

2007 Qualitätsbericht

Alles Gute.

KVBW 

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor Ihnen liegt der dritte Qualitätsbericht der KV Baden-Württemberg. Qualitätsberichte haben in Baden-Württemberg schon eine lange Tradition, die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg haben früher jeweils ihre eigenen Qualitätsberichte herausgegeben.

Die Bevölkerung Baden-Württembergs wird ja bekanntlich von rund 19.000 Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten versorgt. In Sachen Leistungsumfang und auch flächendeckender Versorgung nimmt Deutschland einen Spitzenplatz ein. Qualität der Versorgung wurde schon immer großgeschrieben. Sie wird von der Politik gefordert, sie wird von den Versicherten und Patienten erwartet und Qualität wird von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen auch geliefert. Dies zeigen eindeutig die Ergebnisse, die im vorliegenden Bericht publiziert werden. Sowohl die Weiterentwicklung der Qualitätszirkel als auch die Etablierung der Qualitätsmanagementsysteme haben dazu beigetragen, die erreichte Versorgungsqualität zu halten und dort, wo es erforderlich war, weiter auszubauen. Dies geschieht beispielsweise durch die Etablierung von qualitätsgesicherten Arbeits- und Ablaufprozessen in der Diagnostik und Therapie.



Die Qualitätssicherung ist inzwischen zu einer der zentralen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung geworden. Vielfältige Instrumente werden bei der Qualitätssicherung eingesetzt. Beispielsweise werden durch aus Experten zusammengesetzten Kommissionen und Arbeitsgruppen Qualifikationskriterien überprüft, Standards für Behandlungs- und Untersuchungsmethoden gesetzt und Ergebnisvergleiche durchgeführt. Instrumente hierfür sind Stichprobenprüfungen, Eingangs- und Verlaufsprüfungen, Dokumentationsanforderungen und gegebenenfalls auch Durchführung von Kolloquien als kollegiale Fachgespräche. Zugenommen haben in den vergangenen Jahren auch der interkollegiale Erfahrungsaustausch und die multidisziplinäre Falldiskussion. Diese werden durch unsere Kassenärztliche Vereinigung organisatorisch unterstützt und gefördert, da sie einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen darstellen.

Ich hoffe, dass unser diesjähriger Qualitätsbericht wieder Ihr Interesse findet.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Wolfgang Herz
Stellvertretender Vorsitzender
der KV Baden-Württemberg

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	3
1. Einführung	6
2. Berichte aus der Versorgung	6
2.1. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte	7
2.2. Interviews zu ausgewählten Versorgungsbereichen	8
2.2.1 Hausarzt	8
2.2.2 Facharzt	10
2.2.3 Psychotherapeut	12
3. Aktuelle Themen	14
3.1 Akupunktur	14
3.2 Qualitätsprüfungen im Einzelfall in der Arthroskopie	16
3.3 Blutreinigungsverfahren/Dialyse	18
3.4 Magnetresonanztomographie	20
3.5 Phototherapeutische Keratektomie	22
3.6 Mammographie-Screening	24
3.7 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale	26
4. Ausblick und Ziele 2008	28
4.1 Ausblick	28
4.2 AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	29
5. Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen	30
5.1 Übersicht: Erteilte Genehmigungen 2007 im Vergleich zu 2006	31
5.2 Qualitätsprüfungsrichtlinie	33
6. Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung	34
6.1 Qualitätsmanagement-Richtlinie – Ergebnisse der ersten Stichprobenziehung	34
6.2 Qualitätszirkel	39
6.3 Fortbildung	41
7. Service	42
7.1 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV	42
7.2 Patientensicherheit: Hygiene und Medizinprodukte	43
7.3 Patientenservice	48
7.3.1 Informationsservice für Ärzte und Patienten	48
7.3.2 Patiententelefon MedCall	49
7.3.3 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen	50
Anhang	51
A Organisation, Strukturen und Normen der Qualitätssicherung	51
A.1 Gesetzlicher Rahmen, Auftrag und Grundlagen der Qualitätssicherung	51
A.1.1 Zuständigkeiten und Organisationen	51
A.1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss	52
A.1.3 Normen der Qualitätssicherung	52
A.1.4 Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens	55
A.2 Kommissionen der Qualitätssicherung	56
B Arztstruktur	58

C Qualitätssicherung von A bis Z	60
Entwicklung der genehmigungspflichtigen Leistungsbereiche 1989 – 2007	63
Bereiche der Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen	64
C.1 Ambulante Operationen	64
C.2 Ambulante Katarakt-Operationen	65
C.3 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren	67
C.4 Disease-Management-Programme	68
C.5 Erweitertes Neugeborenen-Screening	76
C.6 Herzschrittmacher-Kontrolle	77
C.7 Interventionelle Radiologie	78
C.8 Invasive Kardiologie	80
C.9 Kernspintomographie	83
C.10 Koloskopie	85
C.11 Künstliche Befruchtung	88
C.12 Laboratoriumsuntersuchungen	89
C.13 Langzeit-EKG-Untersuchung	91
C.14 Mammographie (kurativ)	93
C.15 Medizinische Rehabilitation	96
C.16 Onkologie	97
C.17 Otoakustische Emissionen	99
C.18 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	100
C.19 Psychotherapie	102
C.20 Schlafbezogene Atmungsstörungen	105
C.21 Schmerztherapie	107
C.22 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	108
C.23 Soziotherapie	109
C.24 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	110
C.25 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)	111
C.26 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	113
C.27 Ultraschall diagnostik	115
C.28 Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	119
D Genehmigungen auf Grundlage des EBM	122
D.1 Chirotherapie	122
D.2 Diabetischer Fuß	122
D.3 Funktionsstörung der Hand	122
D.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	123
D.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau	123
D.6 Empfängnisregelung	123
D.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung	123
D.8 Physikalische Therapie	124
D.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin	124

1. EINFÜHRUNG

Qualitätsgesicherte und gute medizinische Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen wie keine andere Berufsgruppe einer ständigen Qualitätsprüfung. Dadurch wird eine flächendeckende Patientenversorgung auf höchstem Niveau, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht, erzielt.

Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt dürfen von Ärzten und Psychotherapeuten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur erbracht und abgerechnet werden, wenn die fachliche Befähigung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wurde.

Sicherung und Förderung der Qualität durch die KVBW

Der vorliegende Qualitätsbericht dokumentiert die vielfältigen Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Sicherung und Förderung der Qualität. Er gibt einen Überblick über die erteilten Genehmigungen zur Erbringung besonderer Leistungen, über die Anzahl der bearbeiteten Anträge und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen. Bei der Qualitätssicherung stehen der KVBW zur Unterstützung Qualitätssicherungskommissionen zur Verfügung.

Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Mitgliedern zusammen.

2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

Das deutsche Gesundheitssystem bietet der Bevölkerung eine qualifizierte, wohnortnahe Gesundheitsversorgung. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung gewährleistet den Versicherten im Krankheitsfall eine Versorgung auf Facharztstandard. Wenn ein Arzt oder Psychotherapeut seine Weiterbildung absolviert hat, kann er sich um eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bei den bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelten Zulassungsausschüssen bewerben.

Mit der Zulassung erhält der Arzt bzw. 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.

2.1. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte

Arztgruppe	Zugelassene Ärzte/Psychotherapeuten	Angestellte Ärzte/Psychotherapeuten	gesamt
Allgemeinärzte/ Praktische Ärzte/Ärztinnen	5584	161	5745
Anästhesisten	316	25	341
Augenärzte	640	22	662
Chirurgen	446	24	470
Frauenärzte	1242	54	1296
HNO-Ärzte	452	8	460
Hautärzte	421	18	439
Internisten hausärztlich	1404	24	1428
fachärztlich	926	41	967
Kinderärzte	785	47	832
Kinder- u. Jugendpsychiater	77	0	77
Kinder- u. Jugendpsychotherapeuten	361	0	361
Laborärzte	84	30	114
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	127	1	128
Nervenärzte/ Neurologen/Psychiater	682	27	709
Neurochirurgen	47	6	53
Nuklearmediziner	44	5	49
Orthopäden	639	17	676
Pathologen	67	2	69
Physikalische und Rehabilitative Medizin	44	1	65
Ärztliche Psychotherapeuten	738	4	742
Psychologische Psychotherapeuten	1526	11	1537
Radiologen/Diagnostische Radiologie	286	45	331
Urologen	304	9	313
Summe Arztgruppen	17.262	582	17.844

Quelle: Versorgungsbericht KVBW 2007

2.2 Interviews zu ausgewählten Versorgungsbereichen

2.2.1 Hausarzt

**Interview mit
Dr. med.
Gisela Rothermel,
Fachärztin für
Allgemeinmedizin,
Isny**



*Sie sind Moderatorin eines Qualitätszirkels (QZ).
Welche Aufgaben haben Sie in dieser Funktion?*

Zu meinen Aufgaben als QZ-Moderatorin gehören die Planung der Qualitätszirkeltreffen über das Jahr, d. h. die Termine festzulegen, die Themen zu verteilen, die einzelnen Referenten (externe Referenten oder QZ-Teilnehmer) zu finden, die QZ als Fortbildungen der Ärztekammer zu melden und Fortbildungspunkte zu beantragen. Ich moderiere die Qualitätszirkeltreffen, leite die Gruppe sozusagen durch den Abend, indem ich inhaltliche Unklarheiten und Widersprüche herausarbeite, Ergebnisse zur Verdeutlichung immer wieder zusammenfasse und auf eine ausgewogene Diskussion der QZ-Teilnehmer achte. Dabei spielen die Wertschätzung der einzelnen QZ-Teilnehmer untereinander und die Beachtung der Verschwiegenheit (Setting-Regeln, die sich die Gruppe selbst gegeben hat) eine besondere Rolle. Nach dem Qualitätszirkel müssen die notwendigen Regularien erledigt werden wie Protokoll, Schriftwechsel mit KV und Ärztekammer.

Was versteht man unter einem Qualitätszirkel bzw. wie arbeiten diese?

Ein Qualitätszirkel setzt sich zusammen aus Menschen, die gleiche Berufe oder gleiche berufliche Ziele haben und die durch Einbringen ihres Wis-

sens in die Gruppe, Analyse ihrer bisherigen Erfahrungen und neuer Erkenntnisse aus der Wissenschaft bestrebt sind, ihre Arbeitsprozesse ständig zu verbessern und damit zu besseren Ergebnissen zu kommen. Für unsere Arbeit in der Praxis heißt das: Verbesserung der Behandlungsabläufe mit den Zielen einer besseren Behandlungsqualität für die Patienten und eines besseren betriebswirtschaftlichen Ergebnisses.

Ist für die Leitung eines Qualitätszirkels eine besondere Qualifikation erforderlich?

Als Moderator braucht man ein offenes Wesen und Interesse an der Zusammenarbeit in Gruppen, denn QZ-Arbeit bedeutet ständige Motivation der Teilnehmer zur Übernahme eines Themas, zur Vorstellung eines Patienten in der Gruppe, zur Teilnahme an den Diskussionen. Außerdem muss man unbedingt – mindestens – ein Moderatorentaining absolvieren. Dies ist auch Voraussetzung für die Ernennung zum QZ-Moderator durch die KVBW, um für die verschiedenen, manchmal auch recht schwierigen Aufgaben eines QZ-Moderators gewappnet zu sein.

Welchem Ziel dient die Qualitätszirkel-Arbeit?

Qualitätszirkel dienen dem konstanten Lernen und Wachsen ihrer Teilnehmer, hier der Ärzte und Psychotherapeuten, durch Vergleich der eigenen Vorgehensweise und Erfahrungen mit der Vorgehensweise und den Erfahrungen anderer Teilnehmer.

Die Ziele der Qualitätszirkelarbeit im Einzelnen:

- Austausch von Erfahrungen aus verschiedenen Praxen
- Abstimmung von Diagnostik und Therapie bei einzelnen Krankheitsbildern untereinander
- Verbesserung der Patientenversorgung
- Erarbeitung von Handlungsleitlinien für den Praxisalltag
- Erwerb und Auffrischung von Wissen
- Stärkung der Fähigkeit zur Selbstbeurteilung und Selbstreflexion

Mit welchen Themen befasst sich Ihr hausärztlicher Qualitätszirkel und wie bzw. durch wen werden diese ausgewählt?

Am Anfang des QZ-Zirkeljahres (nach den Sommerferien) findet in der Gruppe ein Brainstorming zur Themensuche statt. Was wollen wir lernen, wo besteht Lernbedarf, welches Spezialthema wollen wir erarbeiten und – seit neuestem auch – was müssen wir im QZ bearbeiten, um unseren Anforderungen (DMP, AOK Hausarztmodell) gerecht zu werden. Beispielhaft hatten wir in letzter Zeit in unserem QZ folgende Themen: eine Patientenfallkonferenz, „Urologische Probleme in der Hausarztpraxis“, „Hautquiz“ mit vielen Bildern von Hauterkrankungen, „Wirtschaftliche Arzneimittelversorgung“, „Analyse unserer Verordnungsweise anhand der KV-Zahlen“, „Marcumartherapie nach dem INR (International Normalized Ratio)“.

Die KVBW misst der Qualitätszirkel-Arbeit eine zentrale Bedeutung zu und unterstützt die Mitwirkung ihrer Mitglieder durch besondere Fördermaßnahmen wie Moderatorentaining, spezielle Fortbildungen für Moderatoren sowie finanzielle Aufwandentschädigungen für die Zirkel-Sitzungen. Außerdem wurden QZ-Leitlinien entwickelt, um für alle Qualitätszirkel eine einheitliche Basis zu schaffen und Impulse zur Neugründung zu geben.

Wie schätzen Sie diese Fördermaßnahmen ein?

Die Fördermaßnahmen der KVBW hinsichtlich der Moderatorentainings und speziellen Fortbildungen für Moderatoren sind sehr gut. Ich habe schon an vielen dieser Fortbildungen teilgenommen und immer wieder viel dabei gelernt. Die Aufwandsentschädigung ist tatsächlich nur eine Entschädigung und keine Bezahlung, denn die Leitung eines QZ nimmt viel Zeit in Anspruch. Ich sehe das auch daran, dass sich erst nach intensiven Bemühungen meinerseits ein anderes Mitglied unseres QZ bereit erklärt hat, ein Moderatorentaining zu absolvieren, um später als Co-Moderator zu arbeiten.

2.2.2 Facharzt

Interview mit
Dr. med.
Dieter Baumann,
Facharzt für
Innere Medizin,
mit Schwerpunkt
Nephrologie,
Bruchsal



Herr Dr. Baumann, Sie haben 1985 den ersten Dialyseausschuss ins Leben gerufen, um bereits damals eine gewisse Qualität in Struktur, Prozess und Ergebnis zu erreichen. Heute sind Sie Vorstand des Verbands der niedergelassenen Nephrologen und Vorsitzender der Dialyse-Kommission Baden-Württemberg. Insofern liegt Ihnen die Einhaltung einer gewissen Qualität der Dialyseleistungen am Herzen, die durch viele Vorschriften gehalten werden soll. So erhält man nur unter bestimmten Voraussetzungen eine Genehmigung für die Dialysetätigkeit. Welche sind das?

In Baden-Württemberg werden schätzungsweise an die 7.800 Patienten dialysiert. Da die Dialyse eine lebensnotwendige Behandlung komplexer Patienten darstellt, ist es erforderlich, dass der zu behandelnde Dialysearzt gewisse Voraussetzungen erfüllt. So muss es sich um einen Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie handeln, dem von der KV ein bestimmter KV-Sitz genehmigt wurde. Für die Durchführung der Dialysetätigkeit wird von Seiten der KV eine Sondergenehmigung erteilt. In der gesetzlichen Regelung des § 135 Abs. 2 SGB V sind die fachlichen Voraussetzungen des Arztes, die apparativen Anforderungen, die Organisation wie auch der Arzt-Patienten-Schlüssel geregelt, die vorzuweisen sind. Zudem gibt es bundesweit eine Bedarfsregelung.

Was bedeutet der Arzt-Patienten-Schlüssel in Sachen Dialyse?

Der Arzt-Patienten-Schlüssel sieht vor, dass mindestens zehn Dialyseplätze in der Praxis vorhanden sind, so dass dem Arzt eine gewisse Übung und Routine unterstellt werden kann. Ein einzelner Nephrologe kann bis zu 30 Dialysepatienten behandeln, zwei Nephrologen können bis zu 100 Dialysepatienten betreuen. Bis 150 Dialysepatienten bedarf es eines dritten Arztes, der Facharzt für Innere Medizin sein muss und durch ein Kolloquium sein Wissen beweisen kann. Für weitere 50 Patienten wäre wiederum ein zusätzlicher Nephrologe erforderlich. Hierdurch versucht man dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es sich beim Dialysepatienten um einen komplexen Patienten handelt, der einer umfassenden Behandlung bedarf und für den der behandelnde Arzt sich eine gewisse Zeit einteilen muss.

Was sind die genauen weiteren Anforderungen, die § 135 Abs. 2 SGB V für die Erteilung einer Dialysegenehmigung nennt?

Das Dialysezentrum sollte alle Dialyseformen anbieten, die da wären:

- Hämodialyse
- Hämodiafiltration
- Hämofiltration
- Peritonealdialyse mittels CAPD bzw. CCPD

Weiter muss eine 24-stündige ärztliche Rufbereitschaft (einschließlich an Wochenenden und Feiertagen), eine gewisse apparative Ausstattung, eine eigene Wasseraufbereitungsanlage oder eine Notfallausstattung vorhanden sein. Schließlich ist für die Betreuung während der Dialysezeit qualifiziertes Personal vorzuweisen, das sich aus examinierten Krankenschwestern zusammensetzt. Hierbei ist ein definierter Schwester-Patienten-Schlüssel in Vereinbarungen festgelegt.

Nicht nur bei der Erteilung einer Genehmigung sind Voraussetzungen einzuhalten, sondern auch bei der Tätigkeit als Dialysearzt hat man auf die Qualität seiner Leistungen zu achten. Die Dialysekommission wurde hierzu geschaffen. Was sind die Aufgaben dieser Kommission?

Die Dialyse- bzw. Qualitätssicherungskommissionen gibt es bundesweit. Sie überprüfen bestimmte Qualitätsmerkmale und führen Kolloquien durch. Hierfür haben sich die Praxen verpflichtet, festgelegte Qualitätsindikatoren zu erfassen. Diese werden pseudonymisiert der Kommission zur Kontrolle vorgelegt. Die Qualität wird überprüft anhand von folgenden vier Merkmalen:

- Kt/V (Harnstoffreduktionsrate innerhalb der Dialysebehandlung. Diese gibt Aufschluss über die Effektivität der Dialyse.)
- Dialysezeit (Sie ist wichtig für das Langzeitüberleben der Dialysepatienten. Grundsätzlich gilt: Je länger, umso besser!)
- Dialysehäufigkeit (sollte dreimal pro Woche stattfinden)
- Hämoglobinwert (Wichtiger Faktor, da jeder chronisch Nierenkranke eine renale Anämie hat. Je länger und besser er dialysiert wird, umso geringer ist die Anämie und umso geringer die Dosis des Erythroproetin.)

Mittels dieser vier aufgeführten Werte kann die Qualität und Effektivität der Dialyse beurteilt werden. Durch die Qualitätskontrolle soll die Therapie optimiert werden. Als Grundsatz gilt, dass jeder Dialysepatient dreimal pro Woche mindestens vier bis fünf Stunden dialysiert werden sollte.

Mit der AOK in Baden-Württemberg wurde eine Sondervereinbarung in Sachen Dialyse geschlossen, die einmalig in Deutschland ist. Was verbirgt sich dahinter?

Die Sondervereinbarung mit der AOK sorgt für eine besondere Dialysequalität. So wurden Regelungen getroffen bezüglich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die die beste medizinische Versorgung in Sachen Dialyse in der Bundesrepublik Deutschland bietet.

