. Am 21. März 2009 fand eine Veranstaltung zum Post-Polio-Syndrom in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Polio Selbsthilfe e.V. in der Bezirksdirektion Reutlingen statt. Eine weitere Fortbildungsveranstaltung zum Thema Prostatakrebs war am 11. Mai 2009. Die Kooperationspartner der KVBW bei dieser Veranstaltung waren der Bund deutscher Urologen und die Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Urologen, der Berufsverband niedergelassener Hämatologen und Onkologen, sowie der Landesverband Prostatakrebs und die Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Stuttgart. Im Bürgerbereich unserer Internetseite finden Sie weitere Informationen zur oben genannten Fachtagung und den Fortbildungen (www.kvbawue.de).

5.3.2 MEDCALL – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit

Das Patiententelefon „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ ist eine Gruppe im Sachgebiet Bürgerservice, Geschäftsbereich Service und Beratung, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW).

Die Koordinierung freier Psychotherapiekapazitäten durch das Patiententelefon unterstützt die Ärzte und Psychotherapeuten der KVBW in der

Praxisführung. Gemeinsames Ziel ist es zudem, die Versorgungssituation der Patienten in Baden-Württemberg zu optimieren.

Darüber hinaus informiert der telefonische Beratungsservice über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen, die Strukturen des Gesundheitswesens sowie die Organisation der Verwaltungsorgane und deren Leistungserbringer.

Die Mitarbeiter des Patiententelefon äußern sich nicht zu diagnostischen oder therapeutischen Fragestellungen im Einzelfall, sondern informieren

ausschließlich über die von den Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten angebotenen Versorgungsstrukturen.

Grundlage für die qualifizierte Informationsweitergabe bilden unter anderem

- der Bundesmantelvertrag,
- die bestehenden Verträge, Kooperationsverträge, Impfvereinbarung und so weiter,
- die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM),
- das 5. Sozialgesetzbuch (SGB V),
- das 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX),
- das 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI),
- das Entgeltfortzahlungsgesetz
- und Verwaltungsabwicklungsvorgaben zu Formularen und Anträgen in Bezug auf das SGB V und das SGB XI.

Weitere Informationen zum Patiententelefon Med-Call sind im Bürgerbereich unserer Internetseite www.kvbawue.de abrufbar.

Zuordnung der Buchstaben auf den Tasten des Telefons, also

M e d C a l l
6 3 3 2 2 5 5.

Mit der Auswahl einer sogenannten Vanity-Rufnummer hat es die Bezirksdirektion Stuttgart den Anrufern leicht gemacht, MedCall zu erreichen. Neben der kurzen Vorwahl ist die Rufnummer einfach über den Namen des Patiententelefon „Med-Call“ herzuleiten: Die Rufnummer entspricht der

Der telefonische Beratungsservice ist mit den ausweiteten Sprechzeiten montags bis donnerstags von 8 bis 16 Uhr sowie freitags von 8 bis 12 Uhr zu erreichen.

Das Patiententelefon unterstützt sowohl Bürger als auch KV-Mitglieder, die wissen wollen, welche medizinischen und psychologischen Versorgungsmöglichkeiten die Vertragsarztpraxen haben, oder die weitere medizinische Einrichtungen in Baden-Württemberg suchen.

Unter der Service-Rufnummer 01805/6332255 (14 Cent/pro Minute aus dem dt. Festnetz, Mobilfunk max. 42 Cent/Minute) leistet das medizinische Fachpersonal den Anrufern Hilfestellung unter anderem bei der Suche nach

- Haus- oder Fachärzten (wohnortnah),
- Ärzten mit einem speziellen Tätigkeitsschwerpunkt oder besonderen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten,
- Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten,
- gemeldeten Psychotherapiekapazitäten,
- Praxen mit einem behindertengerechten Zugang und entsprechenden Parkmöglichkeiten,
- Ärzten und Therapeuten sowie Praxispersonal mit speziellen Fremdsprachenkenntnissen,
- Krankenhäusern und deren Tätigkeitsschwerpunkten,
- stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen.

6. KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

In den Kommissionen für Radiologie, Kernspintographie, Dialyse, Substitution und Qualitätsmanagement sind auch Kassenvertreter vorhanden.

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

Einen Sonderstatus nimmt die Qualitätsmanagement-Kommission ein. Sie wurde zur Bewertung der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements eingerichtet. Ihre Aufgabe besteht in der Erhebung einer jährlichen Stichprobe und der kollegialen Beratung zur Einführung von Qualitätsmanagement.

Eine Übersicht aller Qualitätssicherungs-Kommissionen finden Sie im Anhang im Kapitel A auf den Seiten 45 bis 47.

Anhang

A QUALITÄTSSICHERUNG

A.1 THEORIE UND UMSETZUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG

Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Qualität des

Arbeitsprozesses und des Arbeitsergebnisses zu wahren oder zu erhöhen. Dies erfolgt auf der Grundlage zahlreicher Qualitätssicherungsvereinbarungen und Richtlinien, die an den unterschiedlichsten Ansatzpunkten angreifen.

Instrumente der Qualitätssicherung

Strukturqualität

Unter Strukturqualität versteht man die Aus- und Weiterbildung des Arztes beziehungsweise des Psychotherapeuten. Auch die Qualifikation des medizinischen Personals, die Einhaltung von Standards der eingesetzten Gerätschaften, bauliche Voraussetzungen, organisatorische oder hygienische Voraussetzungen und anderes mehr gehören dazu.

Ein wichtiges Instrument der Strukturqualität ist die Erteilung einer Genehmigung nach Überprüfung der Eingangsvoraussetzungen in fachlicher, apparativer, organisatorischer, baulicher und/oder hygienischer Hinsicht. Bestehen Zweifel an der fachlichen Qualifikation eines Antragstellers, so können diese über ein Kolloquium ausgeräumt werden. In besonders sensiblen Bereichen wird eine Eingangsprüfung gefordert. Dies betrifft aktuell die kurative Mammographie und die Zervix-Zytologie.

In einigen Bereichen reicht der einmalige Nachweis der Strukturqualität nicht aus; vielmehr setzt der Erhalt der Genehmigung regelmäßige Prüfungen beziehungsweise Nachweise voraus. Dies sind beispielsweise

- die Prüfung vorgegebener Frequenzen
Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen beispielsweise für Leistungen der invasiven Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen und für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust festgelegt.
- der Nachweis von Fortbildungen
- Durchführung von Rezertifizierungen
Bei Ärzten, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen der weiblichen Brust) durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sie sich einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann die Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf diese Leistung nicht mehr für Kassenpatienten erbracht werden.

Prozessqualität

Die Qualität der Abläufe in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Hierbei geht es um die Art und Weise der Diagnostik und Therapie.

Die einzelnen Aspekte reichen dabei vom technischen Anteil (zum Beispiel Bildqualität einer Röntgenaufnahme, adäquate Schichtdicke in der Kernspintomographie, angemessene Färbung von zytologischen Präparaten) bis zum rein ärztlichen Anteil (zum Beispiel der Indikationsstellung zur Anwendung eines Verfahrens oder der diagnostischen Befundung).

Die Instrumente der Prozessqualität knüpfen mittelbar und unmittelbar am ärztlichen Handeln an. Auch sie sind eng mit dem Erhalt der Genehmigung verbunden. Diese sind:

- Einzelfallprüfungen durch Stichproben
Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den geltenden Richtlinien und nach Maßgabe eigener Beschlüsse die Qualität von Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. So werden bei den Qualitätssicherungsbereichen zur diagnostischen Radiologie, zur Computertomographie oder zur Magnetresonanztomographie von der KVBW jährlich mindestens vier Prozent der Ärzte zur Überprüfung von Dokumentationen herausgefiltert. Bei der Koloskopie, der Mammographie, der substituionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Kontrolle noch umfangreicher bis hin zu einer Vollerhebung.
- Dokumentationsprüfungen
- Präparateprüfungen
- Hygieneprüfungen

Auch hier besteht teilweise die Möglichkeit, die fachliche Befähigung eines Kandidaten durch ein kollegiales Fachgespräch (Kolloquium) zu überprüfen.

Ergebnisqualität

Die Instrumente der Ergebnisqualität sollen die Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Handeln fördern; sie dienen als Orientierung für „die Arbeit an der Qualität“. Hier kann man beispielhaft nennen

- Benchmarkberichte (zum Beispiel Disease-Management-Programme)
- Rückmeldesysteme (zum Beispiel Dialyse)
- Jahresstatistiken (zum Beispiel Zytologie)

Parameter zur Beschreibung von Ergebnisqualität stellen in erster Linie den Einfluss eines diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens in der Behandlung von Patienten dar und geben Auskunft darüber, ob und inwieweit verschiedene Behandlungsziele erreicht wurden. Unterschieden werden muss hier zwischen patientenbezogenen (wie sie nur in einem individuellen Patientenkontakt möglich sind) und bevölkerungsspezifischen (zum Beispiel durch Screening-Programmen) Ergebnissen. Sie reichen von einer objektiv messbaren Senkung des Blutdruckes über die subjektive Patientenzufriedenheit bis zur Verringerung der Gesamtmortalität.

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.

Zusätzlich zu Richtlinien und Vereinbarungen, die sich teilweise mit außerordentlich spezifischen Fragestellungen beschäftigen, gibt es aber auch eine Reihe von Qualitätssicherungsinstrumenten, die allgemeinere Anknüpfungspunkte haben.

Hierzu zählen

Die allgemeine Fortbildungsverpflichtung (§ 95 d SGB V)

Seit dem Jahr 2004 besteht für alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch die gesetzliche Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung. Der Nachweis dieser Fortbildung muss gegenüber der zuständigen

Kassenärztlichen Vereinigung alle fünf Jahre geführt werden. Dies war erstmals zum 30. Juni 2009 der Fall. (siehe auch Kapitel 3.1.2).

Das Qualitätsmanagement

Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen effizienter zu gestalten, Fehler zu vermeiden und Qualität weiterzuentwickeln. (siehe auch Kapitel 3.1.11).