Folgende Vorteile ergeben sich aus der Sondervereinbarung:

- Jede einzelne Dialysebehandlung bei Hyperkaliämie oder Überwässerung wird erstattet.
- Die Durchführung der Behandlung, Dialysezeit und Personalstruktur sind klar festgelegt.
- Die Dialysezeit beträgt vier Stunden und mehr. Sonderverfahren wie Hämodiafiltration, Hämofiltration und die Verwendung von Highflux-Dialysatoren sind möglich.
- Darüber hinaus stellt die AOK Baden-Württemberg Hilfen im diätetischen, sozialmedizinischen, physiotherapeutischen Bereich zur Verfügung.

So führte die Sondervereinbarung mit der AOK zu einer hohen Dialysequalität, die sich wie folgt auszeichnet:

- Deutlich geringere Sterblichkeitsrate in Baden-Württemberg gegenüber dem Bundesdurchschnitt
- Deutlich geringerer Erythroproetinverbrauch bei der Behandlung der Anämie gegenüber dem Bundesdurchschnitt
- Weniger stationäre Aufenthalte
- Deutliche Einsparungen im Bereich des Fahrkostenmanagements

2.2.3 Psychotherapeut

**Interview mit
Dipl.-Psych.
Ronald Höfner,
Psychologischer
Psychotherapeut,
Stuttgart**



Sie sind Mitglied in der Qualitätsmanagement (QM)-Kommission der KVBW.

Was bedeutet Qualitätsmanagement?

Qualitätsmanagement (QM) umfasst die strukturierte Planung und Organisation von Arbeitsabläufen in der Praxis. Während sich Qualitätssicherung auf die Ergebnisqualität bezieht, umfasst das QM alle Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität. Wesentlich dabei ist, dass QM-Regeln von jedem Praxisteam selbst festgelegt werden können. Alle Bereiche der Praxis gemeinsam nach Verbesserungsmöglichkeiten in der Struktur und den Abläufen zu durchleuchten, ist der Anfang zur Einführung eines QM-Systems. Deren Umsetzung und schließlich die Überprüfung des Erreichten stellen den kontinuierlichen Prozess des QM dar. QM geht zudem über die eigene Praxis hinaus, indem die Schnittstellen mit anderen Kooperationspartnern in die Betrachtung mit einbezogen werden.

Welches Ziel verfolgt Qualitätsmanagement in der Praxis?

In der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird die „systematische Patientenorientierung“ als wesentliches Anliegen des Qualitätsmanagements genannt, ein Erfordernis, das in der psychotherapeutischen Praxis und der „spre-

chenden Medizin“ mit ihrer Betonung der „Therapeut/Arzt-Patienten-Beziehung“ seit langem anerkannt ist und dort als zentraler Wirkfaktor einer Behandlung gilt.

Welchen Nutzen hat Qualitätsmanagement für die Arzt- bzw. Psychotherapeuten-Praxis?

Qualitätsmanagement dokumentiert das Leistungsniveau der Praxis nach innen und außen und stellt die Einhaltung von Standards im ärztlichen und psychotherapeutischen Handeln sicher. QM kann zur effektiveren Strukturierung von Praxisabläufen beitragen und die interne Kommunikation in einem Praxisteam verbessern sowie dazu beitragen, die Motivation von Mitarbeitern zu steigern. Es kann durch die Verbesserung der Transparenz und die Herstellung gleich bleibender Versorgungsqualität zu größerer Patientenzufriedenheit und stärkerer Patientenbindung führen. Sie trägt nicht zuletzt zum Wohle des Patienten bei. Je komplexer die Praxisstruktur, desto stärker werden derartige Vorteile zum Tragen kommen können.

Ist die Anwendung besonderer QM-Systeme vorgesehen?

Nein. Die QM-Richtlinie schreibt kein bestimmtes QM-System vor. Vielmehr gibt sie inhaltliche Grundelemente in den Bereichen „Patientenversorgung“ und „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“ vor, die ein praxisinternes QM-System aufweisen muss. Sie nennt zudem Instrumente, die in einer Praxis etabliert und genutzt werden sollten wie z. B. die Festlegung von konkreten Qualitätszielen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Beschwerdenmanagement oder Dokumentation der Behandlungsverläufe. Die Praxis kann sich somit ein QM-System oder -Verfahren wählen oder selbst entwickeln, das diese Anforderungen erfüllt und die entsprechenden Instrumente beinhaltet. Die

Richtlinie schreibt auch keine Teilnahme an Seminaren zum Thema QM vor. Bei einer Entscheidung für ein bestimmtes QM-System sollte dann neben den Kosten auch auf dessen Zertifizierungsfähigkeit geachtet werden.

Sehen Sie Unterschiede in der Sinnhaftigkeit der Einführung eines QM-Systems zwischen einer Arztpraxis und einer Psychotherapeutenpraxis?

Die Einführung eines QM-Verfahrens betrachte ich als sinnvoll sowohl für die ärztliche wie für die psychotherapeutische Praxis. Allerdings ergeben sich in der psychotherapeutischen Praxis aufgrund der deutlichen Unterschiede in der Praxisstruktur: wesentlich geringere Fallzahlen, Einbestell- statt Sprechstundenpraxis, überwiegend Einzelpraxis mit wenigen Mitarbeitern, geringe apparative Ausstattung, keine invasiven Methoden und keine Verordnungsoptionen sowie häufig tradierte Kooperationsformen mit anderen QM-Erfordernissen als in der ärztlichen Praxis. Aus diesem Grund ist es notwendig, individuelle QM-Verfahren zu entwickeln, die der jeweiligen Praxisstruktur angemessen sind. Bereits bestehende Maßnahmen der Qualitätssicherung wie das obligatorische Antrags- und Genehmigungsverfahren können mühelos in das interne QM integriert werden.

Ist die Zertifizierung des Praxis-Qualitätsmanagements vorgeschrieben?

Nein. Eine Zertifizierung des Praxis-Qualitätsmanagements ist nicht vorgesehen. Somit bleibt es den einzelnen Praxen freigestellt, ihr QM-System zertifizieren zu lassen. Insbesondere Praxen, die hierin einen Wettbewerbsvorteil erkennen, werden sich hierfür entscheiden. In diesem Fall wird ein externer Dienstleister nach der von der Praxis gewählten Norm prüfen, ob die selbst gewählten Standards eingehalten werden.

Welche Aufgaben hat die QM-Kommission?

Die QM-Kommission unterstützt die KV-Mitglieder bei der Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagements. Den Niedergelassenen stehen zentral in der Bezirksdirektion Reutlingen hierfür Karin Artz bei allgemeinen Fragen zur QM-Richtlinie sowie ein insgesamt dreiköpfiges Beratungsteam für Fragen der individuellen Umsetzung des QM zur Verfügung. Die Kommission ist somit ein kollegial beratendes und keinesfalls ein sanktionierendes Gremium. Sie berichtet zudem jährlich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung über den Stand der Einführung und Entwicklung des Qualitätsmanagements und führt hierzu Befragungen im Rahmen einer Stichprobe von insgesamt 2,5 Prozent zufällig ausgewählter Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch.

Muss QM auch von Ärzten und Psychotherapeuten eingeführt werden, die in ein bis zwei Jahren ihre Zulassung abgeben?

Ja. Mit dem In-Kraft-Treten der QM-Richtlinie am 1. Januar 2006 sind alle zu diesem Zeitpunkt an der Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und -psychotherapeuten zur Einführung eines QM verpflichtet. Die phasenkonforme Einführung eines QM kann sich dabei vorteilhaft auf die Praxisübergabe auswirken.

Wie fällt Ihr persönliches Fazit zur Einführung von QM aus?

Ich habe mich persönlich dazu entschlossen, zunächst ein eigenes QM-Verfahren in meiner Praxis zu entwerfen. Die systematische Dokumentation von bisher praktizierten Arbeits- und Behandlungsabläufen bestätigte Vorgehensweisen, zeigte jedoch auch Lücken auf wie z. B. in der Erreichbarkeit, der Terminvergabe oder im Berichtswesen.

3. AKTUELLE THEMEN

3.1 Akupunktur

Nach der erfolgreichen Beendigung der Modellversuche zur Akupunktur wurden zum 1. Januar 2007 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 Akupunkturvereinbarungteilnehmenden Ärzte mindestens viermal im Jahr an Fallkonferenzen bzw. Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“ teilnehmen.

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 vertragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

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

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

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

Für gesetzlich Krankenversicherte können Akupunkturleistungen nur 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.

Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.1.2007	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	1792	
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)	1807	
- davon Anzahl Genehmigungen	1792	
- davon Anzahl Ablehnungen	15	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Anzahl Praxisbegehungen	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit Beanstandungen	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 6)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit Beanstandungen	0	
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 6 Abs. 6)	0	
- davon ohne Beanstandung	0	
- davon mit Beanstandungen	0	
Kolloquien (nach § 6 Abs. 6)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Bemerkungen		

3.2 Qualitätsprüfungen im Einzelfall in der 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.

Nachdem bis 2006 Stichprobenprüfungen nur im Bereich der Bezirksdirektion Stuttgart auf der Basis der Arthroskopie-Ausführungsbestimmungen der ehemaligen KV Nord-Württemberg durchgeführt wurden, ist zum 1. Januar 2007 die Richtlinie der

KVBW über die Kriterien für die Qualitätsbeurteilung im Bereich Arthroskopie in Kraft getreten. Damit wurden in 2007 erstmals in allen Bezirksdirektionen Stichprobenprüfungen durchgeführt. Die Richtlinie enthält neben allgemeinen Kriterien zur schriftlichen und bildlichen Dokumentation spezielle Anforderungen an die Dokumentation des jeweiligen arthroskopischen Eingriffs.

Den Wortlaut der Richtlinie finden Sie auf unserer Homepage

(http://www.kvbawue.de/uploads/tx_userkvbwpd-fdownload/Qualitaetsbeurteilungsrichtlinien_Arthroskopie_01.pdf).

Die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen des Jahres 2007 finden Sie auf Seite 17.

Qualitätsprüfungen im Einzelfall in der Arthroskopie

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.1994	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	436	413
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	43	33
- davon Genehmigungen	43	30
- davon Ablehnungen	0	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	0
- davon bestanden	3	0
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
- davon ohne Beanstandung	0	0
- davon mit Beanstandungen	0	0
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	39	25
- davon ohne Beanstandung	4	8
- davon mit geringen Beanstandungen	7	11
- davon mit erheblichen Beanstandungen	17	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	11	6
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0

3.3 Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Rund 61.000 Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz wurden bundesweit im Jahr 2007 dauerhaft mit einem ambulanten Dialyseverfahren behandelt. Hierzu stehen ca. 800 vertragsärztliche Dialyseeinrichtungen zur Verfügung. Zur Sicherung der Qualität der Dialysebehandlungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2006 eine Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse verabschiedet. Diese Richtlinie ergänzt die Qualitätsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V. Sie trat im Juni 2006 in Kraft und wurde im Juli 2007 hinsichtlich der Umsetzungsfristen angepasst.

Die Richtlinie regelt zweierlei Maßnahmen der Qualitätssicherung:

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

Ziel ist es, 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 ermöglicht einen Vergleich mit den Ergebnissen der anderen und eröffnet damit die Chance zur Qualitätsverbesserung. Zur Gewährleistung des Datenschutzes wird über den gesamten Erhebungsprozess mit pseudonymisierten Daten gearbeitet.

Die Umsetzung der konkreten Regelungen (Dokumentation, Datentransfer und Datenschutz, Datenanalyse, Teilnahme am Rückmeldesystem, Unterstützung durch einen Berichtsteller) ist an ein bestimmtes Verfahren gebunden. Zum 1. Januar 2007 erfolgte die Auswahl des Datenanalysten in einem förmlichen Vergabeverfahren. Den Zuschlag bekam die Firma MNC – Medical Netcare GmbH aus Münster. Erste bundesweite Ergebnisse konnte MNC im Oktober 2007 präsentieren. Von über 47.000 Patienten wurden anonymisierte Daten elektronisch erfasst, verarbeitet und statistisch ausgewertet und als Quartalsberichte an die Dialyse-Einrichtungen und die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt.

Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V i.V.m. Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 9.5.2003 Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse) Rechtsgrundlage: §§ 136 und 136 a SGB V Gültigkeit: seit 24.6.2006	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Stand	Stand 31.12.2007	Stand 31.12.2006
Genehmigungen		
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge)	85	89
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	186	187
Anzahl beschiedener Anträge	17	10
- davon Genehmigungen	16	10
- davon Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	2
- davon bestanden	0	2
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3	0
Patienten	2007	2006
Anzahl Patienten im Jahr	7756	8142
Bemerkungen		
*) Anzahl Patienten in RT + ST nicht ermittelbar		

3.4 Magnetresonanz-Angiographie

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

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

Fachliche Voraussetzung zur Erlangung der Genehmigung sind die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie, eine mindestens

zweijährige überwiegende Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik sowie der Nachweis von 150 MR-Angiographien unter Anleitung in den drei etablierten Techniken (Time-of-Flight, Phasenkontrast und Kontrastmittelverstärkung).

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

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

Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.2007 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie für die Kernspintomographie) Rechtsgrundlage: § 136 i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2001	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzel Fallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	0	
Anzahl beschiedene Anträge	0	
- davon Anzahl Genehmigungen	0	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Praxisbegehungen	0	
- davon bestanden	0	
- davon nicht bestanden	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 7)		
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 2)	ab 2008	
- davon ohne Beanstandung	ab 2008	
- davon mit Beanstandungen	ab 2008	
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (nach § 7 Abs. 9)	ab 2008	
- davon ohne Beanstandung	ab 2008	
- davon mit Beanstandungen	ab 2008	
Kolloquien (nach § 7 Abs. 9)	ab 2008	
- davon bestanden	ab 2008	
- davon nicht bestanden	ab 2008	

3.5 Phototherapeutische Keratektomie

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. Januar 2006 wurde die Phototherapeutische Keratektomie (Laserbehandlung bei Hornhautschäden am Auge) in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen.

In der zum 1. Oktober 2007 in Kraft gesetzten „vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Phototherapeutischen Keratektomie“ wurde der Beschluss des G-BA hinsichtlich Qualitätssicherung und Dokumentation konkretisiert.

Augenärzte sind zur Durchführung und Abrechnung der Phototherapeutischen Keratektomie (PTK) berechtigt, wenn sie den Nachweis zehn selbstständig durchgeführter phototherapeutischer

Keratektomien 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 zur PTK beinhaltet außerdem Vorgaben zur Dokumentation der Indikation und zur Durchführung der Phototherapeutischen Keratektomie. Die Dokumentationen werden 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.

Für gesetzlich Krankenversicherte kann die Phototherapeutische Keratektomie nur bei folgenden Indikationen durchgeführt werden:

- Rezidivierende Hornhauterosio
- Oberflächliche Hornhautnarben
- Hornhautdystrophie
- Hornhautdegeneration
- Oberflächliche Hornhautirregularien (außer Pterygium)

Phototherapeutische Keratektomie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.2007	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	7	
Anzahl beschiedene Anträge in 2007	7	
- davon Anzahl Genehmigungen	7	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 7)		
Anzahl geprüfter Ärzte	ab 2008/9	
- davon ohne Beanstandung	ab 2008/9	
- davon mit Beanstandungen	ab 2008/9	
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 7 Abs. 5)	ab 2008/9	
- davon ohne Beanstandung	ab 2008/9	
- davon mit Beanstandungen	ab 2008/9	
Kolloquien (nach § 7 Abs. 5)	ab 2008/9	
- davon bestanden	ab 2008/9	
- davon nicht bestanden	ab 2008/9	
Bemerkungen		

3.6 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 Jahren 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.

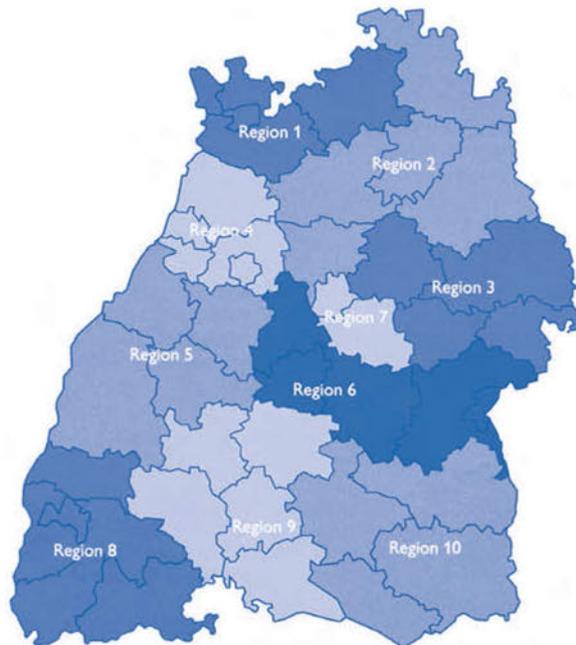
Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen – insbesondere an die Qualifikationen. Denn die Arbeitsschwerpunkte von Ärzten, die im Screening-Programm arbeiten, unterscheiden sich von denjenigen Ärzten, die kurativ mammographieren. Im Gegensatz zur kurativen Mammographie ist im Screening mit Verdachtsfällen bei wenigen Prozent der untersuchten Frauen zu rechnen. Auch ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Das Wissen um die zu erwartende Prävalenz erfordert ein anderes Vorgehen in der Interpretation von Screening-Aufnahmen. Im Screening-Programm befundende Ärzte müssen sich daher laufend fortbilden und pro Jahr Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen beurteilen. Nur so kann eine Routi-

ne 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 u. a. 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 (siehe Abbildung).



In diesen Versorgungsregionen, die auch als Screening-Einheiten bezeichnet werden, wohnen jeweils rund 120.000 anspruchsberechtigte Frauen, die alle zwei Jahre zum kostenlosen Mammographie-Screening eingeladen werden.

Für die Übernahme der Versorgungsaufträge wurde ein umfangreiches Bewerbungsverfahren durchgeführt. Erfreulicherweise ist es der ärztlichen Selbstverwaltung gelungen, für jede Screening-Einheit geeignete programmverantwortliche Ärzte zu finden.

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

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit der 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.

Stand der Einführung

Die erste Region ging im Dezember 2006 in Stuttgart an den Start. Bis Ende 2007 waren insgesamt fünf Screening-Einheiten aktiv. Nacheinander werden voraussichtlich bis Herbst 2008 alle Screening-Einheiten aktiv sein, so dass in absehbarer Zeit das Mammographie-Screening in Baden-Württemberg flächendeckend angeboten werden kann.

Im Jahr 2007 wurden in Baden-Württemberg insgesamt rund 134.000 Frauen eingeladen, davon haben knapp 72.000 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von 54 Prozent).

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

<http://www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de> und <http://www.mammascreeen-bw.de>

3.7 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale

Nach mehr als 13 Jahren unveränderter Gültigkeit wurde eine grundlegende Überarbeitung und Anpassung der bisherigen Zytologie-Vereinbarung an internationale Standards notwendig: Mit Wirkung ab 1. Oktober 2007 trat die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)“ in Kraft. Die neue Vereinbarung enthält im Wesentlichen folgende Neuregelungen:

Die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen sind nun für die berechtigten Facharztgruppen (Pathologen und Gynäkologen) einheitlich geregelt. Erstmals wird die fachliche Qualifikation der im Zytologie-Labor unter Anleitung und Aufsicht des zytologieverantwortlichen Arztes tätigen Präparatebefunder verbindlich vorgegeben. Gefordert wird die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als „Zytologisch tätige/-r Assistent/-in“ oder „Medizinisch-technische/-r Laboratoriumsassistent/-in“ mit einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie.

Gemäß der international üblichen Standards dürfen am Mikroskop arbeitende Präparatebefunder pro Arbeitsstunde durchschnittlich nicht mehr als zehn Präparate befunden. Die Präparatebefundung hat nach der „Münchener Nomenklatur II“ zu erfolgen. Die Vereinbarung regelt auch, welche Präparate vom zytologieverantwortlichen Arzt zu begutachten sind.