Die Teilnahme an Qualitätszirkeln

Bei Qualitätszirkeln stehen der interkollegiale Austausch und das interkollegiale Lernen am Fall im Vordergrund. Detailliertere Informationen hierzu finden sich im Kapitel 3.2.

Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens

Prüfung eines Arztes mit Nachweisen

Persönliche Qualifikation des Arztes

- fachliche Qualifikation per Zeugnis/Bescheinigung
- und/oder Kolloquium
- und/oder präparatebezogene Prüfung
- und/oder Fallsammlungsprüfung
- und/oder Vorlage von Dokumentationen
- und/oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen

Betriebstättenbezogene Qualifikation

apparative, bauliche, organisatorische Ausstattung der Praxis

- Herstellerbescheinigungen
- schriftliche Nachweise/Erklärungen
- Baupläne, Hygienerahmenplan
- Praxisbegehungen

fachliche Befähigung der Mitarbeiter

- Aus- und Fortbildungsnachweise
- Kooperationsbescheinigungen

Bescheid über die Erteilung einer Genehmigung

Mögliche Folgeverpflichtungen

zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung

Auflagenprüfung je nach vertraglicher Regelung (§ 135 Abs. 2 SGB V)

- ggf. Dokumentationsprüfung (zum Beispiel Ultraschall) und/oder Hygieneprüfungen (zum Beispiel Koloskopie)
- und/oder Frequenzregelung (Onkologie, HIV-AIDS) und/oder Selbstüberprüfung (Mammographie)
- und/oder Überprüfung der Präparatequalität (Zytologie) und/oder Jahresstatistik (Zytologie)
- und/oder kontinuierliche Fortbildung und/oder Qualitätszirkel (zum Beispiel Zytologie, Disease-Management-Programme, HIV/AIDS)
- und/oder Nachweise zur Praxisorganisation (Onkologie) und/oder Konstanzprüfung (Ultraschall, Röntgen)

Einzelfallprüfungen durch Stichproben, zum Beispiel

- diagnostische Radiologie, CT und MRT
- Arthroskopie
- Dialyse

A.2 KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2009
Akupunktur	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV	3
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 15 ärztlichen Mitgliedern der KV	5
Apherese	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	5
Arthroskopie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 6 weitere ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 15 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK	2
Diabetes	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder	3
Dialyse	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Herzschrittmacher	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 8 Mitgliedern	0
Invasive Kardiologie	Landesweite Kommission BW mit 4 ärztlichen Mitgliedern der KV	0
Koloskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	1
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 23 ärztlichen Mitgliedern der KV	11
Labor	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	2
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 34 ärztlichen Mitgliedern der KV	2
Langzeit-EKG	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 12 Mitgliedern der KV	0
Mammographie	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 25 ärztlichen Mitgliedern der KV	10

Kommissionen der Qualitätssicherung

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2009
Magnetresonanztomographie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 10 ärztlichen Mitgliedern der KV	10
Onkologie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 17 ärztlichen Mitgliedern/ Fachberatern der KV	3 6
Photodynamische Therapie/Phototherapeutische Keratektomie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 ärztlichen Mitgliedern der KV	1
Polygraphie/Polysomnographie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV	0
Qualitätsmanagement	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	2
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	Landesweite Kommission BW 4 regionale Kommissionen Gemeinsame Prüfkommision der KVBW und der Ärztlichen Stelle: mit insgesamt 34 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK 1 Leiter der Ärztlichen Stelle nach RöV Routine- und Stichprobenprüfungen durch Ärztliche Stelle	0 8 9

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2009
Schmerztherapie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 ärztliche Mitglieder der KV	1
	3 regionale Kommissionen mit insgesamt 13 ärztlichen Mitgliedern der KV	3
Substitution	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV 4 Mitglieder der Krankenkassen	3
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 12 ärztlichen Mitgliedern der KV 12 Mitgliedern der Krankenkassen	21
Ultraschall „Allgemein“	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV plus	2
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 147 Mitgliedern/Fachberatern	6
Ultraschall „Säuglings- hüfte“ (Stichproben- prüfung)	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV plus	3
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 23 Mitgliedern/Fachberatern der KV	13
Zytologie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV plus	2
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 20 Mitgliedern/Fachberatern der KV	0

Bemerkungen:

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

B ARZTSTRUKTUR (STAND 31.12.2009)

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

punktbezeichnung. Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die in Baden-Württemberg an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung.

Arztgruppe	Vertrags- ärzte	Partnerärzte	angestellte Ärzte	ermächtigte Ärzte	teilneh- mende Ärzte gesamt
Chirurgie, davon:	451	16	28	262	757
• Gefäßchirurgie	35	1	3	71	110
• Kinderchirurgie	7	0	0	5	12
• Plastische Chirurgie	18	0	0	5	23
• Thoraxchirurgie	1	1	0	14	16
• Thorax- und Kardiovaskular- chirurgie	2	0	0	6	8
• Unfallchirurgie	252	10	9	124	395
• Visceralchirurgie	18	2	2	84	106
Frauenheilkunde, davon:	1.209	30	97	141	1.477
• Gynäkol. Endokrinol. und Reproduktionsm.	8	0	5	1	14
• Gynäkologische Onkologie	8	1	1	9	19
• Spez. Geburtsh. und Perinatalmed.	2	0	1	6	9
HNO-Heilkunde, davon:	443	5	20	23	491
• Phoniatrie	0	0	0	0	0
• Phoniatrie und Pädaudiologie	2	0	0	3	5
Innere Medizin, davon:	2.230	34	141	365	2.860
• Angiologie	50	0	4	26	80
• Endokrinologie und Diabetologie	38	5	3	18	64
• Gastroenterologie	124	11	6	98	239

Arztgruppe	Vertrags- ärzte	Partnerärzte	angestellte Ärzte	ermächtigte Ärzte	teilneh- mende Ärzte gesamt
• Hämatologie	19	0	0	16	35
• Hämatol. und Internist. Onkologie	86	1	3	58	148
• Infektiologie	0	0	0	1	1
• Kardiologie	230	5	8	88	331
• Lungen- und Bronchialheil- kunde	3	0	1	3	7
• Nephrologie	154	4	10	18	186
• Pneumologie	76	3	6	25	110
• Rheumatologie	59	1	3	16	79
Kinderheilkunde, davon:	759	30	69	103	961
• Kinderhämatologie und -onkologie	0	0	0	3	3
• Kinderkardiologie	30	0	0	15	45
• Neonatologie	50	2	2	45	99
• Neuropädiatrie	43	0	1	21	65
Nervenheilkunde/Neurologie/ Psychiatrie, davon:	506	12	24	81	623
• Kinderneuropsychiatrie	1	0	0	0	1
Orthopädie, davon:	635	28	27	64	754
• Rheumatologie	51	2	4	15	72
Pathologie	80	0	6	7	93
Radiologie/Diagnostische Radiologie, davon:	323	12	54	120	509
• Kinderradiologie	1	0	0	9	10
• Neuroradiologie	17	2	1	9	29
• Strahlentherapie	9	0	0	3	12

Quelle: Bundesärztereister, Stand 31.12.2009

C GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A-Z

C.1 AKUPUNKTUR

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

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

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

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

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

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

tragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassensärztlichen 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 bei folgenden Indikationen durchgeführt werden:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule
- chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose
- Die chronischen Schmerzen müssen seit mindestens sechs Monaten bestehen.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur); Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007

Genehmigungen Stand	31.12.2009		31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.720		1.412
Anzahl beschiedene Anträge	83		138
• davon Anzahl Genehmigungen	74		134
• davon Anzahl Ablehnungen	9		4
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs.5)	0		0
Anzahl Praxisbegehungen	0		0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	sonstige Gründe	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 6 Abs. 6)	
	0	0	0
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6 Abs. 2)			
	Ärzte bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden	
	9	52	77
• davon bestanden	8	43	47
• davon nicht bestanden	1	9	30
Anzahl Wiederholungsprüfungen (§ 6 Abs. 6)	0	1	0
• davon ohne Beanstandungen	0	0	0
• davon mit Beanstandungen	0	1	0
Kolloquien (§ 6 Abs. 6)	0	0	0

Akupunktur

Überprüfung der Dokumentation § 6 – Mängelanalyse	2009		2008
	normale Fälle	Ausnahmefälle	
Anzahl geprüfter Dokumentationen	857	695	-
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen* **	121	147	-
• davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	79	70	-
• davon eingeschränkt oder nicht nachvollziehbar begründet	49	88	-
• davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und eingeschränkt oder nicht nachvollziehbar begründet	35	67	-
Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2			
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 6 vorgelegt haben	1.505		

Bemerkungen:

* unter der Annahme, dass die Dokumentationsprüfung abgebrochen wird, wenn bereits geprüfte und beanstandete Fälle mehr als 10% der vorgelegten Unterlagen umfassen

** in BW wird nicht nach 10% der vorgelegten Unterlagen abgebrochen, sondern alle eingereichten Fälle geprüft

C.2 APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Apheresen ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zu den Blutreinigungsverfahren (Dialyse) möglich. Nach der Richtlinie zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunaferesen) wird die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall geregelt. Die einzusetzende Fachkommission (Mitglieder der KV plus 2 Mitglieder des MDK) prüft für jeden Patienten, ob die Indikation für eine Therapie oder

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	92	84
Anzahl beschiedene Anträge	15	7
• davon Anzahl Genehmigungen	15	7
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0

Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Stand	31.12.2009
LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung	
Anzahl Patienten	7
Anzahl Erstanträge	2
• davon angenommen	2
• davon abgelehnt	0
Anzahl Folgeanträge	5
• davon angenommen	5
• davon abgelehnt	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	
Anzahl Patienten	60
Anzahl Erstanträge	12
• davon angenommen	8
• davon abgelehnt	4
Anzahl Folgeanträge	48
• davon angenommen	48
• davon abgelehnt	0
LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	
Anzahl Patienten im Jahr 2009	11
Anzahl Erstanträge	9
• davon angenommen	2
• davon abgelehnt	7
Anzahl Folgeanträge	2
• davon angenommen	2
• davon abgelehnt	0
Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis	
Anzahl Patienten die im Jahr 2009 mindestens einen Zyklus begonnen haben	0

C.3 AMBULANTE OPERATIONEN

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien.

Rechtsgrundlage: § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2006

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung*	4.328	4.282
Anzahl beschiedene Anträge	374	291
• davon Anzahl Genehmigungen	374	290
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	32
Anzahl Praxisbegehungen	0	0

Bemerkungen:

* einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115b

C.4 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.

Zum 1. Januar 2007 ist die Richtlinie der KVBW über die Kriterien für die Qualitätsbeurteilung im Bereich Arthroskopie in Kraft getreten. Seit diesem Zeitpunkt werden für alle Bezirksdirektionen Stichprobenprüfungen zentralisiert durchgeführt. Die Richtlinie enthält neben allgemeinen Kriterien zur schriftlichen und bildlichen Dokumentation spezielle Anforderungen an die Dokumentation des jeweiligen arthroskopischen Eingriffs.

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

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	501	473
Anzahl beschiedene Anträge	59	49
• davon Anzahl Genehmigungen	59	49
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl geprüfter Ärzte	44	39
• davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	40	25
• davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	4	8
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4% der abrechnenden Ärzte lag	entfällt, da innerhalb 2 Jahre nach Inkrafttreten 10% der Ärzte geprüft werden müssen	
Anzahl Dokumentationen , die regelhaft pro Arzt geprüft werden	entfällt	
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	entfällt	

Bemerkungen:

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

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	31.12.2009		31.12.2008	
	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“
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:				
• davon ohne Beanstandungen	1	0	1	0
• davon mit geringen Beanstandungen	11	3	9	1
• davon mit erheblichen Beanstandungen	8	1	3	2
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	20	0	12	5
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	43		32	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0		0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	39		21	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0		1	
• davon bestanden	0		1	
• davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0		0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0		0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0		0	

C.5 BLUTREINIGUNGSVERFAHREN/DIALYSE

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

Die Qualitätssicherungsrichtlinie nach § 136 und 136a des SGB V ergänzt oben genannte Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V. Sie regelt:

1. Die Verpflichtung der Dialyse-Einrichtungen zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
2. Kriterien zur Qualitätsbeurteilung der Dialyse-Behandlungen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung

Das übergeordnete Ziel der Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse ist, die Qualität der Patientenversorgung auf einem hohen Niveau zu erhalten und zu sichern. Zu diesem Zweck werden Parameter im Sinne von Qualitätsindikatoren erhoben, für die valide Grenzwerte vorliegen und die Aussagen über die Prozess- und/oder Ergebnisqualität der Dialysebehandlung erlauben. Die einheitliche Datenerhebung durch alle Dialyse-Einrichtungen in Deutschland ermöglicht einen Vergleich mit den Ergebnissen aller und eröffnet damit die Chance zur Qualitätsverbesserung. Zur Gewährleistung des Datenschutzes wird über den gesamten Erhebungsprozess mit pseudonymisierten Daten gearbeitet.

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009 Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009, Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert 3.10.2007

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge)	78	81
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	206	193
Anzahl beschiedene Anträge	93	20
• davon Anzahl Genehmigungen	93	19
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1
• davon bestanden	0	1
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	7	2

Patienten	2009				2008
Anzahl Patienten	8.317				9.450
Aus dem Inhalt des Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommission gem. § 7 Abs.3 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.					
Anzahl der Einrichtungen, die an der daten-gestützten Qualitätssicherung teilnehmen (§ 2 Abs. 1)	I/09	II/09	III/09	IV/09	2008
	81	80	79	78	81
Anzahl der Kommissionssitzungen (§ 7 Abs. 4)	4				4
Anzahl und Ergebnisse der durchgeführten Stichprobenprüfungen (§ 8 Abs. 1):					
Anzahl geprüfter Einrichtungen	38				* Angeschrieben 38 Praxen
Anzahl Prüfungen	62				0
• davon ohne Auffälligkeiten	0				0
• davon mit Auffälligkeiten	62				0
- Anzahl der Aufforderungen zur Beseiti-gung von Mängeln (§ 10 Abs. 1 S. 1)	0				0
- Anzahl der durchgeführten Beratungs-gespräche (§ 10 Abs. 1 S. 2)	2				1
- Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0				0
- Anzahl der widerrufenen Genehmi-gungen (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0				0
weitere qualitätsfördernde Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung					
Anzahl Beratungen unabhängig von Auffäl-ligkeiten (auch § 14)	0				0
Anzahl schriftlicher Stellungnahmeverfahren	62				0
Anzahl Informationsschreiben	0				0

Bemerkungen:

* Dialysepraxen, die i. S. der QS-Dialyse Richtlinie Auffälligkeiten aufweisen, wurden angeschrieben und zu einer Stellungnahme auf-gefordert. Hierdurch konnten die Auffälligkeiten geklärt werden und die Praxen in der „Lernphase“ 2008 sensibilisiert werden

C.6 ERWEITERTES NEUGEBORENEN-SCREENING

Im Rahmen der Kinderrichtlinien des G-BA ist zum 1. April 2005 ein erweitertes Neugeborenen-Screening eingeführt worden.

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 Befundergeb-

nisse und Schnelligkeit, mit der in Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Aus diesem Grunde sind in der Kinderrichtlinie detaillierte Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgegeben, deren Umsetzung die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten und an den GBA weiterleitet.

In Baden-Württemberg ist als einziges das Labor der Uni Heidelberg zur Abgabe von Berichten verpflichtet. Die Ergebnisse des Jahres 2009 sind auszugsweise der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Auszug aus dem Qualitätsbericht 2009 für das erweiterte Neugeborenen-Screening gemäß Anhang 2 § 14 Abs.4 der Kinderrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

- Screening-Labor: Neugeborenen-Screening Heidelberg, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Verfasser: Dr. M. Lindner, S. Mengler
- Erfasste Region: Teile Baden-Württembergs, des Saarlands, von Rheinland-Pfalz
- **Anzahl aus der Erstuntersuchung (1. Filterkarte).** Mit dieser Frage soll evaluiert werden, ob eine ausreichende Anzahl von Neugeborenen entsprechend § 13 Abs. 1 der Richtlinie im Erfassungszeitraum untersucht wurden.

Anzahl der Erstuntersuchungen nach Abnahmezeitpunkt	Anzahl	davon < 32. SSW (§8 Abs. 4)	Erstuntersuchung auffällig	davon < 32. SSW
Gruppe A: Blutentnahme Erstuntersuchung ab der 36. Lebensstunde	103.746	1.268	459	66
Gruppe B: Blutentnahme Erstuntersuchung vor der 36. Lebensstunde (§8 Abs. 2)	1.346	112	153	17
Gruppe C: Eingruppierung in A oder B nicht möglich, da Angaben auf der Filterkarte fehlen	8	0	0	0
Gesamt	105.100	1.380	612	83

C.7 HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL)	321	341
Anzahl beschiedene Anträge	23	19
• davon Anzahl Genehmigungen	23	18
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0	0

C.8 HAUTKREBS-SCREENING

C.8.1 Histopathologie

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

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

Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

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

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

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

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

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.10.2009		31.12.2009
	neu	erneut (§ 5 Abs. 5)	erneut (§ 8 Abs. 6)
Anzahl beschiedener Anträge	79	-	-
• davon Anzahl Genehmigungen	76	-	-
• davon Anzahl Ablehnungen	3	-	-
Kolloquium § 9 Abs. 6	0		
Praxisbegehungen § 9 Abs. 5	0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl (§ 5 Abs. 4)		Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)
	-		-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0		

Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2*						
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ)	<500	500–749	750–999	1.000–1.249	1.250–1.500	> 1.500
	-	-	-	-	-	-
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben	-	-	-	entfällt	entfällt	entfällt
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 8) – Prüfprozess/Mängelanalyse*						

Bemerkungen:

* 2009 keine Prüfung, da QS-Vereinbarung erst am 1.10.2009 in Kraft getreten

C.8.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)

Der gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im November 2007 beschlossen, die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen auf das Hautkrebsscreening 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 Stand	31.12.2009	31.12.2008
hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung mit Genehmigung zum Hautkrebs-Screening	5.161	4.585
Anzahl beschiedener Anträge	622	Nicht ermittelt
• davon Anzahl Genehmigungen	619	Nicht ermittelt
• davon Anzahl Ablehnungen	3	Nicht ermittelt
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Genehmigung zum Hautkrebs-Screening, Stand 31.12.2009	414	406
Anzahl beschiedener Anträge 2009	419	Nicht ermittelt
• davon Anzahl Genehmigungen	414	Nicht ermittelt
• davon Anzahl Ablehnungen	5	Nicht ermittelt

C.9 HIV-INFEKTIONEN/AIDS-ERKRANKUNGEN

Die Vereinbarung (seit 1. Juli 2009 in Kraft) dient der Sicherung der Qualität 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 1.7.2009

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.7.2009		31.12.2009
	20		25
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 8 Abs. 4)	erneut (§ 10 Abs. 5)
	6	-	-
• davon Anzahl Genehmigungen	5	-	-
• davon Anzahl Ablehnungen	1	-	-
Kolloquium § 11 Abs. 4	0		
Praxisbegehungen § 11 Abs. 5 Nr. 2	0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 3)	mangelnde Fortbildung (§ 10 Abs. 4)	Unterschreitung Mindestfallzahl (§ 10 Abs. 4)
	-	-	-
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0		

Frequenzregelung § 10 Abs. 1 Nr. 1						
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich ... betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	< 5	5–9	10–14	15–19	20–24	> 24
			1	2***		22
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen			0	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			1	0		entfällt
Fortbildung § 10 Abs. 1 Nr. 2						
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung (§ 10 Abs. 1 Nr. 2)	25					
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 8) – Prüfprozess/Mängelanalyse**						

Bemerkungen:

* Mehrfachnennungen innerhalb dieser Ebene möglich

** Da die Vereinbarung erst zum 1.7.2009 in Kraft trat, finden die ersten Dokumentationsprüfungen 2010 statt

*** Im Rahmen der Übergangsregelung

C.10 INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

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

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

Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von interventionellen Angiographien einen Nachweis über mindestens 100 Katheterangiographien, wovon mindestens 50 therapeutisch sein müssen, zu erbringen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006						
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterangiographien (gem. § 3 Abs. 1)						
Genehmigungen*						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2009	31.12.2009	1.1.2008	31.12.2008		
	9	7	14	13		
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)		
	0	0	0	0		
Kolloquium	0		0			
Praxisbegehungen	0		0			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterr. Mindestzahl	sonstige Gründe	Nichterr. Mindestzahl	sonstige Gründe		
	0	0	0	1		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0		0			
Frequenzregelung**						
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen Katheterangiographien, die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden	<80	80–89	90–99	100–109	110–119	>119
	3			3		1
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	37			entfällt	entfällt	entfällt

Bemerkungen:

* Richtigstellung aufgrund Programmbereinigung

** Zahlen für die Frequenzregelung soweit diese vorlagen

Genehmigungen zu diagnostischen Katheterangiographien und kathetergestützten therapeutischen Eingriffen (gem. § 3 Abs. 2)

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2009	31.12.2009	1.1.2008	31.12.2008		
		53	54	35	39	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)		
	5	0	9	0		
• davon Anzahl Genehmigungen	5	0	9	0		
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0		
Kolloquium	0		0			
Praxisbegehungen	0		0			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl		sonstige Gründe			
	<100 diagn. + therap.	< 50 therap.				
	0	0	0			
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	4					
Frequenzregelung**	2009					
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen Katheterangiographien oder kathetergestützten therapeutischen Eingriffen, die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden	<80	80–89	90–99	100–109	110–119	>119
	29	0	0	4	1	12
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	20	0	0	entfällt	entfällt	entfällt
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützten therapeutischen Eingriffen, die im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden	<30	30–39	40–49	50–59	60–69	>69
	45	0	1	3	1	4
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	24	0	1	entfällt	entfällt	entfällt

C.11 INVASIVE KARDIOLOGIE

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, anhand derer die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Sie regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung.

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

**Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen
(Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999**

Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)

Genehmigungen

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2009	31.12.2009	1.1.2008	31.12.2008
	21	18	17	21
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)
	0	0	5	0
• davon Anzahl Genehmigungen	0	0	5	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterr. Mindestzahl	sonstige Gründe	Nichterr. Mindestzahl	sonstige Gründe
	0	0	0	0
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	keine Angaben möglich			
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	3		1	

Frequenzregelung

Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)		<100	100–129	130–149	150–169	170–199	>199
	2009	7	4	2	2	2	1
	2008	5	2	4	7	2	15
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	2009	5	3	2	entfällt	entfällt	entfällt
	2008	6	0	3	-	-	-

Invasive Kardiologie

Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)								
Genehmigungen								
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2009	31.12.2009	1.1.2008	31.12.2008				
	44	54	42	44				
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)				
	10	0	4	0				
• davon Anzahl Genehmigungen	10	0	4	0				
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0				
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0			0				
Anzahl Praxisbegehungen	0			0				
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl			sonstige Gründe	Nichterreichen Mindestzahl			sonstige Gründe
	gesamt	ges. + therap.	therap.		gesamt	ges. + therap.	therap.	
	0	0	0		0	0	0	
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	Keine Angaben möglich							
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0			2				
Frequenzregelung								
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	<100	100–129	130–149	150–169	170–199	>199		
	2009	11	3	2	3	6	13	
	2008	5	2	4	7	2	15	
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben	8	2	2	entfällt	entfällt	entfällt		
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	<33	33–42	43–49	50–56	57–66	>66		
	7	2	1	2	1	11		
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben	6	2	1	entfällt	entfällt	entfällt		

C.12 KOLOSKOPIE

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

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

Neu in dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Koloskopaufbereitung 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. Polypektomien können sowohl bei totalen als auch bei partiell durchgeführten Koloskopien anerkannt werden.

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

Genehmigungen

	1.1.2009	31.12.2009	1.1.2008	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	43	35	45	44
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	331	329	333	330
Anzahl beschiedener Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs: 5)	neu	erneut (§ 6 Abs: 5)
	0	1	0	1
• davon Anzahl Genehmigungen	0	1	0	1
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs: 5)	neu	erneut (§ 6 Abs: 5)
	22	0	20	0
• davon Anzahl Genehmigungen	22	0	20	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0

Koloskopie

Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ → kurativ und präventiv)	2009	1					
	2008	0					
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2009	0					
	2008	0					
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 und § 7	2009	9					
	2008	4					
• davon wg. § 7 – Überprüfung Hygienequalität	2009	1					
	2008	1					
		31.12.2009	31.12.2008	31.12.2009	31.12.2008		
• davon ausschließlich wg. Mängel/ Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien		wg. Mängel gem. § 6 Abs. 3 c–e		wg. Nichterreichen Mindestzahl			
		1	0	0	1		
• davon ausschließlich wg. Mängel/ Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien		wg. Mängel gem. § 6 Abs. 4 b–c		wg. Nichterreichen Mindestzahl			
		6	0	1	0		
• davon sowohl wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien		wg. Mängel gem. § 6 Abs. 3 c–e § 6 Abs. 4 b–c		wg. Nichterreichen Mindestzahl			
		2	1	0	1		
Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z. B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)		26		20			
Frequenzregelungen totale Koloskopien							
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421)		<125	125–174	175–199	200–224	225–274	>274
	2009	27	8	4	14	36	274
	2008	37	13	13	28	29	238
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	2009	26(1)**	6	4	entfällt	entfällt	entfällt
	2008	29	10	12	-	-	-

Stichprobenprüfungen totale Koloskopien*	31.12.2009	31.12.2008					
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 a–e	331 (4)**	354**					
• davon bestanden	307	330					
• davon nicht bestanden	19	24					
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt						
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f	12 (4)**	21***					
• davon bestanden	6	7					
• davon nicht bestanden	2	4					
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 3 g	6 (1)**	0					
• davon bestanden	3	0					
• davon nicht bestanden wg. Mängel nach c–e	2	0					
• davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl	1	0					
Frequenzregelungen Polypektomien							
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)		<5	5–7	8–9	10–11	12–14	>14
	2009	14	5	5	5	5	302
	2008	17	3	4	22	21	291
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	2009	14	4 (1)**	5	entfällt	entfällt	entfällt
	2008	12	2	4	-	-	-

Koloskopie

Stichprobenprüfungen Polypektomien*	31.12.2009	31.12.2008
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 4 a–c	309 (4)**	354(4)**
• davon bestanden	277	317
• davon nicht bestanden	27	37
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt	
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 4 d	28 (1)**	0
• davon bestanden	20	0
• davon nicht bestanden wg. Mängel nach b–c	7	0
• davon nicht bestanden wg. Nichterreichender Mindestzahl	0	0

Bemerkungen:

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

** In diesen Zahlen sind noch nicht abgeschlossene Prüfungen enthalten oder fehlen (Anzahl siehe Klammer)

*** davon sind 10 Fälle noch nicht abschließend bearbeitet gewesen

Prüfungen zur Hygienequalität

	31.12.2009	31.12.2008		
Anzahl überprüfter Einrichtungen *	326	311		
Anzahl der Prüfungen	1. Prüfung (6 Monate) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüfung (3 Monate) (§ 7 Abs. 8a)**	3. Prüfung (6 Wochen) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)	
	2009	644	26	2
	2008	625	18	1

Bemerkungen:

* gemeint sind Praxen, nicht Koloskope

C.13 KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

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

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

Die Richtlinien über künstliche Befruchtung setzen die vom Gesetzgeber in § 27a SGB V festgelegten Vorgaben um. Die letzte Richtlinienänderung erfolgte durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 15. November 2007; dieser Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und trat am 6. Februar 2008 in Kraft (Methodenwechsel zur ICSI, Spezifizierung der Beratungsinhalte).

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	94	95
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	33	32

C.14 LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Diese Richtlinien 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 Ärzte. Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (Rili-BÄK) zur Qualitätssicherung in medi-

zischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen

**Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen
in der kassenärztlichen / vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie,
Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 9.5.1994**

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen	1.842	2.010
Anzahl beschiedene Anträge	86	137
• davon Anzahl Genehmigungen	73**	121
• davon Anzahl Ablehnungen	17**	16
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	55	62
• davon bestanden	48	55
• davon nicht bestanden	11***	7
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	44****
Anzahl Praxisbegehungen	0	0

Bemerkungen:

* davon drei Anträge zurückgezogen

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

*** teilweise (nicht) bestandene Kolloquien

****nur Zahlen der Bezirksdirektion Freiburg und Karlsruhe ermittelbar

C.15 LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

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

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1992

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	1.186	1.394
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung , Stand 31.12.2009	1.621	2.059
Anzahl beschiedene Anträge	188	292
• davon Anzahl Genehmigungen	187	292
• davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.16 MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE

Diese Vereinbarung sichert die Strukturqualität bei 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 Magnetre-

sonanz-Mammographie (MRM). Die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung wird nach der Teilnahme an einem Kolloquium erteilt und ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren

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

Allgemeine Kernspintomographie	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT)	320	286
Anzahl beschiedene Anträge	49	56
• davon Anzahl Genehmigungen	46	53
• davon Anzahl Ablehnungen	3	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	10
• davon bestanden	3	8
• davon nicht bestanden	2	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	Keine Angaben möglich
Kernspintomographie der Mamma		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM)	51	51
Anzahl beschiedene Anträge	6	7
• davon Anzahl Genehmigungen	4	7
• davon Anzahl Ablehnungen	2	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	8
• davon bestanden	4	7
• davon nicht bestanden	2	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Frequenzregelung zur MRM (Anzahl jährliche Nachweise nach § 4a Abs. 2)					
• mind. 50 Untersuchungen	Noch keine Angaben möglich		33		
• weniger als 50 Untersuchungen	Noch keine Angaben möglich		9		
- Kolloquium innerhalb 3 Monaten	Noch keine Angaben möglich		1		
- davon bestanden	Noch keine Angaben möglich		1		
- davon nicht bestanden	Noch keine Angaben möglich		0		
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	31.12.2009		31.12.2008		
Anzahl geprüfter Ärzte	31		49		
• davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	30		44		
• davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	1		5		
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4% der abrechnenden Ärzte lag	entfällt		entfällt		
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	entfällt		entfällt		
	2009		2008		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 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“	
Kriterien (§ 4 ABS. 3, Ziffer 1–5) 1				1	2
• davon ohne Beanstandungen	26	0	36	0	0
• davon mit geringen Beanstandungen	2	0	8	0	0
• davon mit erheblichen Beanstandungen	1	1	0	0	0
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1	0	0	0	0