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert künftig vom zytologieverantwortlichen Arzt im zweijährigen Abstand jeweils zwölf Präparate mit der dazugehörenden Dokumentation und Befundung an. Die eingereichten Präparate werden von der Qualitätssicherungs-Kommission Zytologie auf ausreichende technische Präparatequalität, zutreffende und vollständige Beurteilung des Präparates sowie auf vollständige Dokumentation überprüft.

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 zurückspiegelt. Ferner werden die Jahresstatistiken der Qualitätssicherungs-Kommission Zytologie zur Beurteilung vorgelegt.

Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.7.1992, zuletzt geändert: 1.10.2007	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	175	181
Anzahl beschiedener Anträge	5	4
- davon Genehmigungen	5	3
- davon Ablehnungen	0	1
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	2	5
- davon bestandene Prüfungen	2	2
- davon nicht bestandene Prüfungen	0	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	6	1

4. AUSBLICK UND ZIELE 2008

4.1 Ausblick

Einführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch Richtlinien des G-BA

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

Nach der aktuellen Begriffsbestimmung des G-BA verfügt der Leistungsbereich der GKV dann über mehrere Formen der Qualitätssicherungsmaßnahmen:

- **Sektorspezifische Qualitätssicherung**
für eine Leistung, die ausschließlich oder überwiegend in einem Versorgungssektor Anwendung findet.
- **Sektorengleiche Qualitätssicherung**
für eine Leistung, die in beiden (ambulante und stationäre Versorgung) Versorgungssektoren erbracht wird, mit dem Ziel der Vereinheitlichung von Behandlungsstandards.
- **Sektorenübergreifende Qualitätssicherung**
Im engeren Sinne bezogen auf eine Versorgungsleistung, die in mindestens zwei verschiedenen Sektoren zur fortlaufenden Behandlung eines Krankheitsfalls erbracht wird (im Sinne eines Behandlungspfades des Patienten) mit Regelung der sektoralen Zusammenarbeit an den Schnittstellen.
- **Follow-up Qualitätssicherung**
Es wird eine Leistung eines Versorgungssektors erfasst und deren Ergebnisqualität nachfolgend in einem anderen Sektor gemessen.

Der G-BA hat inzwischen die Arbeit an den gesetzlich geforderten Richtlinien aufgenommen. Die Verabschiedung dieser Richtlinien ist zum Ende 2008/Anfang 2009 zu erwarten.

4.2 AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Der gesteigerte Wettbewerb im Gesundheitswesen erhöht von Seiten der Patienten und der Politik den Bedarf nach Transparenz ärztlichen Handelns. Daraus kann das Ziel abgeleitet werden, der Messung der Ergebnisqualität höheren Stellenwert einzuräumen. Durch Anwendung von so genannten Qualitätsindikatoren soll die Ergebnisqualität messbar und vergleichbar gemacht werden.

Die KBV hat daher im Jahre 2007 das Projekt AQUIK gestartet. Zunächst wurden über eine internationale Literaturrecherche in einer Datenbank über 2000 Indikatoren gespeichert. Viele dieser Indikatoren haben sich inhaltlich überschritten, so dass die Anzahl schon in einem ersten Schritt deutlich vermindert werden konnte.

Bis März 2008 wurden durch ausgewählte Fachgruppenexperten (Haus- und Fachärzte) die Indikatoren auf Relevanz für den deutschen Versorgungs-

kontext überprüft. Angestrebt wird die Erstellung eines Indikatorensets, das ungefähr 150 Parameter enthält.

Im 2. Halbjahr 2008 soll das konsentiertere vorläufige Indikatorenset in etwa 100 Pilotpraxen auf Handhabbarkeit und Machbarkeit hin überprüft werden.

Perspektivisch ist angestrebt, die validierten Indikatoren an die Honorierung der ärztlichen Leistung zu koppeln (Pay for Performance, P4P). Es ist Ziel der KBV, durch höhere Vergütung einen Anreiz für die Erbringung guter ärztlicher Qualität zu schaffen.

5. QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung unterliegt ein Großteil der vertragsärztlichen Leistungen zusätzlichen Qualitätskontrollen. Nur wer die festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen bzw. Qualitätskriterien erfüllt, erhält von der KV Baden-Württemberg die Erlaubnis, die entsprechenden Leistungen zu erbringen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu dürfen. Im Jahr 2007 hat der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KV Baden-Württemberg 7.917 Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen beschieden, wovon

- 7.783 Abrechnungsgenehmigungen in 41 verschiedenen Leistungsbereichen erteilt wurden
- 91 ablehnende Bescheide erstellt werden mussten, weil die Ärzte die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt haben
- 72-mal eine Abrechnungsgenehmigung wegen Qualitätsmängeln bzw. Wegfall der Qualifikationsvoraussetzungen widerrufen werden musste. Dies betraf 9 verschiedene Leistungsbereiche.

Hinzu kommen noch Genehmigungen auf der Grundlage von regionalen Vereinbarungen wie Disease Management Programme, Kooperationsverträge zu Patientenschulungen und Hausarztverträgen.

5.1 Übersicht: Erteilte Genehmigungen 2007 im Vergleich zu 2006

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Verein- barungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	
Akupunktur	1792	-	15	-	0	-	1792
Ambulante Operationen	921	234	1	0	187	201	4184
Apheresen	10	4	0	0	1	0	81
Arthroskopie	43	30	0	3	1	1	436
Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	16	10	1	0	3	1	186
Herzschrittmacherkontrolle	12	16	0	0	0	55	323
Invasive Kardiologie	3	13	0	0	0	1	59
Kernspintomographie	25	33	1	1	2	0	238
Koloskopie	17	26	0	0	21	28	371
Künstliche Befruchtung	- ***	- ***	- ***	- ***	- ***	- ***	114
Laboratoriumsuntersuchungen	87	93	7	8	0	20	2007
Langzeit-EKG-Untersuchungen	98	109	1	0	0	2	3375
Mammographie (kurativ)	21	17	1	2	0	2	312
Medizinische Rehabilitation	1432	483	1	0	0	0	6090
Onkologie-Vereinbarung	42	51	4	1	3	7	554
Otoakustische Emissionen	20	20	0	0	0	0	369
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	5	3	1	2	2	2	42
Phototherapeutische Keratektomie	7	-	0	-	0	-	7
Psychosomatische Grundversorgung	764	.*	.*	.*	.*	.*	9643
Psychotherapie	434	848	2	28	0	0	3348
Schlafbezogene Atmungsstörungen	44	55	1	1	0	0	275
Schmerztherapie	12	11	0	4	2	5	131
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	6	5	1	0	1	0	57
Soziotherapie	20	18	0	1	0	5	454
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	4	8	0	0	0	0	109

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung	
	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	
Strahlendiagnostik/-therapie								
• allg. Röntgendiagnostik	142	179	1	4	2	1	2265	
• Computertomographie	28	41	1	3	1	0	353	
• Osteodensitometrie	9	27	0	0	1	0	272	
• Strahlentherapie	11	24	0	0	1	0	111	
• Nuklearmedizin	15	17	0	0	0	0	236	
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	12	13	0	0	13	5	353	
Ultraschalldiagnostik	1398	1525	43	55	-*	146	9303	
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	50	38	0	0	21	16	953	
Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales	5	3	0	1	6	1	175	
Genehmigungen auf Grundlage des EBM:								
• Chirotherapie	74	52	0	0	0	0	1353	
• Diabetischer Fuß	127	199	2	43	0	2	1338	
• Funktionsstörungen der Hand	37	28	0	0	0	0	411	380
• Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	8	6	2	1	0	0	377	376
• Krebsfrüherkennung bei der Frau	3	4	2	2	0	0	1045	1067
• Empfängnisregelung	3	4	3	3	0	0	1222	1124
• Neurophysiologische Übungsbehandlung	10	11 *	0	0	0	0	487	433 **
• Physikalische Therapie	16	41 *	0	0	0	0	807	433 **

* Anzahl nicht ermittelbar

** Anzahl Bezirksdirektion Freiburg nicht ermittelbar

*** Genehmigung wird durch Ärztekammer erteilt

5.2 Qualitätsprüfungsrichtlinie

Ein vom Gesetzgeber vorgesehene und etabliertes Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität ärztlicher Leistungen ist die Überprüfung im Einzelfall durch Stichproben. Die Kriterien für die Organisation und Durchführung von Stichproben hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 136 Abs. 2 SGB V in einer Richtlinie festgelegt. Die Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall („Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“) ist zum 1. Januar 2007 in Kraft getreten.

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie gilt für die Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich der medizinischen Versorgungszentren sowie für die im Krankenhaus im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. Inhalt der Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen) sind die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen.

Um aussagekräftige Ergebnisse bei vertretbarem Aufwand für den überprüften Leistungsbereich zu ermöglichen, sind mindestens 4 Prozent der abrechnenden Ärzte zu überprüfen. Die Auswahl der zu überprüfenden Ärzte wird per Zufallsgenerator nach einem statistisch gesicherten Verfahren getroffen.

Diese neue Richtlinie regelt Auswahl, Umfang und Verfahren der Durchführung aller Stichprobenprüfungen, sofern nicht in anderen Richtlinien des G-BA abweichende Regelungen getroffen werden. In Leistungsbereichen, in denen sowohl nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie als auch nach anderen Rechtsvorschriften Stichprobenprüfungen durchzuführen sind, können die Prüfungen organisatorisch verbunden werden. Vor diesem Hintergrund gilt die Qualitätsprüfungs-Richtlinie gegenwärtig für folgende qualitätsgesicherte Bereiche:

- Arthroskopie
- Kernspintomographie
- Konventionelle Radiologie, einschließlich CT

Ergebnisse der von der KV BW im Jahr 2007 durchgeführten Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie gemäß § 136 Abs. 2 SGB V sind unter dem jeweiligen Genehmigungsbereich dokumentiert und können dort nachgelesen werden.

6. QUALITÄTSENTWICKLUNG UND QUALITÄTSFÖRDERUNG

6.1 Qualitätsmanagement-Richtlinie – Ergebnisse der ersten Stichprobenziehung

AUSGANGSSITUATION

Seit 1. Januar 2004 ist die Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements für Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren im Sozialgesetzbuch V (§ 135a Abs. 2) verankert.

Zum 1. Januar 2006 erfolgte in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an

der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (QM-Richtlinie) eine Konkretisierung dieser Verpflichtung. Die QM-Richtlinie definiert als oberstes Ziel eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements die kontinuierliche Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Um dieses Ziel zu erreichen, werden in der Richtlinie konkrete Grundelemente, die umgesetzt werden sollen, und Instrumente, die dafür genutzt werden können, genannt:

Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

A. im Bereich „Patientenversorgung“

- Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse
- Patientenorientierung, Patientensicherheit, Patientenmitwirkung, Patienteninformation und -beratung
- Strukturierung von Behandlungsabläufen

B. im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“

- Regelung von Verantwortlichkeiten
- Mitarbeiterorientierung
- Praxismanagement
- Gestaltung von Kommunikationsprozessen (intern/extern) und Informationsmanagement
- Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung
- Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne QM

Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

- Festlegung von konkreten Qualitätszielen, Umsetzung, Überprüfung und ggf. Anpassung
- Regelmäßige, strukturierte Teambesprechungen
- Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen
- Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten
- Beschwerdemanagement
- Organigramm, Checklisten
- Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahefehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen
- Notfallmanagement
- Dokumentation der Behandlungsabläufe und der Beratung
- Qualitätsbezogene Dokumentation

Der Zeitrahmen für die vollständige Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wird ebenfalls von der Richtlinie vorgegeben.

Der Aufbau von QM soll in vier Phasen erfolgen:

Phase 1:	Planung	1. Januar 2006 – 31. Dezember 2007 oder bis zwei Jahre nach Niederlassung
Phase 2:	Umsetzung	1. Januar 2008 – 31. Dezember 2009 oder bis vier Jahre nach Niederlassung
Phase 3:	Überprüfung	im Jahr 2010 oder im fünften Jahr nach Niederlassung
Phase 4:	kontinuierliche Weiterentwicklung	ab 2011 oder im sechsten Jahr nach Niederlassung

Die vier Phasen orientieren sich an dem PDCA (Plan-Do-Check-Act)-Zyklus. In jeder Phase müssen laut Richtlinie in der Praxis bestimmte Maßnahmen ergriffen und umgesetzt werden.

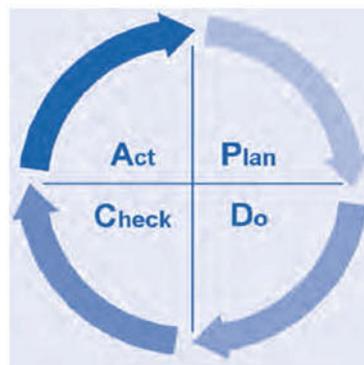
Kontinuierliche

Weiterentwicklung (Act)

- Mindestens eine jährliche Selbstbewertung hinsichtlich der ergriffenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Grundelemente und Instrumente einschließlich der Zielerreichung

Planen (Plan)

- Schriftliche Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis
- Festlegung konkreter Ziele für den Aufbau des internen QM
- Durchführung weiterer Maßnahmen zur Planung des internen QM



Überprüfen (Check)

- Selbstbewertung im Hinblick auf Zielerreichung auf der Grundlage von Nachweisen und Messungen der Prozess- und Ergebnisqualität

Umsetzen (Do)

- Konkrete Umsetzungsmaßnahmen ergreifen
- Umsetzung der Grundelemente unter Verwendung der vorgegebenen Instrumente

**DURCHFÜHRUNG
DER ERSTEN STICHPROBE**

Beginnend mit dem Jahr 2007, dem zweiten Jahr der Planungsphase, muss nach der QM-Richtlinie jährlich stichprobenweise der Einführungs- und Entwicklungsstand in den Praxen überprüft werden. Die Überprüfung dient als Grundlage für eine durch die QM-Kommission der KVBW durchzuführende Bewertung, deren Ergebnisse jeweils zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA übermittelt werden.

Bereits im Vorfeld hatte die QM-Kommission der KVBW in einem Rundbrief alle Mitglieder über die Eckpunkte der QM-Richtlinie und die bevorstehende Stichprobe informiert.

Im Rahmen der Stichprobenerhebung wurden im Herbst 2007 erstmalig 2,5 Prozent der niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zufällig ausgewählt und gebeten, ihre Fortschritte bei der Einführung von QM schriftlich darzulegen. Hierzu erhielten 429 Teilnehmer einen auf Bundesebene abgestimmten Fragebogen,

auf dem die QM-Aktivitäten dokumentiert werden sollten. Als Unterstützungsinstrument war ein Selbstbewertungsbogen beigelegt, mit dessen Hilfe eine Analyse des Ist-Zustandes in der Praxis durchgeführt werden kann.

Bereits kurz nach der Aussendung traf bei der QM-Geschäftsstelle eine Vielzahl von Fragebogen ein. Nach Ablauf der Rücksendefrist wurde einmal schriftlich an die Rücksendung noch ausstehender Fragebogen erinnert. Auf diese Weise konnte eine Rücklaufquote von rund 86 Prozent erreicht werden.

ERGEBNISSE

Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass QM in den baden-württembergischen Praxen weit verbreitet ist.

22,3 Prozent der Befragten haben die Maßnahmen, die der Planung des einrichtungsinternen QM dienen, bereits durchgeführt. Mit der Umsetzung des implementierten QM-Systems beschäftigten sich

Stand der QM-Umsetzung in Baden-Württemberg 2007

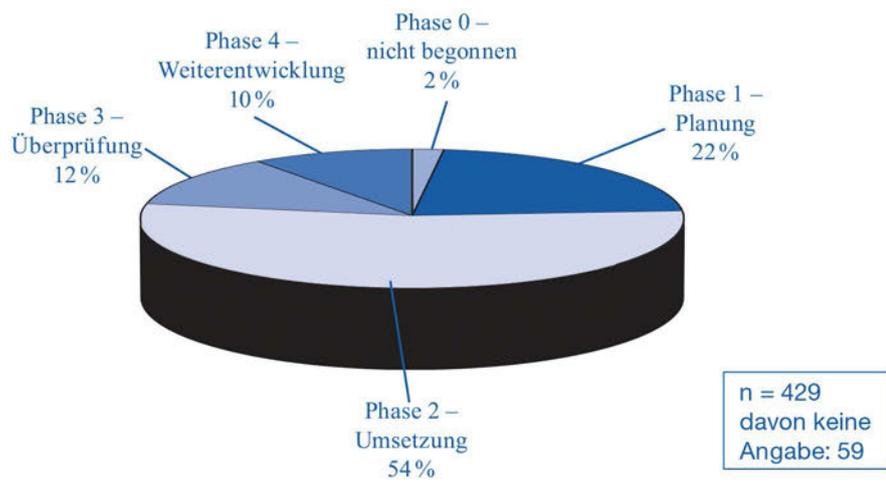


Abb. 1: Stand der QM-Umsetzung im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg 2007

zum Zeitpunkt der Befragung 54,5 Prozent. 12,4 Prozent befinden sich in der Phase 3, in der die umgesetzten Maßnahmen bereits analysiert und bewertet werden. Beachtliche 10,7 Prozent haben

bereits alle Phasen durchlaufen und sind auf dem Weg der kontinuierlichen Weiterentwicklung ihres QM-Systems.

Auswahl eines QM-Systems

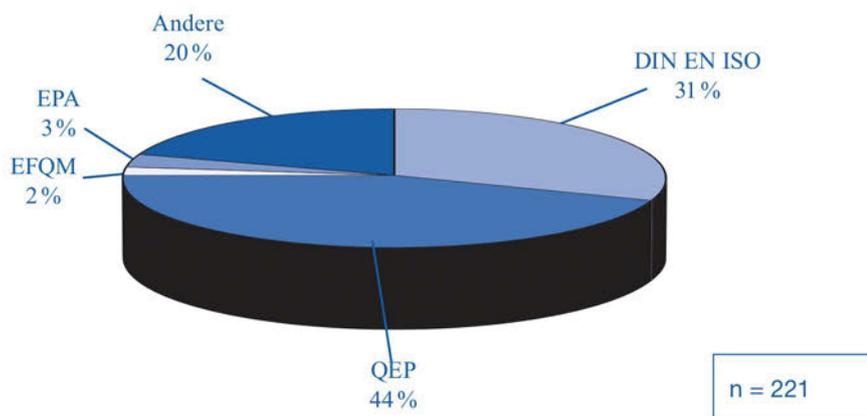


Abb. 2: Ausgewählte QM-Systeme, Ergebnisse aus der Stichprobenziehung der KVBW im Jahr 2007

Einer näheren Analyse wurden auch die freiwilligen Angaben zu der Frage nach dem gewählten QM-System unterzogen. Die QM-Richtlinie ist systemoffen, das heißt es kann auch eine eigenständige QM-Systematik in der Praxis entwickelt werden. Insgesamt 221 Stichprobenteilnehmer teilten mit, dass sie ein QM-System nutzen. Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

Im Rahmen der Stichprobe haben sich viele Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu einzelnen Themen des Qualitätsmanagements beraten lassen. Vorrangige Themen waren Fragen zur Um-

setzung der QM-Richtlinie, aber auch Spezialthemen wie Dokumentation oder der Vergleich von QM-Systemen wurden nachgefragt.

Die Ergebnisse der ersten Stichprobe nach der QM-Richtlinie aus Baden-Württemberg sind nach Bewertung in der QM-Kommission an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt worden, die ihrerseits eine Gesamtauswertung aller Ergebnisse aus den Kassenärztlichen Vereinigungen vornehmen wird. Das bundesweite Gesamtergebnis wird in einem Bericht dem G-BA vorgelegt.

AUSBLICK

Im Herbst 2008 wird die nächste Stichprobe nach der QM-Richtlinie durchgeführt. Gegenstand dieser Überprüfung wird wiederum der Einführungs- und Entwicklungsstand von QM in den Praxen sein, mit dem Unterschied, dass alle am 01. Januar 2006 Niedergelassenen in diesem dritten Jahr nach Einführung der Richtlinie nun die Umsetzung geplanten QM nachweisen müssen. Alle Teilnehmer, die nach Inkrafttreten der QM-Richtlinie ihre Tätigkeit aufgenommen haben, können bis zum Ablauf von zwei Jahren ihr praxisinternes QM planen.