Bemerkungen:

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

Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

	2009	2008
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	4	6
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0	0
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	0

C.17 MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Bei der Magnetresonanztomographie (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 Magnetresonanztomographie jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

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

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007, Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001			
Genehmigungen Stand	1.1.2009	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	222	264	224
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 10)	
	42	0	224
• davon Anzahl Genehmigungen	42		224
• davon Anzahl Ablehnungen	0		0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 5)	0		0
Praxisbegehungen	0		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 7 Abs. 9)	0		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		0
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 7) – Prüfprozess			
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 2)	10		0
• davon ohne Beanstandungen	6		0
• davon mit Beanstandungen	4		0
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 20% der abrechnenden Ärzte lag	Aus organisatorischen Gründen wurde die MR-Angiographie Qualitätsprüfung mit der MRT-Qualitätsprüfung zusammengelegt. Somit wurde die geforderte Anzahl nicht erreicht.		
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 7 Abs. 9)	Steht noch aus		0
Kolloquien (§ 7 Abs. 9)	0		0
Zahl der geprüften Dokumentationen mit Indikationsstellung, die nicht in Anlage 2 aufgeführt ist (§ 7 Abs. 5)	0		0

C.18 MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Mit Wirkung zum 1. Januar 2007 wurde zur Regelung von Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Mammographie eine eigene Vereinbarung geschaffen.

Als Neuerung wurde in der Richtlinie der Zeitpunkt der ersten Selbstüberprüfung auf 24 Monate

und nicht wie bisher auf zwölf Monate nach Erteilung der Genehmigung festgesetzt. Die Zuständigkeit für die Erstellung der Fallsammlungen wurde 2008 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) übertragen, die Evaluation der Prüfungen bleibt in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Diese Vereinbarung sieht neben detaillierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor. Dies sind im Wesentlichen

- die Beurteilung einer Fallsammlung vor Erteilung einer Genehmigung
- die kontrollierte Selbstüberprüfung in zweijährigem Abstand und
- die Überprüfung der Dokumentation.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.1.2007

Genehmigungen Stand	1.1.2009	31.12.2009	2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	319	331	327
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut	
	38	5	44
• davon Anzahl Genehmigungen	30	5	44
• davon Anzahl Ablehnungen	8	0	0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung (§ 14 Abs. 8)	0	0	0

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

Anzahl Prüfungen	1. Prüfung 2009	Wiederholungsprüfung	1. Prüfung 2008	Wiederholungsprüfung
		24	3	25
• davon bestanden	15	1	22	0
• davon nicht bestanden	9	2	3	0

Mammographie (kurativ)

Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D			
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	reguläre Selbstüberprüfung		Wiederholungsprüfung
	2009	182	2
2008	1	8	
• davon erfolgreiche Teilnahme	2009	172	2
	2008	1	1
• davon nicht erfolgreiche Teilnahme	2009	10	0
	2008	0	1
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 11 Abs. 2e)	2009		2008
		0	0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen (§ 11 Abs. 3b)		0	-
Widerruf der Genehmigung (§ 11 Abs. 3c)		0	0

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

Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde		reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 7 a) innerhalb sechs Monaten	Wiederholungsprüfung nach § 11 Abs. 7 b innerhalb drei Monaten
	2009	132	1	7
	2008	105	5	
• davon erfüllt	2009	123	1	5
	2008	95	4	
• davon nicht erfüllt	2009	entfällt	0	2
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel (§ 12 Abs. 7a)	2009	3	entfällt	entfällt
	2008	2	1	
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel (§ 12 Abs. 7b)	2009	8	entfällt	entfällt
	2008	10	1	
Widerruf der Genehmigung (§ 12 Abs. 7)	2009	0		
	2008	0		
Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen oder Widerruf § 14 Abs. 5				
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 a nicht nachgekommen sind (§ 11 Abs. 1)	2009		2	
	2008		-	
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 b nicht nachgekommen sind (§ 14 Abs.5)	2009		0	
	2008		-	
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 c nicht nachgekommen sind (§14 Abs.6)	2009		0	
	2008		-	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	2009		7	
	2008		4	

C.19 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.

Aus diesem Grunde hat der Deutsche Bundestag im Juni 2002 einstimmig gefordert, ein flächendeckendes Mammographie-Screening einzuführen. Im Januar 2004 sind die entsprechenden umfangreichen Richtlinien (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und BMV-Ä/EKV) zur Einführung des Screenings in die vertragsärztliche Versorgung in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen zwischen 50 bis 69 Jahre Anspruch auf eine Mammographie-Screening-Untersuchung, sobald das Screening in ihrer Region angeboten wird. Alle Frauen dieser Altersgruppe werden dann regelmäßig im Abstand von zwei Jahren eingeladen.

Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen – insbesondere was die Qualifikationen betrifft. Im Screening-Programm befundende Ärzte müssen sich daher laufend fortbilden und pro Jahr Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen beurteilen. Nur so kann eine Routine in der Beurteilung von Screening-Aufnahmen gewährleistet werden, denn im Rahmen des Programms bekommt der Arzt bei 5.000 Frauen „nur“ 20 Karzinome zu sehen.

Besondere Anforderungen werden an die so genannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die

Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessments). Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit als Programmverantwortlicher eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

Damit die umfassenden Qualitätssicherungsmaßnahmen auch von allen am Programm mitwirkenden Ärzten und Fachkräften geleistet werden können, werden sie von Referenzzentren unterstützt. Jede Screening-Einheit ist einem Referenzzentrum zugeordnet. Für die Versorgungsregionen in Baden-Württemberg ist dies das Referenzzentrum Marburg. Ihre Aufgabe ist es, die am Mammographie-Screening-Programm teilnehmenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte fortzubilden, zu betreuen und zu beraten. Zudem sind sie für die externe medizinische und technische Qualitätssicherung verantwortlich sowie für einen Teil der Programmevaluation. Jeder Leiter eines Referenzzentrums ist auch Programmverantwortlicher Arzt in einer dem Referenzzentrum angegliederten regionalen Screening-Einheit.

Entsprechend den Vorgaben der Programmrichtlinien mussten Versorgungsregionen gebildet werden, in denen etwa jeweils eine Million Menschen leben. In Baden-Württemberg wurden insgesamt 10 dieser Versorgungsregionen (Screening-Einheiten) gebildet. Im Dezember 2008 hat die letzte Screening-Einheit ihre Tätigkeit aufgenommen, so dass ab Ende 2008 das Mammographie-Screening in Baden-Württemberg flächendeckend zur Verfügung stand.

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.

Im Jahr 2009 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 559.715 Frauen eingeladen, davon haben 306.668 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von 54,8 Prozent).

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

Weitere Informationen zum Thema Mammographie-Screening finden Sie im Internet bei folgenden Adressen: <http://www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de> und <http://www.mammascreeen-bw.de>

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

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
programmverantwortliche Ärzte	19	19
• davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsie	4	
kooperierende Ärzte:		
• Befunder von Mammographieaufnahmen	69	59
• histopathologische Beurteilung	19	18
• Erbringung von Stanzbiopsien	24	20
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsie	16	
• ermächtigte Krankenhausärzte	103	81

C.20 MEDIZINISCHE REHABILITATION

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

Die Richtlinien regeln die erforderlichen Qualifikationen, damit Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen können. Bis zum

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.3.2005

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7.032	6.696
Anzahl beschiedene Anträge	501	756
• davon Anzahl Genehmigungen	501	756
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.21 ONKOLOGIE

Hierbei handelt es sich um Zusatzvereinbarungen besonderer Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung, die bis zum 30. September 2009 galten. Ziel dieser Vereinbarung ist die wohnortnahe ambulante Behandlung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt voraus, dass der Vertragsarzt nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordiniert.

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

Seit dem 1. Oktober 2009 trat eine neue Onkologie-Vereinbarung gemäß Anlage 7 BMV in Kraft. Die Umsetzung der Vereinbarung erfolgt zum 1. Juli 2010.