Die Auswertung der neuen Stichprobe wird wiederum phasenbezogen im Sinne der Richtlinie, aber diesmal nach Fachgebieten gegliedert, erfolgen. Diese Differenzierung sieht die QM-Richtlinie explizit vor.

Über 2008 hinaus gilt eine besondere Aufmerksamkeit den folgenden zwei Jahren. Der G-BA wird nach Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie auf der Grundlage der vorgelegten Ergebnisse über die Weiterentwicklung dieser Rechtsgrundlage beraten.

Im Vordergrund steht dabei die Prüfung der Wirksamkeit und des Nutzens des Qualitätsmanagements im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgungsqualität. Darüber hinaus wird geprüft, ob die Benennung einzelner, zur Einführung eines Qualitätsmanagements geeigneter Systeme möglich ist und ob Sanktionen im Falle der Nichteinführung eines Qualitätsmanagements in die ambulante Einrichtung erforderlich sind.

Die Informationen hierfür ergeben sich aus dem Stand der Einführung und Weiterentwicklung sowie aus einer Analyse der bis dahin publizierten Literatur über den Nutzen von QM-Systemen.

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 gerne auch auf erstellte Praxishandbüchern oder einzelne QM-Dokumente und geben Verbesserungsvorschläge, stellen Mustervorlagen zum Ausfüllen oder Ergänzen zur Verfügung, geben Tipps z. B. für die Durchführung von Patientenbefragungen oder helfen bei der Entscheidung für ein bestimmtes QM-System.

6.2 Qualitätszirkel

Eine ausgesprochen erfolgreiche Qualitätssicherungsmaßnahme im ambulanten Bereich sind die Qualitätszirkel. 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. Im Jahr 2006 wurden für ganz Baden-Württemberg einheitliche QZ-Leitlinien¹ entwickelt, um für alle Qualitätszirkel eine einheitliche Basis zu schaffen und um Impulse für weitere Neugründungen zu geben.

Zum 31. 12. 2007 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 682 aktive Qualitätszirkel, d. h. Qualitätszirkel, die im Jahr 2007 regelmäßig

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	75,00 € 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

(= mindestens viermal) getagt und die zwischen 5 bis 20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten. Weitere 588 QZ trafen sich in unregelmäßigen Abständen. Eine Vielzahl von QZ arbeitete mit zwei Moderatoren, so dass im Jahr 2007 insgesamt 725 Moderatoren im Einsatz waren.

Auf die Bezirksdirektionen verteilten sich die Qualitätszirkel wie folgt:

Bezirksdirektion	Anzahl Qualitätszirkel 2006	Anzahl Qualitätszirkel 2007
Freiburg	150	168
Karlsruhe	148	176
Stuttgart	92	123
Reutlingen	222	215
Gesamt Baden-Württemberg	612	682

Tabelle 1: Verteilung der Qualitätszirkel nach Bezirksdirektionen in den Jahren 2006 und 2007

¹ Leitlinien für die Anerkennung, Durchführung und Gestaltung von Qualitätszirkeln im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (QZ-Leitlinien), Inkrafttreten der QZ-Leitlinie am 1. 10. 2006

Der Jahresvergleich zwischen 2006 und 2007 zeigt eine rund elfprozentige Zunahme der Anzahl aktiver QZ. Die überproportionale Steigerung im Bereich der ehemaligen KV Nord-Württemberg (jetzt Bezirksdirektion Stuttgart) kann dadurch erklärt werden, dass erst ab 1. Oktober 2006 die Qualitätszirkelarbeit dort finanziell unterstützt wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass vorher viele QZ statistisch nicht erfasst wurden, da eine entsprechende Vergütung nicht gewährt wurde und daher eine Meldung zur KV unterblieb.

Insgesamt gesehen war das Qualitätszirkel-Netz in Baden-Württemberg bereits ziemlich engmaschig: Pro 1.000 zugelassene Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten gab es ca. 39 Qualitätszirkel.

Die 682 aktiven QZ wiesen ein breites Spektrum auf. Einen Überblick hierzu bietet die nachfolgende Abbildung 1.

Im Vergleich zum Vorjahr fiel auf, dass sich die Zahl der Akupunktur QZ von 13 auf 25 annähernd verdoppelt hat. Dies kann im Zusammenhang mit der Einführung der Akupunktur als vertragsärztliche Leistung gesehen werden. Ansonsten hat sich die fachliche Verteilung der Qualitätszirkel zwischen den Jahren 2006 und 2007 nicht wesentlich geändert.

In der Kategorie „Sonstige Qualitätszirkel“ sind die unterschiedlichsten fachspezifischen Qualitätszirkel zusammengefasst, die landesweit weniger als sechs Qualitätszirkel je Themengebiet hatten.

Werden die Qualitätszirkel in ärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel unterteilt, ist festzustellen, dass es 444 (= 65,1 Prozent) ärztliche und 238 (= 34,9 Prozent) psychotherapeutische QZ in Baden-Württemberg gibt.

Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel in der KV Baden-Württemberg

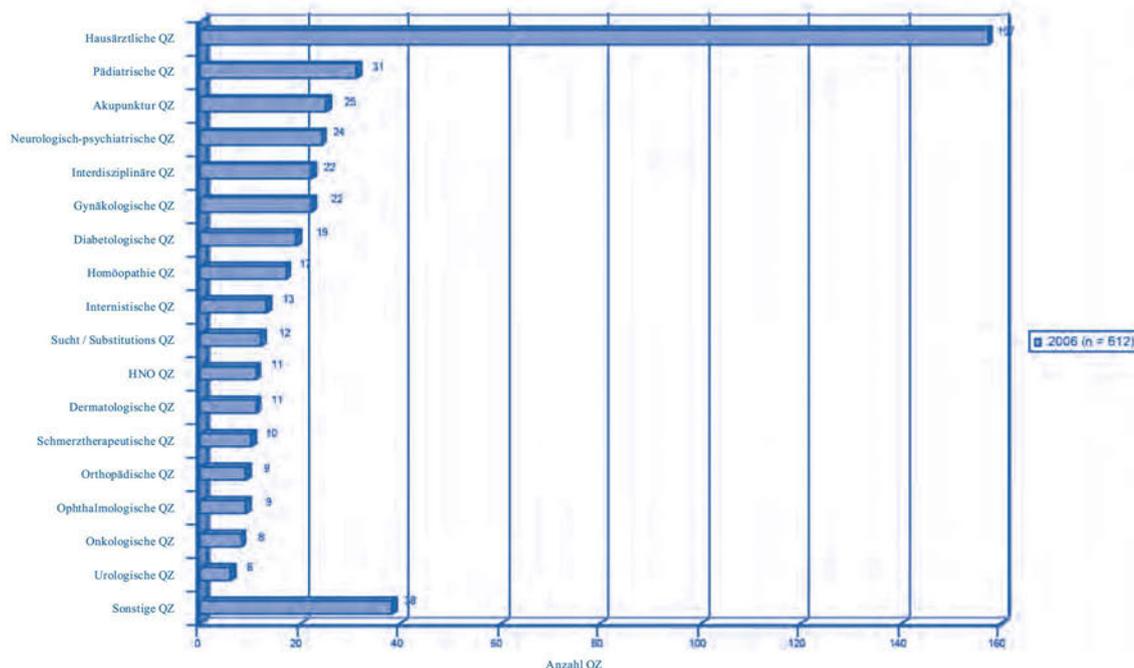


Abbildung 1: Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel in Baden-Württemberg 2007

6.3 Fortbildung

Eine kontinuierliche, berufsbegleitende Fortbildung zur Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz und Aktualisierung des Wissens gehört zum Selbstverständnis jedes Vertragsarztes und Vertragspsychotherapeuten. Die Verpflichtung zur Fortbildung ist in den Berufsordnungen festgeschrieben. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde diese bis dahin ausschließlich berufsrechtliche Anforderung auch in das Sozialrecht eingeführt. Seit 1. Juli 2004 besteht für jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten die Verpflichtung, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis über die absolvierte Fortbildung zu erbringen. Das geschieht durch ein Fortbildungszertifikat der Landesärzte- oder -psychotherapeutenkammer oder ein vergleichbares Zertifikat, das den Anforderungen der Musterregelungen der Bundesärztekammer beziehungsweise Bundespsychotherapeutenkammer entspricht. Das Nachweisverfahren hat die KBV unter Zustimmung der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer in einer Fortbildungsregelung festgeschrieben.

Die Fortbildungsverpflichtung gilt als erfüllt, wenn innerhalb des im Gesetz vorgeschriebenen Fünfjahreszeitraums (erstmalig 1. Juli 2004 – 30. Juni 2009) insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen werden.

Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an

moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Fortbildung durch eine Kammer oder auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung als Fortbildungsmaßnahme anerkannt ist. Näheres hierzu regelt die (Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die vom 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet worden ist.

Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonten, die bei den Landeskammern geführt werden. In einigen Kammerbereichen sind bereits Online-Abfragen zu den Punkteständen möglich.

Weitere Informationen hierzu finden sich unter: www.kbv.de/themen/9928.html

Neben dieser allgemeinen Verpflichtung zu einer kontinuierlichen Fortbildung ist der Nachweis einer fachspezifischen Fortbildung häufig Bestandteil in Einzel- oder Sonderverträgen, die Kassenärztliche Vereinigungen mit Krankenkassen vereinbaren (so zum Beispiel zu Disease-Management-Programmen, Verträge nach § 73 b SGB V und andere). Auch die Modellverträge der Vertragswerkstatt der KBV schreiben in der Regel eine fachliche Fortbildung zwingend vor. In nahezu allen diesen Verträgen sind zum Beispiel inhaltliche Vorgaben, nachzuweisende Punktzahlen oder die Formen der Fortbildung (zum Beispiel Qualitätszirkel) konkret definiert.

7. SERVICE

7.1 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KVBW

Die KV Baden-Württemberg bietet ihren Mitgliedern und deren Praxismitarbeitern ein umfassendes Fortbildungsangebot. Dabei wird ausschließlich mit qualifizierten Trainern bzw. Referenten aus dem Gesundheitswesen zusammengearbeitet. Die Kurse werden laufend weiterentwickelt und das Angebot dem aktuellen Bedarf angepasst.

Durch die dezentrale Organisationsstruktur der KVBW mit Standorten in Stuttgart, Karlsruhe,

Freiburg und Reutlingen sowie Mannheim und Konstanz können die Kurse mitgliedernah angeboten werden.

Insgesamt hat die KV Baden-Württemberg im Jahr 2007 217 Fortbildungsveranstaltungen mit 4.375 Teilnehmenden durchgeführt. Die Resonanz auf die Fortbildungsangebote war durchgehend positiv.

Qualitätssicherung und -förderung	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Schulung Diabetes Medias 2	2	24
Schulung Diabetiker – ohne Insulin	10	180
Schulung Diabetiker – mit Insulin	8	123
Schulung Diabetiker – Normal Insulin	8	123
Hypertonie (ZI)	4	50
Asthmatiker-Schulung (NASA/COPRA)	7	180
Rückenschule	1	15
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	5	139
Auffrischkurs zur Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	4	222
Fortbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln	4	75

Informationsveranstaltungen	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
DMP Brustkrebs	2	78

Management-Akademie (MAK)	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Seminare für das Unternehmen Praxis	32	521
Seminare für das Praxisteam	40	865
Qualitätsmanagement-Kurse	73	1626
EDV-Kurse	19	154

7.2 Patientensicherheit: Hygiene und Medizinprodukte

Die Bedeutung von Hygiene und Medizinprodukten nimmt in der Patientenversorgung ständig zu. In den Fokus rücken dadurch zunehmend Aspekte zur Patientensicherheit, die mit dem Einsatz von Medizinprodukten zusammenhängen. Besonders mit Zunahme invasiver und mikroinvasiver Methoden gewinnt die sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten an Bedeutung für die Prävention von nosokomialen Infektionen.

Für den einzelnen Praxisinhaber ist es sehr schwierig, noch den Überblick über die Vielzahl von Gesetzen, Richtlinien, Normen, technischen Regeln, Vorschriften für den Umgang mit Medizinprodukten und für die Einhaltung von Hygienestandards zu behalten. In der nachfolgenden Tabelle 1 sind die wesentlichen Regelungen dargestellt.

Regelung	Art der Regelung	Besonders relevante Inhalte für die Praxishygiene
Infektionsschutzgesetz (IfSG)	Bundesgesetz	<ul style="list-style-type: none"> • § 6 – § 10 Meldepflicht übertragbarer Erkrankungen • § 23 Nosokomiale Infektionen und Resistenzen • § 36 ff Arztpraxen können vom Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden; Schriftliche Fixierung aller hygiene-relevanten Abläufe in Hygieneplänen
Medizinproduktegesetz (MPG)	Bundesgesetz	Regelungen zur Herstellung und zum Einsatz von Medizinprodukten, Verantwortlichkeiten, behördliche Überwachung
Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MBBetreibV)	Bundesverordnung	Sicherheitstechnische Kontrollen, Anforderungen an das Betreiben, Instandhalten und Aufbereiten von Medizinprodukten, Verweis auf die RKI-Richtlinien
Landeshygieneverordnung Baden-Württemberg	Landesverordnung	<ul style="list-style-type: none"> • § 2 Pflichten • § 3 Desinfektionsmittel und Verfahren • § 5 behördliche Überwachung
TRBA 250	Regel der Berufsgenossenschaft	Vorgaben unter anderem zu: <ul style="list-style-type: none"> • Gefährdungsbeurteilungen • Organisatorisch und hygienischen Maßnahmen • Hygieneplan • Unterrichtung von Beschäftigten • Arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchung
Richtlinien des Robert-Koch-Institutes	Empfehlungen „state of the art“	Auszug: <ul style="list-style-type: none"> • Händehygiene • Reinigung und Desinfektion von Flächen • Aufbereitung von Medizinprodukten • Verhalten bei bestimmten Erkrankungen bzw. Kolonisation
DIN-Vorschriften	Stand der Technik	Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> • RLT-Anlagen (DIN 1946-4) • Sterilisation (DIN 58946-58948,58952,...)

Tabelle 1: Gesetzliche und gesetzesähnliche Vorgaben für die Hygiene in der Arztpraxen (Auszug)

Die Einhaltung dieser Vorschriften wird zunehmend durch Regierungspräsidien, Gesundheitsämter und Eichämter überprüft. Die zuständigen Kontrollbehörden sind befugt, nicht nur die Ablauforganisation der Aufbereitung von Medizinprodukten zu überprüfen, sondern darüber hinaus bei nicht hinnehmbaren Mängeln und Missständen die Schließung einer Praxis zu verfügen.

Vor diesem Hintergrund hat die KVBW in den letzten beiden Jahren die Praxisinhaber und Mitarbeiter aus Arztpraxen bei der Umsetzung der Anforderungen zur Aufbereitung von Medizinprodukten primär durch telefonische Beratung und durch ein umfangreiches Informationspaket unterstützt. Tabelle 2 gibt einen summarischen Überblick über die Beratungsinhalte.

Beratungsinhalte

- Umsetzung von Gesetzen, Richtlinien und Normen in der Praxis
- Erstellung und Erarbeitung von Hygiene-, Desinfektions-, Handschuh- und Hautschutzplänen
- Umgang mit den Inhalten eines Hygieneplans (Hände- und Hauthygiene, Flächenreinigung- und Flächen-desinfektion, Instrumentendesinfektion, Wäsche und Abfallentsorgung) im praktischen Alltag
- Risikoeinstufung von Medizinprodukten in der Praxis
- Aufbereitung von Medizinprodukten, d. h. Reinigung, Desinfektion, Verpackung und Sterilisation, sowie zu Überwachungsmöglichkeiten des Aufbereitungsprozesses durch hygienisch-mikrobiologische und/oder physikalische Routinekontrollen
- 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 2: Beratungsinhalte im Arbeitsgebiet Hygiene und Medizinprodukte im Jahr 2007

Das Erstellen eines Hygieneplans nach den oben genannten gesetzlichen Rahmenbedingungen ist Pflicht. Er soll Arbeitsinstrument in der Arztpraxis sein und muss periodisch überprüft und aktualisiert werden. Die nachfolgende Tabelle 3 enthält eine beispielhafte Inhaltsübersicht zum Hygieneplan. Zur Auffrischung und Vertiefung der Hygienekenntnisse in den Praxen bietet die Management Akademie der KVBW (mak) den Kurs „Alles sauber, oder was?“-Hygiene in der Arztpraxis an. In diesem Kurs werden die Inhalte eines Hygieneplans besprochen. Insgesamt haben im Jahr 2007 zwölf Kurse mit 314 Teilnehmern stattgefunden.

Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben stellt viele Praxisbetreiber vor erhebliche Probleme, da insbesondere für Validierung und ggf. für Neuanschaffung oder Umrüstung der Sterilisatoren hohe Kosten für die Praxis anfallen. Um die Praxisinhaber bei der Entscheidung zur Aufbereitung von Medizinprodukten zu unterstützen, hat die KVBW 2007 ein EDV-gestütztes Planungstool zur Ermittlung der Kosten des Aufbereitungsprozesses entwickelt. Diese Kostenermittlung kann zum Vergleich von Angeboten externer Dienstleister und auch als Entscheidungshilfe bei der Umstellung auf Einmalprodukte dienen. Zudem lassen sich damit

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 3: Beispielhafte Inhalte eines Hygieneplans

die Kosten der Aufbereitung in der eigenen Praxis konkret berechnen.

Alternativ zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der eigenen Praxis können Einmalinstrumente verwendet werden oder der Praxisbetreiber gibt die Aufbereitung der Medizinprodukte an einen externen Dienstleister ab. Externe Aufbereitungsunternehmen vermögen durch eine moderne apparative Ausstattung und entsprechendes Personal eine kostengünstige und sichere Aufbereitung zu gewährleisten und eine entsprechende Aufbereitungsqualität sicherzustellen. Um bei Anfragen von Vertragsärzten auf regionale externe Anbieter für die Aufbereitung von Medizinprodukten verweisen zu können, hat die KVBW 2007 eine Befragung bei 105 Krankenhäusern und Tageskliniken mit einer zentralen Sterilgutversorgungsabteilung durchgeführt. Von den 105 befragten Kliniken haben 94 Kliniken geantwortet. Von den 94 Tageskliniken und Krankenhäusern bereiten bereits 64 Institutionen Medizinprodukte für Arztpraxen auf. 18 Institutionen planen die externe Aufbereitung und 12 Einrichtungen bereiten nicht extern auf.

Die Befragungsergebnisse bezüglich einer geplanten oder bereits praktizierten externen Aufbereitung sind der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen.

Entscheidet sich der Praxisbetreiber für die Aufbereitung in der eigenen Praxis, so trägt er nach § 4 Abs. 1 MPBetreibV hierfür die Verantwortung. Führt er die Aufgabe nicht selbst durch, muss von ihm ein fachlich Verantwortlicher (= beauftragte Person) für die Aufbereitung schriftlich bestellt werden und alle Aufbereitungsprozesse sind nachvollziehbar zu dokumentieren. Die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten Beauftragten müssen eine Fortbildung und ein Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) nachweisen. Das Vorhandensein dieses Zertifikats der DGSV wird von den Aufsichtsbehörden bei den Praxisbegehungen überprüft.