Genehmigungen Stand	1.1.2009*	31.12.2009**	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	571	605	573
Anzahl beschiedene Anträge		45	51
• davon Anzahl Genehmigungen		42	45
• davon Anzahl Ablehnungen		3	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		11	15
• davon bestanden		9	11
• davon nicht bestanden		2	4
Anzahl Praxisbegehungen		0	-
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung		9	4
Überprüfung der Dokumentation § 10 – Prüfprozess***			
Überprüfung der Dokumentation § 10 – Mängelanalyse ***			
Fortbildungsverpflichtung § 7 Abs. 1.–3. ***			
Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten ***			

Bemerkungen:

* zum Stand 1.1.2009 sind Genehmigungen nach den zuvor gültigen regionalen Vereinbarungen gemeint

** zum 31.12.2009 galten in BW die Genehmigungen auf Grundlage der regionalen Vereinbarungen aus Sicherstellungsgründen weiter

*** Die Dokumentationsprüfung, die Fortbildungsverpflichtung nach § 7 1.– 3. wie auch der Nachweis der jährlich betreuten Patienten nach der neuen Vereinbarung werden erstmalig 2010 geprüft

C.22 OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

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

mit der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ oder der „Phoniatrie und Pädaudiologie“ gestellt werden. Eine Genehmigung kann die Kassenärztliche Vereinigung erteilen, wenn zudem eine Gewährleistungsgarantie für das benutzte Gerät vorliegt, welche die in der Richtlinie beschriebenen Bedingungen umfasst.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	390	387
Anzahl beschiedene Anträge	18	22
• davon Anzahl Genehmigungen	18	22
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.23 PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

Seit dem 1. August 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen am zentralen Augenhintergrund Leistungsbestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Qualitätssicherungsvereinbarung wurde mehrfach überarbeitet und dem jeweils gültigen Zulassungsstand des eingesetzten Medikamentes angepasst.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung PDT beinhaltet außerdem Vorgaben hinsichtlich der Dokumentation zur Indikationsstellung bei der Erstbehandlung. Die Dokumentationen werden von der Qualitätssicherungs-Kommission PDT/PTK der KVBW jährlich beziehungsweise bei Erfüllung der Anforderungen nur alle zwei Kalenderjahre stichprobenartig überprüft. In diese Stichprobenprüfungen sind zehn vom Arzt abgerechnete Fälle einzubeziehen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001 zuletzt geändert: 15.11.2007

Genehmigungen Stand		1.1.2009	31.12.2009	1.1.2008	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		43	43	42	43
Anzahl beschiedene Anträge		neu	erneut (§ 6 Abs. 6)	neu	erneut (§ 6 Abs. 6)
		3	0	3	3
• davon Anzahl Genehmigungen		3	0	2	2
• davon Anzahl Ablehnungen		0	0	1	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 2)		0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)		0		0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung		0		1	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)		1. Überprüfung (§ 6 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 2)	
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr	2009	1	1	0	
	2008	14	0	0	
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach zwei Jahren	2009	0	0	0	
	2008	0	0	0	

C.24 PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

Gemäß der zum 1. Oktober 2007 in Kraft gesetzten Qualitätssicherungsvereinbarung PTK sind Augenärzte zur Durchführung und Abrechnung der Phototherapeutischen Keratektomie (PTK) berechtigt, wenn sie den Nachweis zehn selbstständig durchgeführter PTK mit Excimer-Laser erbringen. Alternativ wird als Qualifikationsnachweis auch die Durchführung von zehn selbstständig durchgeführten anderen Eingriffen mittels Excimer-Laser bei zusätzlicher Teilnahme an einer entsprechenden Fortbildung anerkannt.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung PTK beinhaltet außerdem Vorgaben zur Dokumentation der Indikation und zur Durchführung der PTK. Die Dokumentationen werden auch hier von der Qualitätssicherungs-Kommission PDT/PTK der KVBW alle zwei Kalenderjahre stichprobenartig überprüft. In diese Stichprobenprüfungen sind mindestens zehn Prozent der insgesamt abgerechneten Fälle und mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte einzubeziehen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007		
Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	17	14
Anzahl beschiedene Anträge	3	8
• davon Anzahl Genehmigungen	3	7
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 9 Abs. 2)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 7) ab 2009/2010		

C.25 PSYCHOTHERAPIE

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

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

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

Richtlinienverfahren

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

psychosomatische Grundversorgung

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

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 18.04.2009

Verwaltungsaufwand	2009	2008
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	1.301	920
• davon Anzahl Genehmigungen	1.299	919
• davon Anzahl Ablehnungen	2	1

Psychotherapie

Richtlinienverfahren						
Genehmigungen Stand	31.12.2009				31.12.2008	
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	3.608				3.498	
• davon Ärzte	1.566				1.514	
im Einzelnen						
	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
	2009	2008	2009	2008	2009	2008
• Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.744	1.703	301	309	433	428
• davon Ärzte	1.169	1.126	183	191	86	85
• Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	919	851	291	267	142	85
• davon Ärzte	226	178	29	28	46	31
• Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	570	564	150	158	303	303
• davon Ärzte	300	294	76	81	2	3
Befreiung von der Gutachterpflicht	2009				2008	
Anzahl Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht	2.294				2.169	
• davon Ärzte	765				737	
Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren						
Genehmigungen Stand	31.12.2009				31.12.2008	
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	9.723				8.858	
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	1.792				1.756	
• davon Ärzte	1.397				1.371	
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	1.561				1.526	
• davon Ärzte	811				1.014	
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	887				859	
• davon Ärzte	577				574	

C.26 SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

Mit dieser Vereinbarung wurde eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, welche die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung sichern soll, getroffen. Bei den Leistungen handelt es sich hierbei um die 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, Herz-

rhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage I Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) definiert.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt	343*	309
• davon Genehmigungen nur Polygraphie	307*	279
• davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	32*	30
Anzahl beschiedene Anträge nur Polygraphie	38	53
• davon Anzahl Genehmigungen	37	52
• davon Anzahl Ablehnungen	1	1
Anzahl beschiedene Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	2	9
• davon Anzahl Genehmigungen	2	9
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Bemerkungen:

* Die Differenz bei den Genehmigungszahlen ergibt sich daraus, dass einige Krankenhausärzte lediglich für die Polysomnographie ermächtigt wurden

C.27 SCHMERZTHERAPIE

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

Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	153	146
Anzahl beschiedene Anträge	18	20
• davon Anzahl Genehmigungen	14	20
• davon Anzahl Ablehnungen	4	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren – § 4 Abs. 3 Nr. 4)	1	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	1	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	1
Versorgung		
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	0	0
Dokumentationsprüfung		
Anzahl Prüfungen nach § 7 Abs. 2	129	124
• davon ohne Beanstandungen	114	89
• davon mit Beanstandungen	15	35

C.28 SOZIALPSYCHIATRIE

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	66	67
Anzahl beschiedene Anträge	4	8
• davon Anzahl Genehmigungen	4	8
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	0

C.29 SOZIOThERAPIE

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

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

Soziotherapie

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002		
Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	459	448
Anzahl beschiedene Anträge	21	11
• davon Anzahl Genehmigungen	21	11
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	5

C.30 STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

Zur Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Arzt gegenüber der KV die in der Richtlinie beschriebene fachliche Qualifikation nachweisen; außerdem muss er

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

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995		
Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	136	129
Anzahl beschiedene Anträge	16	20
• davon Anzahl Genehmigungen	16	20
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	Keine Angaben möglich

C.31 STRAHLENDIAGNOSTIK/-THERAPIE

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

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

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

werden. Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung, die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen alle Antragsteller die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachweisen. Aus dieser Vereinbarung ausgegliedert wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 der Bereich der Mammographie, der in eine eigene Vereinbarung überführt wurde.

C. 31.1 Allgemeine Radiographie (Anlage I nach Klassen I–XIII (außer VIII und XI))

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2009

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Radiographie	2.703	2.642
Anzahl beschiedene Anträge	275	338
• davon Anzahl Genehmigungen	269	331
• davon Anzahl Ablehnungen	6	7
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	6
• davon bestanden	4	4
• davon nicht bestanden	1	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	9

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	2009	2008
Anzahl geprüfter Ärzte – allgemeine Radiographie	197	210
• davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	187	184
• davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	10	26

Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 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“				
				1	2	3	4	5
Kriterium (§ 4 Abs. 3, Ziffer 1–5)								
• davon ohne Beanstandungen	165	8	146	0	0	0	15	0
• davon mit geringen Beanstandungen	22	1	32	0	0	0	8	0
• davon mit erheblichen Beanstandungen	0	1	3	0	0	0	1	0
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0	3	0	0	0	2	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	47		76					
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0		0					
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0		10					
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0		1					
• davon bestanden	0		1					
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0		0					
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0		0					
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0		0					

C.31.2 Computertomographie (Anlage I – Klasse VIII)

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Computertomographie	415	391
Anzahl beschiedene Anträge	58	78
• davon Anzahl Genehmigungen	56	72
• davon Anzahl Ablehnungen	2	6
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	2
• davon bestanden	1	2
• davon nicht bestanden	1	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	5

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	2009	2008
Anzahl geprüfter Ärzte – Computertomographie	22	15
• davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	22	12
• davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	0	3

Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 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“				
				1	2	3	4	5
Kriterium (§ 4 Abs. 3, Ziffer 1–5)								
• davon ohne Beanstandungen	22	0	12	0	0	0	3	0
• davon mit geringen Beanstandungen	0	0	0	0	0	0	0	0
• davon mit erheblichen Beanstandungen	0	0	0	0	0	0	0	0
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0		1					
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0		0					
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b)	0		1 (Wegen Fachfremdheit)					
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	0		-					
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0		-					
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0		-					
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0		-					

C.31.3 Osteodensitometrie (Anlage I – Klasse XI und Anlage III – Klasse VI)

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Osteodensitometrie	356	352
Anzahl beschiedene Anträge	55	47
• davon Anzahl Genehmigungen	55	47
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	4*
• davon bestanden	0	4
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	5	1**

Bemerkungen:

* Im Bereich der KVBW wurde das obligatorische Kolloquium durch den Vorstand seit Februar 2008 vorerst ausgesetzt

** Zahlen in den Bezirksdirektionen Stuttgart und Reutlingen nicht ermittelbar

C.31.4 Strahlentherapie (Anlage II)

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Strahlentherapie	140	121
Anzahl beschiedene Anträge	33	27
• davon Anzahl Genehmigungen	32	27
• davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1
• davon bestanden	0	1
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	1*

Bemerkungen:

* Zahlen in den Bezirksdirektionen Stuttgart, Freiburg und Reutlingen nicht ermittelbar

C.31.5 Nuklearmedizin (Anlage III, nach Klassen I–V)

Genehmigungen Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Nuklearmedizin	228	232
Anzahl beschiedene Anträge	23	21
• davon Anzahl Genehmigungen	23	21
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	4	3
• davon bestanden	4	3
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	1*

Bemerkungen:

* Zahlen in den Bezirksdirektionen Stuttgart, Freiburg und Reutlingen nicht ermittelbar

C.32 SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

Die Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger (BUB-Richtlinien, Anlage A), sind von 1991 bis 2002 mehrfach geändert worden. Seit der jüngsten

umfassenden Überarbeitung (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31. Dezember 2002 und zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten) sind Elemente der Qualitätssicherung wesentliche Bestandteile der Richtlinie.