Als einzige KV im Bundesgebiet bot die KVBW im Jahr 2007 den Praxen die Möglichkeit, die geforderte Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis im Rahmen eines 5-tägigen Sachkundekurses zu er-

EXTERNE AUFBEREITUNG VON MEDIZINPRODUKTEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

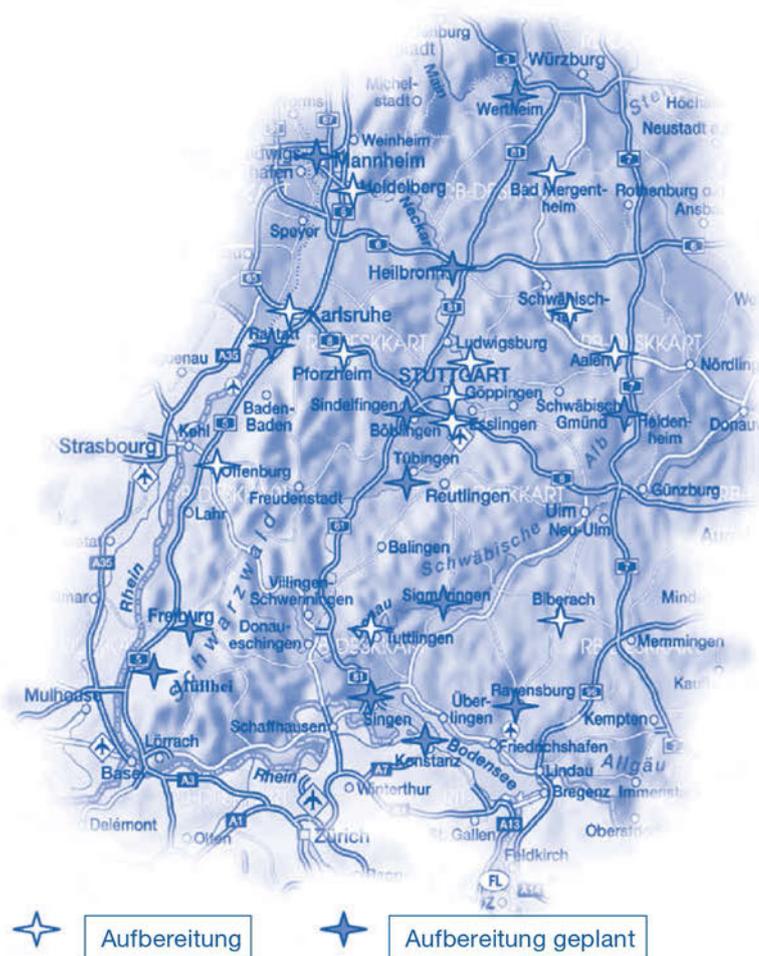


Abb. 1: Externe Aufbereitung von Medizinprodukten in Baden-Württemberg

werben. Diese Sachkundekurse wurden in Kooperation mit der Abteilung Wissenstransfer der Universität Tübingen sowie dem Brandenburgischen Bildungswerk für Medizin und Soziales e. V. angeboten. Beide Fortbildungseinrichtungen sind bei der DGSV akkreditiert und arbeiten nach deren Curriculum. Der Sachkundekurs schließt mit einer Kenntnisprüfung ab. Die Teilnehmer erhalten nach erfolgreich bestandener Prüfung das Zertifikat der DGSV. Die Inhalte des Sachkundekurses sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Die KV Baden-Württemberg hat im Jahr 2007 elf Sachkundekurse für ambulant operierende Arzt-

praxen/Praxiskliniken sowie einen Sachkundekurs für endoskopierende Arztpraxen durchgeführt. Insgesamt wurden 331 Mitarbeiter von Arztpraxen erfolgreich fortgebildet. Die 331 teilnehmenden Mitarbeiter kamen aus insgesamt 278 Arztpraxen aus ganz Baden-Württemberg. Die Verteilung der teilnehmenden Praxen auf die Fachgebiete ist Tabelle 5 zu entnehmen. Die Mitarbeiter im niedergelassenen Bereich empfinden die Fortbildung zunehmend als Unterstützung ihrer Qualitätsanstrengungen in der Praxis.

Die Resonanz auf das Angebot des Sachkundekurses war durchweg positiv.

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 4: Inhalte des Sachkundekurses zur Aufbereitung von Sterilgut

Facharztpraxen für	Anzahl der teilnehmenden Facharztpraxen
Chirurgie	44
Internisten (hausärztlich)	34
Haut- und Geschlechtskrankheiten	32
Frauenheilkunde und Geburtsmedizin	26
Orthopädie	25
Internisten (fachärztlich)	24
Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte	23
Urologen	20
Anästhesiologie	15
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12
Augenheilkunde	11
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	7
Physikalische und Rehabilitative Medizin	2
Kinder- und Jugendmedizin	2
Laboratoriumsmedizin	1
Summe	278

Tabelle 5: Verteilung der an den Sachkundekursen der KVBW im Jahr 2007 teilgenommenen Praxen auf die Fachgebiete

7.3 Patientenservice

7.3.1 Informationsservice für Ärzte und Patienten

Die Bezirksdirektion Karlsruhe der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und die Bezirksärztekammer Nordbaden unterhalten seit 1999 einen gemeinsamen Informationsservice über medizinische und psychotherapeutische Versorgungsmöglichkeiten in Nordbaden. Mit dieser Arbeitsgemeinschaft des öffentlichen Rechts soll gewährleistet werden, dass solche Informationen neutral, sachlich und qualifiziert weitergegeben werden.

Zurzeit stellt der InfoService Gesundheit folgendes Informationsangebot bereit:

- Hausärzte oder Spezialisten in Wohnortnähe
- Ärzte mit einem speziellen Behandlungsschwerpunkt
- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten
- Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in der Region
- Praxen mit einem behindertengerechten Zugang
- Fremdsprachenkenntnisse der Ärzte und Therapeuten
- Adressen/Telefonnummern von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfegruppen
- etc.

Der InfoService Gesundheit ist montags – freitags von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr sowie montags – mittwochs von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr und donnerstags von 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr erreichbar unter der Telefonnummer

0 18 05 / 15 00 51 (14 Cent/Min.)

Seit dem Jahr 2000 verfügt der InfoService Gesundheit unter www.infoservicegesundheit.de zusätzlich über eine eigene Internetpräsenz. Damit wurde das Service-Angebot um eine rund um die Uhr zur Verfügung stehende komfortable Arzt-/ Psychotherapeutensuche ergänzt. Darüber hinaus findet der Nutzer in diesem Gesundheitswegweiser u. a. Verweise zu Suchfunktionen nach anderen medizinischen Berufsgruppen, Krankenhäusern, Selbsthilfegruppen, Notdiensten etc.

Die in den vergangenen Jahren feststellbare kontinuierlich zunehmende Nutzung der Website hat sich fortgesetzt.

Der seit dem Jahr 1999 bestehende InfoService Gesundheit hat sich im Rahmen seiner Zielsetzung inzwischen zu einer anerkannten Institution in Nordbaden entwickelt. Er ersetzt jedoch nicht den Besuch beim Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

7.3.2 Patiententelefon MedCall

Mit der Einführung des Patiententelefon „Med-Call“ im Oktober 2001 hat die Bezirksdirektion Stuttgart der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg das Serviceangebot für Patienten des Bereichs Nordwürttemberg maßgeblich ausgebaut. Unter der Service-Rufnummer 0 18 05 – 6 33 22 55 leistet das medizinische Fachpersonal den Anrufern Hilfestellung unter anderem bei der Suche nach

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

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

Das Beratungsteam des Patiententelefon äußert sich nicht zu diagnostischen oder therapeutischen Fragestellungen im Einzelfall, sondern informiert 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 und Impfvereinbarung etc.,
- 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.

Eine Internetpräsenz kann über die Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unter www.kvbawue.de, die auf das Patiententelefon hinweist, aufgerufen werden.

Mit der Auswahl einer sogenannten Vanity-Rufnummer hat es die Bezirksdirektion Stuttgart den Anrufern denkbar leicht gemacht, MedCall zu erreichen. Neben der kurzen Vorwahl ist die Rufnummer einfach über den Namen des Patiententelefon MedCall herzuleiten: Die Rufnummer entspricht der Zuordnung der Buchstaben auf den Tasten des Telefons, also

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

Der telefonische Beratungsservice der Bezirksdirektion Stuttgart ist montags bis donnerstags von 9 bis 12 Uhr und von 13 bis 16 Uhr sowie freitags von 9 bis 12 Uhr erreichbar.

7.3.3 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen

Die KVBW gestaltet und sichert die medizinische Versorgung der Menschen in Baden-Württemberg. Sie versteht sich nicht nur als Dienstleister gegenüber ihren Mitgliedern, sondern steht auch den Bürgern als Ansprechpartner zur Verfügung – sie ist das Bindeglied zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten.

Bezogen auf gesundheitliche Themen gibt es in Baden-Württemberg mindestens 5.000 Selbsthilfegruppen auf örtlicher Ebene, andere Schätzungen gehen von annähernd 7.000 regionalen Gruppen aus. In Selbsthilfegruppen entwickeln die Patienten Stärken und lernen selbstständiger mit ihren Krankheiten umzugehen. Chronische Krankheiten, Behinderungen, psychische Störungen und Suchterkrankungen sind die wichtigsten Themenfelder der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Durch den direkten Austausch zwischen Betroffenen wird eine gegenseitige Hilfe geleistet, die weder Ärzte und Psychotherapeuten noch deren Mitarbeiter erbringen können. Selbsthilfegruppen erfreuen sich immer größerer Beliebtheit. Der Gesetzgeber hat die Förderung der Selbsthilfe vorangetrieben und die Beteiligung von Patientenorganisationen in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung verankert: Selbsthilfe hat sich zu einer weiteren Säule in unserem Gesundheitswesen entwickelt.

Generelles Ziel medizinischer Leistung ist die Wiederherstellung der Gesundheit des Menschen und – sofern dies nicht möglich ist – der bestmögliche Ausgleich von Behinderungen. Ärzte und Psychotherapeuten streben dieses Ziel im Rahmen ihrer erlernten und durch lebenslange Fortbildung nachgewiesenen Kompetenz an; je nach ärztlichem Fachgebiet mit eher allgemeiner oder mehr oder weniger ausgeprägter Spezialisierung. Auch

Selbsthilfegruppen bieten Informationen zu fast jedem medizinischen und psychosozialen Thema an. Sie verfügen mittlerweile über ein systematisch zusammengetragenes Fachwissen; nicht nur über traditionelle Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch über neueste Erkenntnisse in einem spezifischen medizinischen Segment. Viele Ärzte sehen heute den hohen Nutzen von Selbsthilfegruppen. Studien bestätigen, dass eine Kooperation mit Selbsthilfegruppen – im Sinne einer psychosozialen Arbeitsteilung – zu einer Entlastung für den Arzt führen kann.

Durch die Einbeziehung von Patienten in die Diagnostik und Therapieentscheidungen trägt auch der Patient einen Teil der Verantwortung; er hält sich sehr viel häufiger an die gemeinsam beschlossene Behandlungsstrategie. Über die Verbesserung der Compliance wird nachgewiesenermaßen der Behandlungserfolg erhöht. Die Verknüpfung der erlernten Kompetenz der Vertragsärzte und der erlebten Kompetenz der Teilnehmer von Selbsthilfegruppen trägt dazu bei, die Qualität der somatischen und psychosozialen Versorgung der Patienten zu verbessern. Die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Maßnahmen der Qualitätssicherung ... eröffnet Chancen für die Steigerung der Versorgungsqualität durch Einbeziehung der Betroffenenperspektive.“¹⁾

Vor diesem Hintergrund hat die KVBW 2007 eine Kooperationsberatungsstelle eingerichtet, die Kontakte zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen initiiert und organisiert. Zu den Angeboten der Kooperationsberatung werden u. a. gemeinsame Fachtagungen, ärztliche Fortbildungsveranstaltungen sowie die Vermittlung von Referenten an Selbsthilfegruppen gehören.

¹⁾ W. Slesina und A. Knerr: Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen

A ORGANISATION, STRUKTUREN UND NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

A.1 Gesetzlicher Rahmen, Auftrag und Grundlagen der Qualitätssicherung



A.1.1 Zuständigkeiten und Organisationen

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure. Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (zum Beispiel bei der Eichordnung und Röntgenverordnung)
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen).

Der Vertragsarzt muss in seiner Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dies bedeutet umgekehrt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffende Qualitätsnormen vorgeben beziehungsweise deren Einhaltung überwachen, sondern nur die spezifisch vertraglichen Normen, die die gemeinsame Selbstverwaltung oder die ärztliche Selbstverwaltung vorgeben. Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend:

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

A.1.2 Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ersetzt nach den Regelungen des § 91 ff. des SGB V seit dem 1. Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er ist das entscheidende, wichtigste Gremium für die Ausgestaltung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er besteht aus neun Vertretern der Leistungserbringer, neun Vertretern der Kassenseite sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patienten geschaffen. § 140f Abs. 2 des SGB V regelt, dass den

Interessenvertretungen der Patienten und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Der Gesetzgeber möchte die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig intensiver in diejenigen Entscheidungsprozesse der GKV, die die Versorgung betreffen, eingebunden werden.

A.1.3 Normen der Qualitätssicherung

Gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bildet das SGB V. Daneben hat der Vertragsarzt noch weitere

Gesetze beziehungsweise Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln. Hier die wichtigsten Paragraphen:

§ 70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

Dieser Paragraph gibt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung neben Wirtschaftlichkeit und Humanität auch die Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung vor.

§ 73c: Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

(Partner der Bundesmantelverträge, auf Landesebene Verträge zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen)

Mit diesem Paragraphen ist die Möglichkeit geschaffen worden, besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung zu tragen, die sich von der Regelversorgung durch spezielle Anforderungen an die Strukturqualität oder die Art und Weise der Leistungserbringung unterscheiden und diese in den Gesamtverträgen zu vereinbaren.

§ 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(Verträge zwischen der KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen)

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

- ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsetzender Eingriffe
- einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie
- Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

§ 135: Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(Gemeinsamer Bundesausschuss, Partner der Bundesmantelverträge)

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

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

Sollte die Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens einer Methode ergeben, dass diese nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Nach Abs. 2 sind die Vertragspartner der Bundesmantelverträge verpflichtet, für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

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

voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

§ 135a: Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

§ 136: Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

(Kassenärztlichen Vereinigungen, Gemeinsamer Bundesausschuss)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Deren Ziele und Ergebnisse müssen die Organisationen dokumentieren und jährlich veröffentlichen. Insbesondere für Versicherte soll dadurch die Tätigkeit der Organisationen in diesem Bereich transparent gemacht werden. Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung entwickelt.

§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität

(Gemeinsamer Bundesausschuss)

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 beauftragt im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 115b Abs. 1, § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5, § 137 Abs. 1 und § 137f Abs. 2 Nr. 2 zu entwickeln. Diese sind möglichst sektorenübergreifend anzulegen. Die Institution soll sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligen. Die Institution ist insbesondere zu beauftragen,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 2 einzubeziehen sowie
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen.

§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

(Gemeinsamer Bundesausschuss)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen
- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierte Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten
- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

§ 137c Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

(Gemeinsamer Bundesausschuss)

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

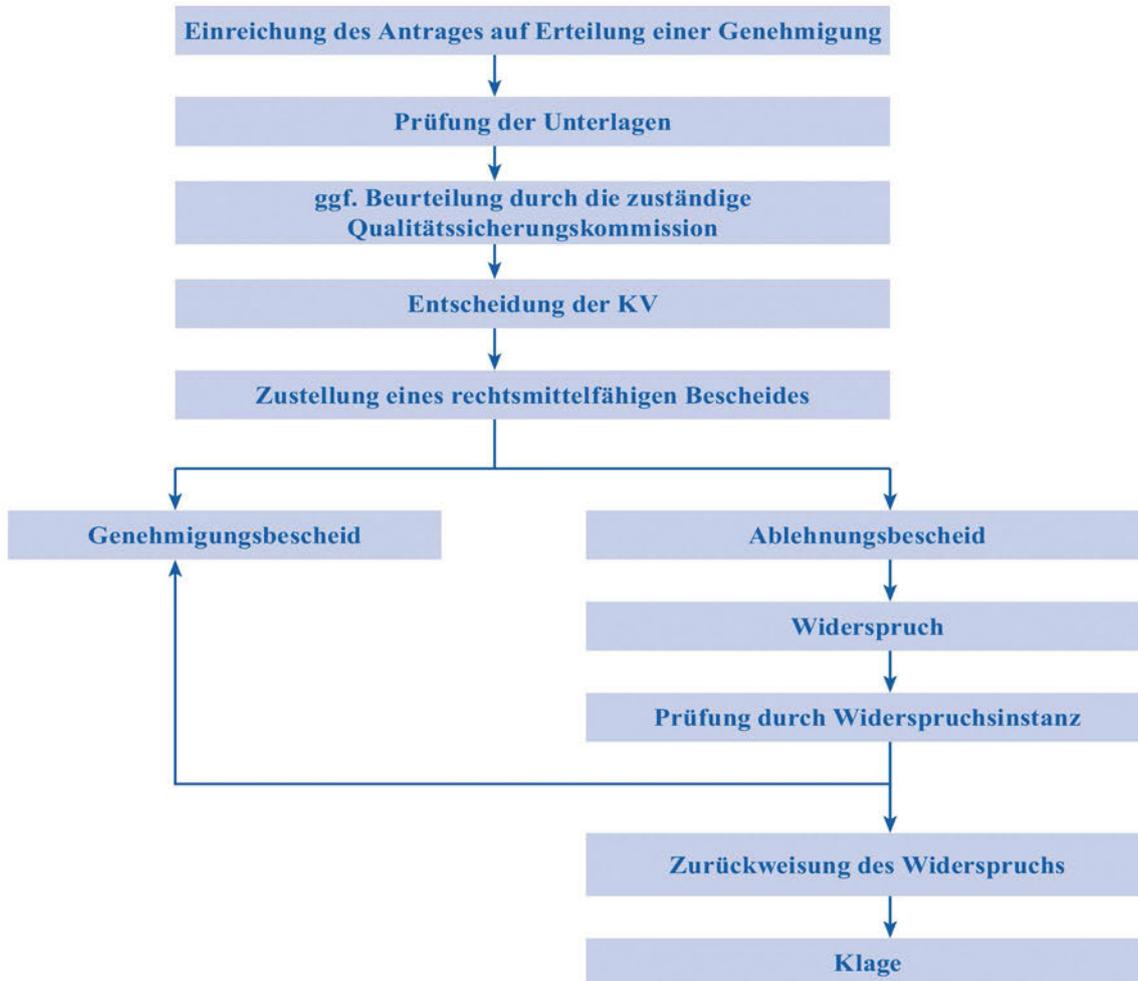
- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien
- sektorübergreifender Behandlungsbedarf
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 1. April 2004 ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet. Es ist zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen
- Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

A.1.4 Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens



A.2 Kommissionen der Qualitätssicherung

Die KV Baden-Württemberg kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z. B. 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.

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.

In einige Qualitätssicherungskommissionen haben die Kassen einen Vertreter entsandt.

Im Jahr 2007 waren die Kommissionen für Radiologie, Kernspintomographie, Katarakt OP, Dialyse und Qualitätsmanagement mit einem Kassenvertreter besetzt.

Kommissionen	Bezirksdirektion	Sitzungen im Jahr 2007
Akupunktur	Gemeinsame Kommission	3
Ambulante Katarakt-OP	Gemeinsame Kommission	6
Ambulante Operationen	BD FR, BD KA, BD RT, BD S	2 Umlaufverfahren
Apheresen (nach § 5 der RL)	Gemeinsame Kommission	3
Arthroskopie	Gemeinsame Kommission der BD RT und BD S, BD FR, BD KA	Umlaufverfahren
Blutreinigungsverfahren (Dialyse)	Gemeinsame Kommission	Umlaufverfahren
Diabetes	Gemeinsame Kommission	5
Herzschrittmacher	BD FR, BD KA, BD RT	Umlaufverfahren
Invasive Kardiologie	Gemeinsame Kommission	Umlaufverfahren
Kernspintomographie	Gemeinsame Kommission	8
Koloskopie	Gemeinsame Kommission BD FR, BD KA, BD RT, BD S	1 10
Labor	BD FR, BD KA, BD RT, BD S	20
Langzeit-EKG	BD FR, BD KA, BD RT, BD S	0
Mammographie	BD FR, BD RT, BD KA, BD S	11
Onkologie	BD FR, BD KA, BD RT, BD S	5
Photodynamische Therapie	Gemeinsame Kommission	1
Polysomnographie	Gemeinsame Kommission	0
Psychotherapie	BD KA	Umlaufverfahren
Qualitätsmanagement	Gemeinsame Kommission	1
Schmerztherapie	Gemeinsame Kommission der BD RT und BD S, BD FR, BD KA	5
Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin	BD FR, BD KA, BD RT, BD S	23 und Umlaufverfahren
Substitution	BD FR, BD KA, BD RT, BD S	12
Ultraschall	BD FR, BD KA, BD RT, BD S	29
Zytologie	BD FR, BD KA, BD RT, BD S	Umlaufverfahren

B ARZTSTRUKTUR

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

Schwerpunktbezeichnung. Die Tabelle gibt einen Überblick über die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung.

Arztgruppe	Vertragsärzte	Jobsharing-Partner	angestellte Ärzte	ermächtigte Ärzte	teilnehmende Ärzte gesamt
Chirurgie davon	439	9	14	261	723
· Gefäßchirurgie	33	1	1	67	102
· Kinderchirurgie	7	0	0	8	15
· Plastische Chirurgie	19	0	0	6	25
· Thoraxchirurgie	1	1	0	11	13
· Thorax- u. Kardio- vaskularchirurgie	2	0	0	8	10
· Unfallchirurgie	234	3	4	138	379
· Visceralchirurgie	13	0	0	84	97
Frauenheilkunde davon	1197	28	47	145	1417
· Gynäkol. Endokrinol. u. Reproduktionsm.	3	0	1	1	5
· Gynäkologische Onkologie	3	1	1	3	8
· Spez. Geburtsh. u. Perinatalmed.	0	0	1	3	4
HNO-Heilkunde davon	448	4	7	21	480
· Phoniatrie	1	0	0	0	1
· Phoniatrie und Pädaudiologie	3	0	0	5	8
Innere Medizin davon	2269	24	41	369	2703
· Angiologie	41	0	2	27	70
· Endokrinologie	35	0	2	16	53
· Gastroenterologie	106	5	2	94	207
· Hämatologie	21	0	0	19	40
· Hämatol. u. Internist. Onkologie	79	0	1	55	135
· Infektiologie	0	0	0	1	1
· Kardiologie	211	4	1	89	305

Arztgruppe	Vertragsärzte	Jobsharing-Partner	angestellte Ärzte	ermächtigte Ärzte	teilnehmende Ärzte gesamt
· Lungen- u. Bronchialheilkunde	0	0	0	1	1
· Nephrologie	144	5	3	20	172
· Pneumologie	53	0	3	15	104
· Rheumatologie	53	0	3	15	71
Kinderheilkunde davon	755	23	34	92	904
· Kinderhämatologie und -onkologie	0	0	0	11	41
· Kinderkardiologie	30	0	0	11	41
· Neonatologie	35	1	1	41	78
· Neuropädiatrie	14	0	0	8	22
Nervenheilkunde/ Neurologie/ Psychiatrie davon	646	14	14	80	754
· Kinderneuropsychiatrie	0	0	0	1	1
Orthopädie davon	633	27	12	50	722
· Rheumatologie	50	4	0	14	68
· Phlebologie	70	0	3	10	83
· Neuropathologie	0	0	0	2	2
Radiologie/ Diagnostische Radiologie davon	291	9	20	122	442
· Kinderradiologie	1	0	0	5	6
· Neuroradiologie	15	3	0	10	28
· Strahlentherapie	7	0	0	4	11

Quelle: Bundesarztregister, Stand 31.12.2007

Der medizinische Fortschritt und die stetige Zunahme an diagnostischen und therapeutischen Verfahren führen zu einer immer stärkeren Spezialisierung der ambulant tätigen Ärzte. So gibt es neben der hausärztlichen Versorgung auch im ambulanten Bereich ein flächendeckendes fachärztliches Versorgungsnetz sowie zahlreiche Schwerpunktpraxen, die sich auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen wie Diabetes, Krebs oder HIV/Aids spezialisiert haben. Von diesen Angeboten profitieren nicht nur die Patienten: Durch die Vermeidung von Krankenhausbehandlungen werden die Krankenkassen finanziell entlastet. Die Sicherung, Förderung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten gehört zu den Kernaufgaben der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die KBV definiert, zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen und Qualitätsstandards. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Leistungen, die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erbringen, auf der Basis dieser Regelungen und gegebenenfalls weiterer regionaler Maßnahmen fortlaufend auf ihre Qualität. In den Qualitätssicherungskommissionen begutachten Experten gemeinsam mit den Fachleuten der Kassenärztlichen Vereinigungen das ärztliche Tun. Ziel der Qualitätssicherung ist eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Nur Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die die geforderten Qualitätsstandards erfüllen und nachweisen, dürfen diese Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen.

Die Qualität ärztlicher und psychotherapeutischer Leistung wird anhand von drei verschiedenen Kriterien überprüft: der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität.

STRUKTURQUALITÄT

Strukturqualität definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene. Anforderungen an die Strukturqualität sind in den geltenden Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen. Durch Praxisbegehungen kann kontrolliert werden, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den Anforderungen genügt und Hygienestandards eingehalten werden.

PROZESSQUALITÄT

Die Qualität der Abläufe in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Hierbei geht es um die Art und Weise der Diagnostik und Therapie. Dazu zählen unter anderem die Medikamentenverordnung, die Anamneseerhebung, die ärztliche Dokumentation sowie die Beachtung von empfohlenen Behandlungspfaden und Vorgaben zur Indikationsstellung.

ERGEBNISQUALITÄT

Am schwierigsten ist die Beurteilung der Ergebnisqualität, also der Güte der Behandlung. Sie umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie an der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Heilung von Erkrankungen, der Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Die Prozessqualität und gewisse Aspekte der Ergebnisqualität sind jeweils im Einzelfall zu

überprüfen. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind. Zur umfassenden Bewertung der Ergebnisqualität helfen Auswertungs- und Evaluationsverfahren anhand von Daten der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

INSTRUMENTE DER QUALITÄTSSICHERUNG

Zur Förderung und Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stehen mehrere wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Instrumente zur Verfügung.

Eingangsprüfungen:

Eingangsprüfungen, das heißt Prüfungen die zusätzlich zu einer Facharztqualifikation vor Genehmigung zur Leistungserbringung für die gesetzlichen Krankenversicherungen abgelegt werden müssen sind seit 1992 für die Zervix-Zytologie etabliert und seit 2002 für Leistungen der Mammographie. Diese Prüfungen werden in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigungen abgehalten und sind nicht durch das Beibringen anderer Befähigungsnachweise ersetzbar.

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/ Dokumentationsprüfungen:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Jährlich wird eine bestimmte Prozentzahl der Ärzte – entsprechend den jeweiligen Regelungen – für eine Überprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen zufällig ausgewählt. In einigen Leistungsbereichen, zum Beispiel der Koloskopie, der

Mammographie, der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund, findet sogar eine Vollerhebung statt: Von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, wählen die Kassenärztlichen Vereinigungen stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden.

Frequenzregelungen:

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

Rezertifizierung:

Bei Ärzten, die Mammographien 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

er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für Kassenpatienten erbringen.

Kontinuierliche Fortbildung:

Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung enthalten auch viele bundeseinheitliche sowie regionale Verträge Vorgaben zur Fortbildung. Nur Vertragsärzte, die diesen Verpflichtungen nachkommen, dürfen an den Verträgen teilnehmen. Eine solche Verpflichtung ist zum Beispiel Bestandteil der Schmerztherapievereinbarung und der Onkologievereinbarung.

Feedback-Systeme:

Durch die Bereitstellung von Feedback-Berichten kann ein Arzt seine eigene Behandlungsqualität mit derjenigen von anderen Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet und an den Arzt zurückgespiegelt. Feedback-Systeme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, aber auch der Disease-Management-Programme.

Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen:

Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind beim ambulanten Operieren und bei Darmspiegelungen vorgeschrieben. Die Überprüfung der Hygiene bei den Darmspiegelungen (Koloskopien) erfolgt zweimal im Jahr durch ein von den Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

Qualitätssicherungskommissionen:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen ein. 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 wird zudem gewährleistet, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden von den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen berufen. 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 gegebenenfalls durch ein Kolloquium zu überprüfen und die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzubereiten.

Bundesweit geltende Regelungen

Im Nachfolgenden werden für die Qualitätssicherungsbereiche die jeweiligen bundesweit geltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung dargestellt und eine Übersicht zu den erteilten Genehmigungen in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen gegeben. Die aktuellen Versionen aller geltenden Richtlinien sind im Wortlaut unter anderem auf der Homepage der KBV einzusehen: www.kbv.de/rechtsquellen/85.html.

Entwicklung genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989 – 2007

Jahr	Leistungsgebiete
1989	<ul style="list-style-type: none"> - Chirotherapie - Kernspint - Labor - Langzeit-EKG - Onkologie - Psychotherapie - Röntgen - Schlafapnoe - Substitution - Ultraschall - Zytologie
1990-1993	<ul style="list-style-type: none"> - Apherese - Chirotherapie - Dialyse - Herzschrittmacher - Kernspintomographie - Labor - Langzeit-EKG - Mammographie - Onkologie - Otoakust. Emissionen - Physik. med. Leistung - Psychotherapie - Röntgen - Schlafapnoe - Schmerztherapie - Sozialpsychiatrie - Substitution - Ultraschall - Zytologie
1994-1997	<ul style="list-style-type: none"> - Amb. Operieren - Apherese - Arthroscopie - 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 - Arthroscopie - Chirotherapie - Dialyse - Herzschrittmacher - invasive Kardiologie - Kernspintomographie - Labor - Langzeit-EKG - Lithotripsie - Mammographie - Onkologie - Otoakust. Emissionen - PDT - Physik. med. Leistung - Psychotherapie - Rehabilitation - Röntgen - Schlafapnoe - Schmerztherapie - Sozialpsychiatrie - Substitution - Ultraschall - Zytologie
2002-2005	<ul style="list-style-type: none"> - Amb. Operieren - Apherese - Arthroscopie - Chirotherapie - Diabetischer Fuß - Dialyse - DMP Brustkrebs - DMP Diab. m. Typ 2 - DMP KHK - Handchirurgie - Herzschrittmacher - invasive Kardiologie - Kernspintomographie - Koloskopie - Labor - Langzeit-EKG - Lithotripsie - Mammographie - Onkologie - Otoakust. Emissionen - PDT - Physik. med. Leistung - Psychotherapie - Rehabilitation - Röntgen - Schlafapnoe - Schmerztherapie - Sozialpsychiatrie - Sozialtherapie - Substitution - Ultraschall - Zytologie
2006	<ul style="list-style-type: none"> - Amb. Operieren - Apherese - Arthroscopie - Chirotherapie - Diabetischer Fuß - Dialyse - DMP Brustkrebs - DMP Diab. m. Typ 1 - DMP Diab. m. Typ 2 - DMP KHK - Handchirurgie - Herzschrittmacher - Intervent. Radiologie - invasive Kardiologie - Kernspintomographie - Koloskopie - Labor - Langzeit-EKG - Lithotripsie - Mammographie - Mam.-Screening - Onkologie - Otoakust. Emissionen - PDT - Physik. med. Leistung - Psychotherapie - Rehabilitation - Röntgen - Schlafapnoe - Schmerztherapie - Sozialpsychiatrie - Sozialtherapie - Substitution - Ultraschall - Zytologie
2007	<ul style="list-style-type: none"> - Akupunktur - Amb. Operieren - Apherese - Arthroscopie - Chirotherapie - Diabetischer Fuß - Dialyse - DMP Asthma/COPD - DMP Brustkrebs - DMP Diab. m. Typ 1 - DMP Diab. m. Typ 2 - DMP KHK - Handchirurgie - Herzschrittmacher - Intervent. Radiologie - invasive Kardiologie - Kernspintomographie - Koloskopie - Labor - Langzeit-EKG - Lithotripsie - Mammographie - Mam.-Screening - MR-Angiographie - Onkologie - Otoakust. Emissionen - PDT - Physik. med. Leistung - Psychotherapie - PTK - Rehabilitation - Röntgen - Schlafapnoe - Schmerztherapie - Sozialpsychiatrie - Sozialtherapie - Substitution - Ultraschall - Zytologie

(Quelle: KBV)

C BEREICHE DER QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN

C.1 Ambulante Operationen

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen Rechtsgrundlage: § 15 des dreiseitigen Vertrages nach § 115b SGB V zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV Gültigkeit: seit 1.10.1994, zuletzt geändert: 1.10.2006	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓**)
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓**)
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ***)	4184	3613
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	922	234
- davon Genehmigungen	921	234
- davon Ablehnungen	1	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	62	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	125	201
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
- davon ohne Beanstandung	0	0
- davon mit Beanstandungen	0	0
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben) **)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	439
- davon ohne Beanstandung	0	341
- davon mit leichten Beanstandungen	0	53
- davon mit schweren Beanstandungen	0	45
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	-
- davon bestanden	0	-
- davon nicht bestanden	0	-
Praxisbegehungen	0	-
- davon bestanden	0	-
- davon nicht bestanden	0	-
Bemerkungen		
*) Erklärungsbogen		
**) im Rahmen des Strukturvertrages zur Förderung ambulanter Operationen (Bezirksdirektion Freiburg)		
***) einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115 b		
Außerdem alle Genehmigungsbereiche, die zusätzlich einer Genehmigung bedurften (z. B. Koloskopie, Interventionelles Röntgen etc.)		

Ambulante Operationen oder Eingriffe sind grundsätzlich nach Facharztstandard zu erbringen. In einigen Fällen (zur Durchführung bestimmter Operationen) bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen ist. Die Eingriffe gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes in kleine invasive Eingriffe, invasive Untersuchungen, vergleichbare

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

C.2 Ambulante Katarakt-Operationen

Zum 1. Juli 2005 trat die Vereinbarung zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung auf Grundlage von § 73c SGB V über die Versorgung mit ambulanten Katarakt-Operationen zwischen der AOK Baden-Württemberg und der KV Baden-Württemberg in Kraft.

An dieser Vereinbarung können niedergelassene Augenärzte, Hausärzte und Anästhesisten teilnehmen. Die operativ tätigen niedergelassenen Augenärzte müssen nachweisen können, dass sie mindestens 1.000 Kataraktoperationen durchgeführt haben, davon mindestens 200 in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung. Darüber hinaus müssen jährlich 200 Kataraktoperationen durchgeführt werden und der Augenarzt über die Bewilligung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen und die Genehmigung zur Abrechnung und Durchführung von ultraschalldiagnostische Leistungen im Bereich Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte verfügen. Auch der Nachweis zur Phakoemulsifikation muss vorliegen.

Hausärzte, Augenärzte und Anästhesisten, die keine operativen Leistungen im Sinne dieser Vereinbarung erbringen, nehmen an dieser Vereinbarung zur Erbringung prä-/postoperativer Leistungen ohne Erteilung einer Genehmigung teil.

Die Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung können bei Vorliegen nachfolgender Indikationen durchgeführt werden:

- Katarakt im Erwachsenenalter mit einem Visus $\leq 0,63$
- Strahlenkatarakt (Infrarot, Röntgen)
- Katarakt bei systemischen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Tetanie, Myotonie, Hornhauterkrankungen, Morbus Wilson)
- medikamentös indizierte Katarakt (z. B. Steroide, Drogen)
- Cataracta complicata (z. B. bei Uveitis, alter Netzhautablösung und hereditären vitreo-retinalen Erkrankungen) und Anisometropie (bei exzessiver Myopie)

Die Indikationsstellung erfolgt durch einen niedergelassenen Augenarzt. Der zeitliche Abstand zwischen Indikationsstellung und Operation sollte den Zeitraum von zwei Monaten nicht überschreiten.

Eine Qualitätssicherungs-Kommission mit Mitgliedern der KVBW, dem Berufsverband der Augenärzte, dem Bund Deutscher Ophthalmologen und der AOK BW prüft regelmäßig anhand von Stichproben) aus den dokumentierten Krankheits-

fällen die Vollständigkeit der Leistungserbringung, die Indikationsstellung und die Einhaltung der vereinbarten Qualitätskriterien. Die Stichproben je ausgewähltem Arzt und Quartal belaufen sich auf zehn Fälle je Arzt. Geprüfte Ärzte, bei denen keine Beanstandungen festgestellt wurden, werden erst im darauf folgenden Jahr wieder geprüft. Die KV BW stellt der Qualitätssicherungs-Kommission die für diese Zwecke erforderlichen anonymisierten und arztbezogenen pseudoanonymisierten Daten bzw. Dokumentationen zur Verfügung.

Die Qualitätssicherungs-Kommission überprüft die Bögen auf Vollständigkeit und auf die Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung. Teilweise wurde von der Kommission eine Verschlechterung des Visus trotz Operation festgestellt. In solchen Fällen wurden regelmäßig Stellungnahmen der betroffenen Ärzte eingeholt. Fast immer zeigte sich, dass die Verschlechterung des Visus auf eine Makuladegeneration nach der Operation zurückzuführen war.

Die Vereinbarung ist am 30. 6. 2008 ausgelaufen.

Ambulante Katarakt-Operationen

Vereinbarung zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der AOK Baden-Württemberg und der KV Baden-Württemberg über die Versorgung mit ambulanten Katarakt-Operationen Rechtsgrundlage: § 73c SGB V Gültigkeit: seit 1.7.2005	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	106	
Anzahl beschiedene Anträge	0	
- davon Anzahl Genehmigungen	0	
- davon Anzahl Ablehnungen	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	
Dokumentationsprüfung		
Anzahl Prüfungen nach § 6 Abs. 3	51	
- davon ohne Beanstandung	21	
- davon mit Beanstandungen	30	

C.3 Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinien Methoden vertragsärztlicher Versorgung) i.V.m. § 135 Abs. 2 SGB V (Blutreinigungsverfahren) Gültigkeit: seit 1.1.1991, zuletzt geändert: 9.7.2003	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓**)
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung *)	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	81	77
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	10	4
- davon Genehmigungen	10	4
- davon Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	0
LDL-Apherese	im Jahr 2007	im Jahr 2006
Anzahl Patienten	63	51
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	9	6
- davon positives Votum der KV	6	2
- davon negatives Votum der KV	3	4
Anzahl beschiedener Anträge (Fortsetzung)	54	48
- davon positives Votum der KV	54	45
- davon negatives Votum der KV	0	3
Apherese bei rheumatoider Arthritis	im Jahr 2007	im Jahr 2006
Anzahl Patienten, die mindestens einen Zyklus begonnen haben	1	2
Anzahl beschiedener Anträge	1	2
- davon positives Votum der KV	0	1
- davon negatives Votum der KV	1	1
Bemerkungen		
*) Dokumentationsprüfungen im Rahmen der Patientenanträge		
**) Genehmigung für Dialyse muss vorliegen		

Mit dieser Richtlinie werden sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapheresen) als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall geregelt. Die einzusetzende Fachkommission prüft in jedem Fall, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapie-

verlängerung 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 bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen.

C.4 Disease-Management-Programme

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.

Zur dauerhaften Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme sollen von Beginn an regelmäßige Evaluationen der Programme beitragen. Mit den Evaluationen werden die Wirksamkeit und die Kosten der Programme bewertet. Die Zulassung

durch das Bundesversicherungsamt wird aufgrund der gesetzlichen Vorgaben immer nur befristet erteilt, im Regelfall für drei Jahre.