Insbesondere ergaben sich nachfolgende Änderungen durch die Richtlinie:

- Der qualifizierte Arzt entscheidet über das Vorliegen der Substitutions-Indikation. Das heißt, das bisherige Antrags- und Bewilligungsverfahren durch die Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung entfällt und wird durch das Meldeverfahren ersetzt.
- Zur Substitutionsbehandlung sind grundsätzlich nur qualifizierte Ärzte mit der Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zugelassen. Diese Ärzte entscheiden über den Beginn und die Fortsetzung einer Substitutionsbehandlung. Des weiteren können Ärzte, die die Zusatzqualifikation nicht erworben haben, für höchstens drei Patienten gleichzeitig ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn sie zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt, der die Anforderungen erfüllt (Konsiliaris) abgestimmt haben und der Patient dem Konsiliaris mindestens einmal im Quartal vorgestellt wird.
- Der substituierende Arzt muss für jeden substituierten Patienten zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellen (das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht) und den Verlauf daran kritisch überprüfen.
- Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Behandlungsfälle pro Quartal.
- Abweichend von den Stichproben-Überprüfungen sind der Kommission Substitutionsbehandlungen bei Jugendlichen, bei Abhängigkeitsdauer von weniger als zwei Jahren oder bei einer Codein/Dihydrocodein(DHC)-Substitution unmittelbar bei Therapiebeginn zu melden.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I

Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V,

Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 1.1.2003

Genehmigungen/Versorgung	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2009*	350	356
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal 2009)	288	284
Anzahl beschiedene Anträge	5	15
• davon Anzahl Genehmigungen	5	14
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	11	9
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	103	109
Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)		
Anzahl geprüfter Ärzte	-	-
Anzahl geprüfter Fälle	717	638
• davon ohne Beanstandungen	585	505
• davon mit geringen Beanstandungen	111	114
• davon mit erheblichen Beanstandungen	21	16
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)		
Anzahl geprüfter Fälle	407	255
• davon ohne Beanstandungen	319	198
• davon mit Beanstandungen	88	57
Patienten		
Anzahl Patienten im Jahr 2009	8.762	8.741
An-/Abmeldungen		
Summe Anzahl Patientenanmeldungen und -abmeldungen im Jahr 2009	8.612	9.446

Bemerkungen:

* Ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen

C.33 ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

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

Auch die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik 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 Ultraschall-diagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zu erteilen.

Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.4.2009, zuletzt geändert 1.7.2009; zuvor 1. Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005

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

Ultraschalldiagnostik: a) Genehmigungserteilung

Genehmigungen			
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung*	1.1.2009	31.12.2009	31.12.2008
	9.730	10.011	9.794
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte/Anwendungsbereiche**)	neu	erneut	
	1.275/2.749	0/0	2.320
• davon Anzahl Genehmigungen	1.230/2.637	0/0	2.251
• davon Anzahl Ablehnungen	45/112	0/0	69
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7	
	218	0	269
• davon bestanden	199	0	228
• davon nicht bestanden	19	0	41
Anzahl Widerrufe (Ärzte/Genehmigungsbereiche)**	1/1		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung (Ärzte/Genehmigungsbereiche)**	9/12		Keine Angaben möglich

Bemerkungen:

* Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen

** Anzahl der Ärzte und Anzahl der Verwaltungsakte (Anwendungsbereiche/Anwendungsklassen/Betriebsstätten) insgesamt

Ultraschalldiagnostik: b) Genehmigungsstand

Anwendungsbereiche		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand	31.12.2009	31.12.2008
AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	369	366
AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges	187	176
AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	221	203
AB 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	421	414
AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.010	950
AB 3.3 Schilddrüse, B-Modus	3.545	3.389
AB 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	613	605
AB 4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	73	52
AB 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	52	52
AB 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	1	-
AB 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	235	223
AB 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	0	-
AB 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.445	1.370
AB 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	8	-
AB 6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.078	1.033
AB 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	5.746	5.652
AB 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	28	-
AB 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	26	-
AB 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.162	1.152

Ultraschalldiagnostik: b) Genehmigungsstand

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	Stand	31.12.2009	31.12.2008
AB 8.1 Urogenitalorgane, B-Modus, transkutan		2.531	2.451
AB 8.2 Urogenitalorgane, B-Modus, transkavitär		111	-
AB 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus,		1.525	1.492
AB 9.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus,		1.484	1.464
AB 9.2 Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus,		893	904
AB 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus,		957	929
AB 10.2 Säuglingshüfte, B-Modus,		1.001	951
AB 11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus,		974	997
AB 12.1 Haut, B-Modus,		11	31
AB 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus,		29	-
AB 20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße		1.135	1.094
AB 20.2 CW-Doppler – extremitätenver- /entsorgende Gefäße		1.101	1.072
AB 20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße		7	-
AB 20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems		207	191
AB 20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße		329	-
AB 20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße		683	622
AB 20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße		146	-
AB 20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße		526	481
AB 20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße		6	-
AB 20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum		443	418
AB 20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems		202	199
AB 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal		542	-
AB 21.2 Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal		72	-
AB 21.3 Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Neugeborende, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal		47	-
AB 21.4 Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Neugeborende, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal		1	-
AB 22.1 Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System		91	85
AB 22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem		385	362

Ultraschalldiagnostik: c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Baujahre der US-Systeme, die bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung verwendet wurden § 16 Abs. 6 (Übergangsregelung)		
Anzahl gemeldeter US-Systeme (§ 2 (c))	Anzahl	Stichtag
		10.548**
• davon Systeme mit Baujahr*: vor 1990	544	
• davon Systeme mit Baujahr*: 1990–1994	1.355	
• davon Systeme mit Baujahr*: 1995–1999	2.211	
• davon Systeme mit Baujahr*: 2000–2004	2.865	
• davon Systeme mit Baujahr*: 2005–heute	3.177	

Bemerkungen: 617 Geräte ohne Angabe Baujahr

* Baujahr = Baujahr der Hauptkomponente des Systems

** Geräte ohne Angabe von Baujahr = 396

Apparative Ausstattung § 9 (Abnahmeprüfung)			
Anzahl abgenommener US-Systeme (§ 2 (c))	1.1.2009		31.12.2009
		57	
Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	neue Systeme	Erweiterungen	Altsysteme*
	22	0	35
• davon US-Systeme ohne Beanstandungen	20	0	29
• davon mit Beanstandungen (insgesamt)	2	0	6
bei Beanstandungen:			
Baujahr** des Systems: vor 1990	0	0	0
Baujahr** des Systems: 1990–1994	0	0	1
Baujahr** des Systems: 1995–1999	0	0	1
Baujahr** des Systems: 2000–2004	0	0	2
Baujahr** des Systems: 2005–heute	2	0	2

Bemerkungen: Erweiterungen wurden in 2009 noch nicht geprüft

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

** Baujahr = Baujahr der Hauptkomponente des Systems

Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3: 4 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)	
Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	-

Ultraschalldiagnostik: d) Dokumentationsprüfungen

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11		
Anzahl Prüfungen:	2009	
Anzahl geprüfter Ärzte	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
	37	0
• davon ohne Mängel	25	0
• davon mit Mängeln	12	0
Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)		
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bem.: gemeint ist die Anzahl der geprüften Ultraschalluntersuchungen, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	185	0
• davon ohne Beanstandungen	128	0
• davon mit Beanstandungen	57	0
Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:	25	0
* • darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	2	0
* • darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	1	0
* • darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	1	0
* • darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	4	0
* • darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	5	0
Beanstandungen der Bilddokumentation:	39	0
* • darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	37	0
* • darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	8	0
* • darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	5	0
Anzahl Kolloquien (§ 11 Abs. 6)	0	
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	Ärzte	Anwendungsbereiche
	0	0

Bemerkungen:

* Mehrfachnennungen möglich

Ultraschalldiagnostik: e) Säuglingshüfte

Genehmigungen Stand		2009		2008	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	Stand 1.1.	980		951	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	Stand 31.12.	1002		995	
Anzahl beschiedene Anträge		Neu	erneut (§ 11 Abs. 3 S. 5)	Neu	erneut (§ 11 Abs. 3)
		82	0	53	0
• davon Anzahl Genehmigungen		78	0	52	0
• davon Anzahl Ablehnungen		4	0	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		1		4	
• davon bestanden		1		4	
• davon nicht bestanden		0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)		12		7	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung		24		8	

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)								
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i. V. m. § 3)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
	2009	109	29	27	10	2	5	33
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ... in Stufe II und ... in Stufe III	2008	102	22	36	11	14	7	100
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
	2009	208	2	4	0	1	0	0
	2008	220	20	11	9	9	10	13
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs.2)	Stufe II	schriftl. Doku.		bildl. Doku.		schriftl. + bildl. Doku.		
	2009	11		289		29		
Anzahl Beurteilungen	2008	56		772		329		
	Stufe III	schriftl. Doku.		bildl. Doku.		schriftl. + bildl. Doku.		
	2009	1		19		0		
	2008	2		41		13		

Ultraschalldiagnostik: e) Säuglingshüfte

Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte		sachgerecht gem. § 9		Wiederholungsprüfung 6 Monate		Wiederholungsprüfung 3 Monate		Widerruf	
	2009	162		45		7		1	
	2008	143		109		37		3	
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5	
	2009	41	21	23	4	3	6	34	
	2008	72	17	26	6	6	3	44	
	Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und ... in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		2009	127	3	2	0	0	0	0
		2008	138	6	7	2	8	8	5
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2)		sachgerecht gem. § 9			erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate			Widerruf	
	2009	78			29			7	
	2008	117			50			7	
Beurteilung erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5	
	2009	15	4	2	0	0	0	1	
	2008	3	0	0	0	0	0	0	
	Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis. in Stufe II und ... in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
		2009	20	1	1	0	0	0	0
		2008	3	0	0	0	0	0	0
Ergebnis erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4)		sachgerecht gem. § 9				Widerruf			
	2009	19				4			
Anzahl Ärzte	2008	3				0			

C.34 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. Dies gilt auch für die Operationsplanung und die Entscheidung einer eventuellen Vorbehandlung, weil sie genauen Aufschluss über die Art des Tumors zulässt. In der am 1. Oktober 2009 in Kraft getretenen Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009

Genehmigungen Stand

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2009		31.12.2009	
		0		24
Anzahl beschiedener Anträge in 2009	neu	erneut (§ 8 Abs. 5)	erneut (§ 9 Abs.6)	
	24			
• davon Anzahl Genehmigungen	24			
• davon Anzahl Ablehnungen	0			
Kolloquium § 12 Abs. 2	0			
Praxisbegehungen § 11 Abs. 3	0			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl (§ 8 Abs.4)		Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 9 Abs. 5)	
	0		0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0			
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 9) – Prüfprozess				
Anzahl geprüfter Ärzte § 9 Abs. 1	0			
Wiederholungsprüfungen § 9 Abs. 5a	0			
Kolloquium § 9 Abs. 5b	0			
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 9) – Mängelanalyse				
Anzahl geprüfter Dokumentationen	0			

C.35 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 künftig vom zytologieverantwortlichen Arzt im zweijährigen Abstand jeweils zwölf Präparate mit der dazugehörigen Dokumentation und Befundung an. Ferner muss sowohl vom zytologieverantwort-

lichen Arzt selbst als auch von seinen Präparatebefundern alle 2 Kalenderjahre eine themenbezogene Fortbildung über 40 Stunden Dauer nachgewiesen werden.