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:

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

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

Disease-Management-Programme

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

RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Juli 2006	
akkreditiert:	19. Dezember 2006	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse	
Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Juli 2006	
akkreditiert:	BKK 1. Oktober 2006 IKK 15. November 2006 VdAK/AEV 1. Oktober 2006 Knappschaft 30. Oktober 2006	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Bundesknappschaft	
Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Oktober 2006	
akkreditiert:	Nimmt nicht am RSAV teil	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	LKK	
Ärzte		
	2007	2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.	156	115
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	143	111
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	18	4
- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	-	-
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte (IV. Quartal 2006)	nicht ermittelbar *)	nicht ermittelbar *)
Patienten		
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	4381	47
Bemerkungen		
*) Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind.		

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten		
gültig seit:	01.07.03	
akkreditiert:	02.03.04 m. Wirkung ab 07.07.03	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse	
Vertragsdaten		
gültig seit:	01.10.03	
akkreditiert:	BKK: 06.10.2003 IKK: 01.10.2003 VdAK/AEV: 24.10.2003 Knappschaft: 08.12.2003	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Knappschaft	
Vertragsdaten		
gültig seit:	01.01.04	
akkreditiert:	nimmt nicht am RSA teil	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	LKK	
Ärzte		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6185	5997
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6036	5966
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	664	670
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2006)	nicht ermittelbar *)	nicht ermittelbar *)
Patienten		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abrechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	213.582	193.868
Bemerkungen		
*) Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1 seit 01.07.2007 identisch sind.		

Brustkrebs

Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Juli 2004	
akkreditiert:	11.01.2005	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse	
Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Juli 2004	
akkreditiert:	BKK: 09.12.2004 IKK: 09.12.2004 VdAK/AEV: 01.12.2004 Knappschaft: 03.02.2005	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Knappschaft	
Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Juli 2004	
akkreditiert:	Nimmt nicht am RSA teil	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	LKK	
Ärzte		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1379	1375
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1379	1375
	IV. Quartal 2007	IV. Quartal 2006
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte	443	533
Patienten		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl eingeschriebener Patientinnen (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	6036	5308

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Juli 2005	
akkreditiert:	11.11.2005	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse	
Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Oktober 2005	
akkreditiert:	BKK: 11.10.2005 IKK: 19.10.2005 VdAK/AEV: 06.10.2005 Knappschaft: 06.03.2006	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Knappschaft	
Vertragsdaten		
gültig seit:	1. Oktober 2005	
akkreditiert:	Nimmt nicht am RSA teil	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	LKK	
Ärzte		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	4692	4019
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	4607	3915
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	190	160
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	40	38
	IV. Quartal 2007	IV. Quartal 2006
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte	2801	2462
Patienten		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abrechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	50.287	29.250

Asthma bronchiale

Vertragsdaten	
gültig seit:	1. April 2007
akkreditiert:	Akkreditierung noch ausstehend
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse
Vertragsdaten	
gültig seit:	1. Januar 2007
akkreditiert:	BKK 13. April 2007 IKK 11. April 2007 VdAK/AEV 11. April 2007 Knappschaft 18. April 2007
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Bundesknappschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007	2999
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	2988
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	137
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	Zahlen nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern im DMP Asthma und COPD identisch sind
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abge- rechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007	525

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten	
gültig seit:	1. April 2007
akkreditiert:	Akkreditierung noch ausstehend
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse
Vertragsdaten	
gültig seit:	1. Januar 2007
akkreditiert:	BKK 13. April 2007 IKK 11. April 2007 VdAK/AEV 11. April 2007 Knappschaft 18. April 2007
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Bundesknappschaft
Ärzte	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2007	2748
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	2743
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	60
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2007)	Zahlen nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern im DMP Asthma und COPD identisch sind
Patienten	
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31.12.2007	286

C.5 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 Kassennärztlichen Vereinigungen gewährleisten.

In Baden-Württemberg ist als einziges das Labor der Uni Heidelberg zur Abgabe von Berichten verpflichtet. Die Ergebnisse des Jahres 2007 sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Qualitätsbericht 2007 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 der Erstuntersuchungen nach Abnahmezeitpunkt	Anzahl	davon < 32. SSW (§ 8 Abs. 4)	Erstuntersuchung auffällig	davon < 32. SSW
Gruppe A: Blutentnahme Erstuntersuchung ab der 36. Lebensstunde	106.719	1166	578	50
Gruppe B: Blutentnahme Erstuntersuchung vor der 36. Lebensstunde (§ 8 Abs. 2)	1510	116	132	9
Gruppe C: Eingruppierung in A oder B nicht möglich, da Angaben auf der Filterkarte fehlen	206	25	0	0
Gesamt	108.435	1307	710	59

Ergebnisse des erweiterten Neugeborenen-Screening im Jahr 2007

C.6 Herzschrittmacher-Kontrolle

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

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

Herzschrittmacher-Kontrolle

Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1992, zuletzt geändert: 1.4.2006	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL)	323	320
Anzahl beschiedener Anträge	12	16
- davon Genehmigungen	12	16
- davon Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	33
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	12

C.7 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 interventionell sein müssen, zu erbringen.

Interventionelle Radiologie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.7.2006	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterangiographien (gem. § 3 Abs. 1)		
Genehmigungen	1.1.2007	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	10	14
Anzahl beschiedener Anträge in 2007	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)
	5	0
- davon Anzahl Genehmigungen	5	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquium		0
- davon bestanden		0
- davon nicht bestanden		0
Praxisbegehungen		0
- davon bestanden		0
- davon nicht bestanden		0

Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl	sonstiger Gründe
	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0	
Frequenzregelung (Auswertung für das Jahr 2007 zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichtes noch nicht abgeschlossen)		

Genehmigungen zu diagnostischen Katheterangiographien und kathetergestützten therapeutischen Eingriffen (gem. § 3 Abs. 2)			
Genehmigungen	1.1.2007		31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	26		35
Anzahl beschiedener Anträge in 2007	neu		erneut (§ 7 Abs. 7)
	22		0
- davon Anzahl Genehmigungen	19		0
- davon Anzahl Ablehnungen	3		0
Kolloquium	0		
- davon bestanden	0		
- davon nicht bestanden	0		
Praxisbegehungen	0		
- davon bestanden	0		
- davon nicht bestanden	0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen	Nichterreichen Mindestzahl		sonstige Gründe
	< 100 diagn. + therap.	< 50 therap.	
	0	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0		
Frequenzregelung (Auswertung für das Jahr 2007 zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichtes noch nicht abgeschlossen)			

C.8 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.

Diese Vereinbarung sichert die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie. In ihr sind unter anderem die Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Neben der persönlichen Qualifikation sind apparatetechnische Mindestanforderungen zu erfüllen. Besondere Bestimmungen gelten für die Magnetresonanztomographie (MRM). So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

Invasive Kardiologie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.1999	Genehmigungsvorbehalt	✓		
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓		
	Frequenzregelung	✓		
	Rezertifizierung			
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓		
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung			
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel			
Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)				
Genehmigungen	1.1.2007	31.12.2007	1.1.2006	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	17	17	16	17
	2007		2006	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)
	0	0	2	0
- davon Genehmigungen	0	0	2	0
- davon Ablehnungen	0	0	0	0

Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0				
- davon bestanden	0		0				
- davon nicht bestanden	0		0				
Anzahl Praxisbegehungen	0		0				
- davon ohne Beanstandung	0		0				
- davon mit Beanstandungen	0		0				
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nicht- erreichen Mindestzahl	sonstiger Gründe	Nicht- erreichen Mindestzahl	sonstiger Gründe			
	0	0	0	0			
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	keine Angaben möglich		0				
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	keine Angaben möglich		0				
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)		<100	100- 129	130- 149	150- 169	170- 199	>199
	2007:	3	0	1	0	1	0
	2006:	4	2	2	0	3	2
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben*)	2007:	3	0	1	/	/	/
	2006:	2	1	2	/	/	/

Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)				
Genehmigungen				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2007	31.12.2007	1.1.2006	31.12.2006
	42	42	30	32
	2007		2006	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)
	0	3	3	8
- davon Genehmigungen	0	3	3	8
- davon Ablehnungen	0	0	0	0

Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0					
- davon bestanden	0	0					
- davon nicht bestanden	0	0					
Anzahl Praxisbegehungen	0	0					
- davon ohne Beanstandung	0	0					
- davon mit Beanstandungen	0	0					
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen	Nichterreichen Mindestzahl			sonstige Gründe			
	gesamt	ges. + therap.	therap.				
	0	0	0	0			
- davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	2007	0					
	2006	0					
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	2007	0					
	2006	0					
Frequenzregelung							
		<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	2007	13	4	2	0	10	10
	2006	9	2	2	0	9	10
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	2007	12	3	2			
	2006	6	2	2			
		<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66v
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	2007	20	0	0	6	2	9
	2006	7	0	0	4	2	9
- davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben*)	2007	20	0	0			
	2006	6	0	0			

C.9 Kernspintomographie

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

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

Kernspintomographie

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage; § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungsrichtlinie für die Kernspintomographie) Rechtsgrundlage § 136 i.V.m. § 92 Abs. 1 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2001	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Allgemeine Kernspintomographie		
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT)	194	231
Anzahl beschiedener Anträge	23	26
- davon Genehmigungen	22	26
- davon Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	8
- davon bestanden	0	7
- davon nicht bestanden	3	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	0

Kernspintomographie der Mamma		
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM)	44	42
Anzahl beschiedener Anträge	3	8
- davon Genehmigungen	3	7
- davon Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	7
- davon bestanden	2	7
- davon nicht bestanden		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Frequenzregelung (Anzahl jährl. Nachweise nach § 4a Abs. 2)		
- mind. 50 Untersuchungen	12	33
- weniger als 50 Untersuchungen	4	2
* Kolloquium innerhalb 3 Monaten	3	4
** davon bestanden	2	4
*** davon nicht bestanden	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.		

Allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma		
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	32	28
- davon ohne Beanstandung	13	13
- davon mit geringen Beanstandungen	12	10
- davon mit erheblichen Beanstandungen	7	5
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0

C.10 Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.10.2006	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	1.1.2007	31.12.2007	1.1.2006	31.12.2006
		58	52	144
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	1.1.2007	31.12.2007	1.1.2006	31.12.2006
	316	319	329	336
Anzahl beschiedener Anträge in 2006 (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)		neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	2007	1	0	
	2006	4	0	
- davon Genehmigungen	2007	1	0	
	2006	4	0	
- davon Ablehnungen	2007	0	0	
	2006	0	0	
Anzahl beschiedener Anträge in 2006 (kurative und präventive Koloskopie)		neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	
	2007	16	0	
	2006	22	1	
- davon Anzahl Genehmigungen	2007	16	0	
	2006	22	1	
- davon Anzahl Ablehnungen	2007	0	0	
	2006	0	0	
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ → kurativ und präventiv)	2007	2		
	2006	4		
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)				
- davon bestanden	2007	0		
	2006	0		
- davon nicht bestanden	2007	0		
	2006	0		

Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 und § 7	2007	1	
	2006	4	
- davon wg. § 7 – Überprüfung Hygienequalität	2007	0	
	2006	0	
- davon ausschließlich wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien		wg. Mängel gem. § 6 Abs. 3 c-e	wg. Nichterreichen Mindestzahl
	2007	0	0
	2006	0	1
- davon ausschließlich wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien		wg. Mängel gem. § 6 Abs. 4 b-c	wg. Nichterreichen Mindestzahl
	2007	0	0
	2006	0	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
	2007	0	1
	2006	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z. B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	2007	20	
	2006	24	

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. Neu ist zudem, dass auch Kinderärzte den Nachweis über die Totalität bzw. Mängelfreiheit der durchgeführten Koloskopien führen müssen.

Frequenzregelungen totale Koloskopien							
		< 125	125-174	175-199	200-224	225-274	> 274
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nrn. 01741, 13421)	2007	55	11	12	16	69	194
	2006	30	9	15	15	24	255
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben*)	2007	46	10	12	/	/	/
	2006	15	5	10	/	/	/
Frequenzregelungen Polypektomien							
		<5	5-7	8-9	10-11	12-14	<14
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423,)	2007	28	2	11	7	14	298
	2006	17	3	2	14	11	301
- davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben*)	2007	28	2	11	/	/	/
	2006	8	2	2	/	/	/
Bemerkungen							
Bei der Interpretation der Angaben muss berücksichtigt werden, dass die jährlichen Prüfungen im Jahr nach einer Beanstandung wiederholt werden können.							

Prüfungen zur Hygienequalität

Anzahl überprüfter Einrichtungen	2007	442		
	2006	nicht ermittelt		
Anzahl der Prüfungen		1. Prüfung (6 Mon.) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüfung (3 Mon.) (§ 7 Abs. 8 a)**	3. Prüfung (6 Wo.) (§ 7 Abs. 8 c Nr. 1)
	2007	669	24	22
	2006	744	26	2

C.11 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 Ländern sind dies die Ärztekammern) eine Genehmigung erteilt haben. Dies gilt auch für Inseminationen, wenn sie nach Stimulationsverfahren erfolgen. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten auch ohne Genehmigung durchgeführt werden. Vor 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 Prozent 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 2005; dieser Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und trat am 15. Februar 2006 in Kraft (Konkretisierung des Anspruchs auf Maßnahmen, Anzahl der Zyklen).

Künstliche Befruchtung

Künstliche Befruchtung Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung (§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i.V. mit § 135 Abs. 1 SGB V), gültig seit 1.10.1990, zuletzt geändert 15.2.2006	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	84	81
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	30	35

C.12 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 (BÄK) zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

Laboratoriumsuntersuchungen

Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, § 75 Abs. 7 SGB V, Richtlinien der BÄK Gültigkeit: seit 9.5.1994	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen	2007	2077
Anzahl beschiedener Anträge	94	101
- davon Genehmigungen	87	93
- davon Ablehnungen	7	8
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	45	54
- davon bestanden	42	49
- davon nicht bestanden	3	5
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	20
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
- davon ohne Beanstandung	0	0
- davon mit Beanstandungen	0	0

Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) *)		
Anzahl geprüfter Ärzte	-	150
- davon ohne Beanstandung	-	150
- davon mit geringen Beanstandungen	-	0
- davon mit erheblichen Beanstandungen	-	0
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	-	0
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	-	-
- davon bestanden	-	-
- davon nicht bestanden	-	-
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	-	-
- davon bestanden	-	-
- davon nicht bestanden	-	-
Bemerkungen		
*) Stichprobenprüfungen wurden nur in der Bezirksdirektion Reutlingen durchgeführt (2006).		

C.13 Langzeit-EKG-Untersuchung

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.

Langzeit-EKG-Untersuchung

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1992	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓*)
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	1397	1113
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	1978	1527
Anzahl beschiedener Anträge	99	109
- davon Genehmigungen	98	109
- davon Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	2

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	-	23
- davon ohne Beanstandung	-	14
- davon mit geringen Beanstandungen	-	8
- davon mit erheblichen Beanstandungen	-	-
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	-	1
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	-	1
- davon bestanden	-	1
- davon nicht bestanden	-	-
Bemerkungen		
*) Einzelprüfungen durch Stichproben nur in BD Stuttgart auf Grund von Ausführungsbestimmungen in Nord-Württemberg (2006).		

C.14 Mammographie (kurativ)

Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren bisher Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Aufgrund der für die Mammographie besonders getroffenen Regelungen wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine eigene Vereinbarung geschaffen. Wie bereits in den vorangegangenen Qualitätsberichten ausführlich beschrieben, sieht diese Vereinbarung 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.

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. Hinzu kommt, dass die Zuständigkeit für die Erstellung der Fallsammlungen und die Evaluation der Prüfungen von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zunächst an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übergegangen ist.

Ergebnisse der kontrollierten Selbstüberprüfung liegen jetzt vor. Für das Mammographie-Screening als Maßnahme der Krebsfrüherkennung gelten die Bestimmungen zur „Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening“ innerhalb der „Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“.

Mammographie (kurativ)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.1.2007	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/ Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	✓
	Praxisbegehungen/ Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2007	312	315
Anzahl beschiedener Anträge	22	19
- davon Anzahl Genehmigungen	21	17
- davon Anzahl Ablehnungen	1	2
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 14 Abs. 8)	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0

Beurteilung von Mammographicaufnahmen gemäß Abschnitt C (Fallsammlung)				
Anzahl Prüfungen	1. Prüfung		Wiederholungsprüfungen	
	2007	2006	2007	2006
		21	18	2
- davon bestanden	20	12	1	3
- davon nicht bestanden	1	6	1	2
Selbstüberprüfung gemäß Abschnitt D				
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen		weitere Selbstüberprüfungen	
	2007	2006	2007	2006
		6	74	101
- davon erfolgreiche Teilnahme	2007	6	68	
	2006	79	96	
- davon nicht erfolgreiche Teilnahme	2007	0	6	
	2006	4	5	
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 11 Abs. 2e / § 11 Abs. 3b)	2007	0		
	2006	0		
Widerruf der Genehmigung (§ 11 Abs. 3c)	2007	0		
	2006	0		
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 11 Abs. 1)	2007	0		
	2006	0		

Überprüfung der Dokumentation nach Abschnitt E			
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	1. Prüfung		Wiederholungsprüfungen
	2007	137	9
2006	95	48	
- davon erfüllt	2007	128	8
	2006	72	46
- davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt - geringe Mängel (§ 12 Abs. 7a)*	2007	4	0
	2006 *	9	2
- davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel (§ 12 Abs. 7b)*	2007	6	1
	2006	14	0
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs. 2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt E teilgenommen haben	2007	0	
	2006	0	
Widerruf der Genehmigung nach § 12 Abs. 7	2007	1	
	2006	0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	2007	7	
	2006	2	
Bemerkungen			
*) 9 Ärzte im Bereich der BD Freiburg waren auf Grund der Teilnahme am Mammographie-Screening von der Selbstüberprüfung befreit (2006)			

C.15 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.

Medizinische Rehabilitation

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2004, zuletzt geändert: 1.3.2005	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	6090	4656
Anzahl beschiedener Anträge	1433	483
- davon Genehmigungen	1432	483
- davon Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-	-
- davon bestanden	-	-
- davon nicht bestanden	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.16 Onkologie

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

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung an einem Tumorzentrum oder einem onkologischen Schwerpunkt nach-

weisen. Er muss insbesondere den Nachweis erbringen, in der Anwendung von zytostatischen Substanzen, Zytokinen und Hormonpräparaten besonders erfahren zu sein. Für die Durchführung einer intravasalen zytostatischen Therapie sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen, beispielsweise die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Hämatologie und Internistische Onkologie“ beziehungsweise die Vorlage von anonymisierten Dokumentationen mehrerer hundert durchgeführter Therapiezyklen bei Patienten mit malignen hämatologischen Systemerkrankungen.

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

Onkologie

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 7 BMV-EKV, geltend für Versicherte des VdAK/AEV Gültigkeit: seit 1.7.1995, zuletzt geändert: 1.1.2002	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	554	523
Anzahl beschiedener Anträge	46	52
- davon Genehmigungen	42	51
- davon Ablehnungen	4	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	16	3
- davon bestanden	15	2
- davon nicht bestanden	1	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	6
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben) § 9 Abs. 3		
Anzahl geprüfter Ärzte	25	48
- davon ohne Beanstandung	22	25
- davon mit geringen Beanstandungen	2	15
- davon mit erheblichen Beanstandungen	1	6
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	2

C.17 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 „Phoniatric 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.

Otoakustische Emissionen

Bestimmung der otoakustischen Emissionen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: seit 24.11.1995	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	369	357
Anzahl beschiedener Anträge	20	20
- davon Genehmigungen	20	20
- davon Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.18 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 Quali-

tätssicherungsvereinbarung wurde mehrfach überarbeitet und dem jeweils gültigen Zulassungsstand des eingesetzten Medikamentes angepasst. Siehe auch Kapitel(Querverweis).....