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

Vereinbarungen von Qualifikationsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007

Genehmigungen Stand	31.12.2009			31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	159			163
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	nach Widerruf gem. § 8 Abs. 4	
	7	0	0	
• davon Anzahl Genehmigungen	7	0	0	7
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	2
Anzahl Prüfungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 (Präparateprüfung)	2			5
• davon bestandene Prüfungen	2			3
• davon nicht bestandene Prüfungen	0			2
Praxisbegehungen § 11 Abs. 2	0			0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung (§ 7 Abs. 6)	Mängel in der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4)		
	0	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	10			14

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess	
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 3)	4
• davon bestanden	4
• davon nicht bestanden	0
Anzahl Wiederholungsprüfungen (§ 7 Abs. 6)	0
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 6)	0
Anzahl Widerrufe (§ 7 Abs. 6)	0
Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse	
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztliche Dokumentation	48
• davon ohne Beanstandungen	48
Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess	
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	141*
• davon ohne Auffälligkeiten	125**
• davon mit Auffälligkeiten	16**
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	0

Bemerkungen:

* entspricht der Anzahl der Einrichtungen

** Nach Auswertung des ersten Benchmark-Berichts durch die Kommission wird entschieden, diesen als Testlauf für alle Beteiligten zu werten. Auffälligkeiten werden weiter beobachtet, von Sanktionen wird jedoch in diesem Jahr abgesehen.

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 KV festgelegt. Die im Einzelnen angegebenen Nummern beziehen sich auf die Gebührenordnungsnummern des EBM.

D.1 CHIROTHERAPIE

Gezielte chirotherapeutische Eingriffe an der Wirbelsäule und/oder an den Extremitätengelenken können nur zu Lasten der GKV durchgeführt und abgerechnet werden, wenn der durchführende

Arzt über eine besondere Qualifikation (Zusatzbezeichnung Chirotherapie) verfügt und diese gegenüber der KV nachweist.

D.2 DIABETISCHER FUSS

Die Behandlung des diabetischen Fußes (Nr. 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.3 FUNKTIONSTÖRUNG DER HAND

Die zum 1. April 2005 neu in den Leistungskatalog der GKV eingeführten Leistungen zur Behandlung (Nr. 07330) beziehungsweise zur Diagnostik und/oder orthopädischen Therapie (Nr. 18330) eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand

können nur von Fachärzten für Chirurgie oder Plastische Chirurgie sowie von Fachärzten für Orthopädie beziehungsweise Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ abgerechnet werden.

D.4 ORIENTIERENDE ENTWICKLUNGSNEUROLOGIE

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 Un-

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

D.5 KREBSFRÜHERKENNUNG BEI DER FRAU

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltene Leistung nach der Nr. 01730 EBM „Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat. Ab dem 1. Januar 2008 wurde die Nr. 01735 EBM „Beratung gemäß

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

D.6 EMPFÄNGNISREGELUNG

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistungen nach den Nrn. 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.

D.7 NEUROPHYSIOLOGISCHE ÜBUNGSBEHANDLUNG

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

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

D.8 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. Vertragsärzte,

die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (Staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast oder Physiotherapeut) angestellt haben und dessen Qualifikation gegenüber der KV nachweisen, kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

D. Genehmigungen auf Grundlage des EBM

Leistung Rechtsgrundlage EBM	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008
	Diabetischer Fuß	Funktions- störung der Hand	Orientierende entwicklungs- neurologische Untersuchung	Krebsfrüh- Erkennung bei der Frau	Empfängnis- regelung	Neurophy- siologische Übungsbe- handlung	Physikalische Therapie									
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	1489	449	382	958	927	123*	259*									
	1470	444	370	1.000	951	192	687*									
Anzahl beschiedener Anträge	72	26	26	10	12	0	0									
	151	38	3	10	3	1	15									
• davon Genehmigungen	63	26	22	8	9	0	0									
	141	38	0	7	2	0	14									
• davon Ablehnungen	9	0	4	2	3	0	0									
	10	0	3	3	1	1	1									
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0									
	0	0	0	0	0	0	0									

Bemerkungen:

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

E DMP

Das Disease-Management-Programm (DMP) ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, bei dem die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert

und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert werden. Ziel ist dabei, die Behandlung der Erkrankung zu verbessern und die durch die Krankheit bedingten Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen zu reduzieren.

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

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

Zur dauerhaften Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme sollen regelmäßige Evaluationen der Programme beitragen. Mit den Evaluationen werden die Wirksamkeit und die Kosten der Programme bewertet. Die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt wird aufgrund der gesetzlichen Vorgaben – nach Antragsstellung und Prüfung – immer nur befristet erteilt, im Regelfall für drei Jahre.

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

Seit seinem Inkrafttreten hat das Gesetz eine Reihe von Änderungen erfahren, deren wichtigste für die Umsetzung der Programme hier aufgeführt sind:		
4. RSAV	27.06.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease-Management-Programmen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und für Patientinnen mit Brustkrebs
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
7. RSAV	28.04.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK)
9. RSAV	18.02.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 Neufassung der Anforderungen an die Dokumentation für Diabetes mellitus Typ 2 und KHK
11. RSAV	22.12.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)
12. RSAV	15.08.2005	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
13. RSAV	23.01.2006	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit Brustkrebs
17. RSAV	26.03.2008	Regelung zu Indikationsübergreifenden Dokumentationen und elektronischen Dokumentationen im DMP KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma/COPD
20. RSAV	01.07.2009	Aktualisierung der Versorgungsinhalte der DMP KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Einführung des Moduls Chronische Herzinsuffizienz in das DMP KHK

RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	202	183
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	179	158
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	33	33
• darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	-	-
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind	
Patienten Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	10.041	8.012

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.504	6.417
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.469	6.375
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	671	674
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind	
Patienten Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	338.184	282.683

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.988	5.667
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.873	5.562
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	231	212
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	57	51
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	2.554	3.479
Patienten Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	126.628	89.337

Brustkrebs

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	LKG, AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1.244	1.325
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.244	1.325
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	260	350
Patienten Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	8.982	7.480

Asthma bronchiale

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.604	4.810
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.589	4.792
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	191	181
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Asthma und COPD identisch sind	
Patienten Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	48.993	23.853

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV mit (Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2009	5.258	4.483
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.253	4.474
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	89	82
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Asthma und COPD identisch sind	
Patienten Stand	31.12.2009	31.12.2008
Anzahl eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	39.636	18.649

F RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

	Rechtsgrundlage	Akkreditierung (Prüfung fachlicher, apparativer oder organisatorischer Voraussetzungen)	Eingangsprüfung (Fallbildungs-, Präparateprüfung)	Kolloquium (bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung)	Frequenzregelung	Rezertifizierung	Praxisbegehung/Hygieneprüfung (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Fortbildung/Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	Beratung (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)
Akupunktur	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	✓	✓	✓	✓
Apherese	§ 135 Abs. 1 § 135 Abs. 2	✓		✓				✓		✓	
Ambulante Operationen	§ 115b Abs. 1 § 135 Abs. 2	✓			✓		✓		✓	✓	✓
Arthroskopie	§ 135 Abs. 2 § 136	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	§ 135 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV, § 136	✓		✓		✓	✓	✓		✓	✓
Erweitertes Neugeborenen-Screening	§ 26 Abs. 2 § 92 Abs. 1 u. 4	✓					✓			✓	
Herzschrittmacher-Kontrolle	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓				
Histopathologie im Hautkrebs-Screening	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
HIV/Aids	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓	✓		✓
Interventionelle Radiologie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓			
Invasive Kardiologie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓			
Koloskopie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
Künstliche Befruchtung	§ 27a Abs. 4i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i. V. mit § 135 Abs. 1 SGB V	✓									
Labor-Spezial	§ 75 Abs. 7 § 135 Abs. 2	✓		✓							
Langzeit-EKG	§ 135 Abs. 2	✓		✓							✓

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

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

IMPRESSUM

Qualitätsbericht 2009 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Redaktion

Dr. med. Wolfgang Herz (verantwortlich)
Norbert Bonauer
Wolfgang Wiedlin
Ute Noack
Rolf Sievers
Eva Frien

Autoren

Karin Artz
Norbert Bonauer
Dr. med. Michael Dierich
Harald Filipetz
Susanne Flohr
Daniela Fuchs
Babett Hartung
Roland Müller
Dr. med. Michael Viapiano
Wolfgang Wiedlin

Foto Titelseite

fotolia

Anschrift der Redaktion

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

Erscheinungstermin

Oktober 2010

Gestaltung

C hoch 3 GmbH
Emerholzweg 35
70439 Stuttgart
www.c-hoch-3.de

Auflage

2.500

Anmerkung:

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

www.kvbawue.de

Alles Gute.