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.8.2001, zuletzt geändert: 1.10.2006	Genehmigungsvorbehalt		✓	
	Eingangsprüfung/Kolloquium		✓	
	Frequenzregelung			
	Rezertifizierung			
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung			
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung		✓	
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel			
Genehmigungen				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01. und Stand 31.12.	1.1.2007	31.12.2007	1.1.2006	31.12.2006
	39	42	39	39
Anzahl beschiedener Anträge		neu	erneut gem. § 6 Abs. 6	
	2007	6	0	
	2006	5	0	
- davon Genehmigungen	2007	5	0	
	2006	3	0	
- davon Ablehnungen	2007	1	0	
	2006	2	0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 2)	2007	0		
	2006	0		
- davon bestanden	2007	0		
	2006	0		
- davon nicht bestanden	2007	0		
	2006	0		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)	2007	0		
	2006	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2007	2		
	2006	2		

Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen				
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr		1. Überprüfung (§ 6 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 2)
	2007	23	0	0
	2006	20 *)	0	0
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach zwei Jahren (2006 + 2007)		1. Überprüfung (§ 6 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 2)
		-	-	-
Bemerkungen				
*) 7 Ärzte im Bereich der BD Reutlingen haben keine Leistungen abgerechnet				

C.19 Psychotherapie

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

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

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

Richtlinienverfahren

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

psychosomatische Grundversorgung

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

Psychotherapie

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) (§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV) gültig seit 1.1.1999, zuletzt geändert 7.2.2005)	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Verwaltungsaufwand		
Stand	2007	2006
Anzahl beschiedener Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	436	876
- davon Anzahl Genehmigungen	1198	848
- davon Anzahl Ablehnungen	2	28
Anzahl beschiedener Anträge Psychosomatik	764	nicht ermittelt

Richtlinienverfahren						
Genehmigungen						
Stand	31.12.2007			31.12.2006		
Therapeuten* mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	3348				3504	
- davon Ärzte	1112				1424	
im Einzelnen						
	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
Stand	2007	2006	2007	2006	2007	2006
- Therapeuten* mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1760	1533	712	222	461	377
- davon Ärzte	1109	987	390	149	109	71
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	849	803	424	244	160	71
- davon Ärzte	211	128	90	33	47	21
- Therapeuten* mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	629	639	334	176	324	325
- davon Ärzte	308	368	145	95	15	7
Stand	2007			2006		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	784			688		
- davon Ärzte	619			500		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie	315			305		
- davon Ärzte	191			161		
- Therapeuten* mit Genehmigung zur Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie	442			399		
- davon Ärzte	161			95		

Befreiung von der Gutachterpflicht		
Anzahl Therapeuten* mit Befreiung von der Gutachterpflicht	2498	2549
- davon Ärzte	832	718 **)

Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren		
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	9643	9424
Therapeuten* mit Genehmigung zum autogenen Training	2483	1627
- davon Ärzte	1944	1291
Therapeuten* mit Genehmigung zur Jacobsonschen Relaxation	2206	1264
- davon Ärzte	1579	795
Therapeuten* mit Genehmigung zur Hypnose	887	784
- davon Ärzte	625	538
Bemerkungen		
*) gemeint sind Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse		
**) Zahlen in der Bezirksdirektion Reutlingen nicht zu ermitteln		

C.20 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. Schlafbezogene Atmungsstörungen im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syn-drome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der

Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage 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.

Schlafbezogene Atmungsstörungen

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2005	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt	275	246
- davon Genehmigungen nur Polygraphie	248	225
- davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	27	21
Anzahl beschiedener Anträge nur Polygraphie	35	48
- davon Genehmigungen	34	48
- davon Ablehnungen	1	0
Anzahl beschiedener Anträge zur Polygraphie und Polysomnographie	10	8 *)
- davon Genehmigungen	10	7
- davon Ablehnungen	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	5
- davon bestanden	0	5
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Bemerkungen		
*) davon 1 Arzt nur Polysomnographie		

C.21 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.

Schmerztherapie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2005	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	✓
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	✓
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	131	128
Anzahl beschiedener Anträge	12	15
- davon Genehmigungen	12	11
- davon Ablehnungen	0	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 4 Abs. 3 Nr. 4)	0	2
- davon bestanden	0	2
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs. 2	1	2
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	3
Versorgung		
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0
Dokumentationsprüfung		
Anzahl Prüfungen nach § 7 Abs. 2	122	122
- davon ohne Beanstandung	102	105
- davon mit Beanstandungen	20	17

C.22 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

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

Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sogenannten Praxisteam (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet. Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie stellen.

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) (§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGB V (Anlage 11 BMV-EKV), geltend für Versicherte des VdAK / AEV, gültig seit 1.7.1994 Gesamtverträge Primärkassen	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	57	53
Anzahl beschiedener Anträge	7	5
- davon Genehmigungen	6	5
- davon Ablehnungen	1	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	0
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)	-	-

C.23 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen.

In den Soziotherapie-Richtlinien sind die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist (Ziele, Inhalt, Umfang,

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

Soziotherapie

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43a SGB V geregelt in Anlage 11 BMV-EKV, geltend für Versicherte des VdAK/AEV Gültigkeit: seit 1.7.1994	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung	454	455
Anzahl beschiedener Anträge nach Nr. 15 der RL	20	19
- davon Genehmigungen	20	18
- davon Ablehnungen	0	1
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	0	5

C.24 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.

Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Stoßwellentherapie bei Harnsteinen Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: seit 24.11.1995	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Genehmigungen		
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2006	109	105
Anzahl beschiedener Anträge	4	8
- davon Genehmigungen	4	8
- davon Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.25 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)

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

Ärzttekammern 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.

Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)

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: seit 1.4.1993, zul. geändert: 1.1.2007 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie) Rechtsgrundlage: § 136 SGB V Gültigkeit: seit 1.10.1992, zul. geändert: 13.3.1997	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	✓
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie		Diagnostische Radiologie Anlage I nach Klassen I-XIII (außer VII und XI)	Computertomographie Anlage I- Klasse VIII	Osteodensitometrie Anlage I- Klasse XI Anlage III- Klasse VI	Strahlentherapie Anlage II	Nuklearmedizin Anlage III nach Klassen I-V
Genehmigungen						
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	Stand 31.12.2007	2265	353	272	111	236
	Stand 31.12.2006	2706	336	284	112	243
Anzahl beschiedener Anträge						
	2006	183	29	9	11	15
- davon Genehmigungen	2007	142	44	27	24	17
	2006	179	28	9	11	15
- davon Ablehnungen	2007	1	41	27	24	17
	2006	4	1	0	0	0
	2007	1	3	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)						
	2006	2	2	11	0	0
- davon bestanden	2007	1	1	10	0	3
	2006	2	1	11	0	0
- davon nicht bestanden	2007	0	1	10	0	3
	2006	0	0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen						
	2007	0	0	0	0	0
	2006	1	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung						
	2007	2 *	1 *	1 *	1 *	0 *
	2006	0	0	0	0	0
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)						
Anzahl geprüfter Ärzte						
	2007	251	11	-	-	-
	2006	207	13	-	-	-
- davon ohne Beanstandung						
	2007	54	10	-	-	-
	2006	49	6	-	-	-
- davon mit geringen Beanstandungen						
	2007	180	0	-	-	-
	2006	142	6	-	-	-
- davon mit erheblichen Beanstandungen						
	2007	12	1	-	-	-
	2006	10	1	-	-	-
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen						
	2007	5	0	-	-	-
	2006	6	0	-	-	-

* Anzahl in den Bezirksdirektionen Stuttgart und Reutlingen nicht ermittelbar

C.26 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

Die Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sind seit 1991 mehrfach geändert worden. Elemente der Qualitätssicherung sind mit der letzten Änderung wesentlicher Bestandteil der 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 (Konsiliarus) abgestimmt haben und der Patient dem Konsiliarus 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.

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 1.1.2003	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Genehmigungen/Versorgung		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung *	353	360
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal)	298	328
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	12	13
- davon Genehmigungen	12	13
- davon Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	13	4
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	106	95
Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)		
Anzahl geprüfter Fälle	676	571
- davon ohne Beanstandung	551	381
- davon mit geringen Beanstandungen	107	177
- davon mit erheblichen Beanstandungen	6	3
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	12	10
5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)		
Anzahl geprüfter Fälle	191	249
- davon ohne Beanstandung	143	172
- davon mit Beanstandungen	48	77
Patienten		
Anzahl Patienten im Jahr	8740	8261
An-/Abmeldungen		
Anzahl Patientenan-/abmeldungen im Jahr	10.028	9.401
Bemerkungen		
* ohne die Anzahl Ärzte, die im Rahmen des Konsiliarverfahrens bis zu 3 Patienten behandeln dürfen		

C.27 Ultraschalldiagnostik

Auch die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Die Genehmigung ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß der Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zu erteilen. Die Genehmigung ist neben der Erfüllung der fachlichen Qualifikation an den Nachweis der apparativen Ausstattung durch eine Gerätebestätigung des Herstellers gebunden. Bedingt durch die technische Weiterentwicklung bedürfen allerdings insbesondere die apparativen Anforderungen einer Neuregelung. Hinzu kommt, dass durch die Einführung des EBM 2000plus im Jahr 2005 einige Inkompatibilitäten zwischen Gebührenordnung

und Qualitätssicherungsvereinbarung entstanden sind. Trotz der Komplexität des Themas wird eine Konsentierung der Ultraschall-Vereinbarung, die in ihrem Grundgerüst aus dem Jahre 1993 stammt, für die nächste Zeit angestrebt.

Die Genehmigung kann bisher für insgesamt 31 verschiedene Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei drei Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch bei der fachlichen Qualifikation zwischen Erwachsenen und Kindern. Soll die fachliche Qualifikation für Kinder nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei Kindern durchgeführt wurden. Besondere Regelungen gelten für die Ultraschalluntersuchung der Säuglingshälfte, wie im Folgenden separat dargestellt wird.

Ultraschalldiagnostik

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005	Genehmigungsvorbehalt	✓
	Eingangsprüfung/Kolloquium	✓
	Frequenzregelung	
	Rezertifizierung	
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung	
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	✓
	obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel	
Stand	31.12.2007	31.12.2006
Genehmigungen		
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand *	9302	9268
Anzahl beschiedener Anträge **	1441	1580
- davon Genehmigungen	1398	1525
- davon Ablehnungen	43	55
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	201	243
- davon bestanden	174	235
- davon nicht bestanden	31	8
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen **	2	6
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung *	Abfrage nicht möglich	140
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)		
Anzahl geprüfter Ärzte	0	213
- davon ohne Beanstandung	0	91
- davon mit geringen Beanstandungen	0	96
- davon mit erheblichen Beanstandungen	0	8
- davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	18
Kolloquien (Stichproben)	0	0
- davon bestanden	0	0
- davon nicht bestanden	0	0
Praxisbegehung (Stichproben)	-	-
- davon bestanden	-	-
- davon nicht bestanden	-	-
Bemerkungen		
* Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen		
** (Teil-)Genehmigungen, nicht Anzahl Ärzte		

Genehmigungsbereiche der Ultraschalldiagnostik		Anzahl Ärzte mit Genehmigung	
		Stand 31.12.2007	Stand 31.12.2006
1.	Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	322	333
2.1	Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	160	149
2.2	Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	188	107
3.	Nasennebenhöhlen	410	410
4.	Gesichtsweichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	867	800
5.	Schilddrüse	3162	3038
6.1.1	Echokardiographie - Erwachsene	610	613
6.1.2	Echokardiographie - Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	50	35
6.2.1	Doppler-Echokardiographie - Erwachsene	511	510
6.2.2	Doppler-Echokardiographie - Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	44	32
6.3	Belastungs-Echokardiographie	208	205
7.	Thoraxorgane (ohne Herz)	1310	1296
8.	Brustdrüse	988	954
9.1	Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Erwachsene	4755	5419
9.2	Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) - Kinder	995	343
10.1	Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	2466	2207
10.2	Weibl. Genitalorgane	1152	1122
11.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik	1425	970
11.2	Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	892	916

Genehmigungsbereiche der Ultraschalldiagnostik		Anzahl Ärzte mit Genehmigung	
		Stand 31.12.2007	Stand 31.12.2006
12.	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften)	890	868
13.	Säuglingshöften (siehe Kapitel C.27)	siehe separates Kapitel	926
14.1.1	Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	1061	1040
14.1.2	Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	979	944
14.1.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	177	173
14.1.4	Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	siehe 14.3.6	
14.2.1	Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	285	258
14.3.1	Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	571	535
14.3.2	Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	456	437
14.3.3	Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	386	346
14.3.4	Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	187	174
14.3.5	Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	77	69
14.3.6	Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	340	323
14.4.1	Venen der Extremitäten (B-Mode)	788	756
15.	Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	26	23

C.28 Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Die Kindervorsorgeuntersuchung U3 bei Kindern in der vierten bis sechsten Lebenswoche beinhaltet unter anderem ein Hüftsonographie-Screening. Eventuelle Entwicklungsstörungen des Hüftgelenkes (Hüftdysplasie) sollen so frühzeitig erkannt und behandelt werden. Um eine optimale Durchführung dieses Untersuchungsverfahrens zu gewährleisten, wurden im Jahr 2005 die bisher geltenden Anforderungen aus der Ultraschall-Vereinbarung für das Hüftsonographie-Screening ergänzt.

Fachärzte für Kinderheilkunde, Orthopädie und radiologische Diagnostik müssen nachweisen, dass

sie entsprechende Fortbildungen besucht und bereits 200 Säuglinge untersucht haben. Bei allen anderen Fachgruppen wird eine 18-monatige ständige klinische oder vergleichbare Tätigkeit im Fachgebiet Kinderheilkunde, Orthopädie, Kinderradiologie oder radiologische Diagnostik, vorausgesetzt.

Als neuer Baustein der Qualitätssicherung des hüftsonographischen Screenings wurden Stichprobenprüfungen der Bild- und Schriftdokumentationen eingeführt, die von den zuständigen Kommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit nach einheitlichen Prüfkriterien beurteilt werden.

Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte Rechtsgrundlage: Anlage IV der Ultraschallvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.4.2005	Genehmigungsvorbehalt		✓	
	Eingangsprüfung/Kolloquium		✓	
	Frequenzregelung			
	Rezertifizierung			
	Praxisbegehungen/Hygieneprüfung			
	Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung		✓	
	obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel			
Genehmigungen	2007		2006	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.	932		900	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.	953		926	
Anzahl beschiedener Anträge	neu:	erneut (§ 11 Abs. 3 S. 5)	neu:	erneut (§ 11 Abs. 3 S. 5)
- davon Genehmigungen	50	0	38	0
- davon Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1		3	
- davon bestanden	1		3	
- davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	1		0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	20		16	

Dokumentationsprüfungen									
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i.V.m. § 3)	Stufe II		0	1	2	3	4	5	>5
			97	48	48	18	17	10	222
			22	8	5	5	3	1	24
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe III		0	1	2	3	4	5	>5
			422	26	5	1	1	1	4
			35	4	5	0	0	0	0
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs. 2)	Stufe II		schriftl. Doku.		bildl. Doku.		schriftl. + bildl. Doku.		
			83		1972		374		
			1		84		23		
Anzahl Beurteilungen	Stufe III		schriftl. Doku.		bildl. Doku.		schriftl. + bildl. Doku.		
			1		57		20		
			1		7		1		
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte			Wieder- holungs- prüfung 6 Monate			Wieder- holungs- prüfung 3 Monate		Widerruf	
	2007		227			42		1	
	2006		30			9		0	
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)	Stufe II		0	1	2	3	4	5	>5
			6	6	1	0	0	0	7
			0	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
			20	0	0	0	0	0	0
			0	0	0	0	0	0	0
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)			erneute Wieder- holungsprüfung 6 Monate			Widerruf			
	2007		6			0			
	2006		0			0			

Beurteilung erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5	
		0	0	0	0	0	0	0	
		0	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	
		0	0	0	0	0	0	0	
		0	0	0	0	0	0	0	
Ergebnis erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4)						Widerruf			
	2007					0			
Anzahl Ärzte	2006					0			
Bemerkungen Es wurden anstelle 12 Dokumentationen folgende Anzahl von Dokumentationen bei 16 Ärzten angefordert: 2 x 7 Dokumentationen 6 x 9 Dokumentationen 2 x 10 Dokumentationen 6 x 11 Dokumentationen									

D. Genehmigungen auf Grundlage des EBM

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

Vereinigung festgelegt. Die im Einzelnen angegebenen Nummern beziehen sich auf die Gebührenordnungsnummern des EBM 2000plus. Im Einzelnen betrifft dies:

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 verfügt und diese gegenüber der KV nachweist.

D.2 Diabetischer Fuß

Die Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität beim diabetischen Fuß kann nur durch Vertragsärzte durchgeführt und abgerechnet werden, die im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung je Quartal mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus behandelt haben und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen können. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und

Dermatologie können diese Leistung (Nr. 02311) auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können. Im Bereich der KVBW müssen diese Fachärzte sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie den Nachweis der Behandlung von 100 Patienten mit Diabetes mellitus nicht erbringen.

D.3 Funktionsstörung der Hand

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

„Handchirurgie“ abgerechnet werden. Ärzte der vorgenannten Arztgruppen, die nicht über die Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ verfügen, bedürfen einer Abrechnungsgenehmigung unter Nachweis der durch die zuständige KV festgelegten Qualifikationsanforderungen.

D.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung

Leistungen für die orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes dürfen von Vertragsärzten des Hausärztlichen Versorgungsbereiches nur dann berechnet werden, wenn sie nachweisen, dass sie diese Untersuchungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben. In-

teressierte 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.

D.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltene Leistung nach der Nr. 01730 „Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige

gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen des bis zum 31. März 2005 gültigen EBM abgerechnet hat.

D.6 Empfängnisregelung

Ein Facharzt für Allgemeinmedizin kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistungen nach den Nrn. 01821, 01822, 01828 „Empfängnisregelung“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische

Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen des bis zum 31. März 2005 gültigen EBM abgerechnet hat.

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 2000plus durchführen und abrechnen.

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

D.8 Physikalische Therapie

Die Leistungen des Kapitels 30.4 EBM 2000plus können nur von Fachärzten für: Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie, Neurologie, Nervenheilkunde, Chirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Ärzten mit Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie

abgerechnet werden. 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.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin kann auf Antrag die Ausführung und Abrechnung von Leistungen aus anderen arztgruppenspezifischen Leistungsbereichen genehmigt werden, wenn über

die Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin hinaus eine besondere Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte nachgewiesen wird.

D. Genehmigungen auf Grundlage des EBM

Leistung Rechtsgrundlage EBM	Chiro- therapie	Diabeti- scher Fuß	Funktions- störung der Hand	Orientie- rende entwick- lungsneu- rologische Untersu- chung	Krebsfrüh- erkennung bei der Frau	Empfäng- nis- regelung	Neurophy- siologische Übungsbe- handlung	Physika- lische Therapie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2007	2007	1338	411	377	1045	1222	487	807
	2006	1302	380	376	1067	1214**	433*	585*
Anzahl beschiedener Anträge	2007	129	37	10	5	6	10	16
	2006	242	28	7	6	7	11*	41*
- davon Genehmigungen	2007	127	37	8	3	3	10	16
	2006	199	28	6	4	4	11*	41*
- davon Ablehnungen	2007	2	0	2	2	3	0	0
	2006	43	0	1	2	3	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2007	0	0	0***	0***	0***	0	0
	2006	0	0	0	0	0	0	0

* Anzahl in Bezirksdirektion Freiburg nicht ermittelbar

** Bezirksdirektion Stuttgart hatte im Jahr 2006 522 Ärzte mit Genehmigung – gemeldet wurden 2006 irrtümlich 432 Ärzte mit Genehmigung

*** Anzahl in Bezirksdirektion Reutlingen nicht ermittelbar

D.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin Rechtsgrundlage EBM	2007	Endokrinologie und Diabetologie	Gastroenterologie	Hämatologie	Pneumologie	Rheumatologie	Neuropädiatrie	Nephrologie	Kardiologie
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung aus dem Schwerpunkt, Stand 31.12.2007	24	9	7	39	5	79	0	15	
	22****	9****	8****	34****	5****	79****	0	15	
Anzahl beschiedener Anträge	2007	2	0	0	12	0	2	0	0
	2006	4	0	2	20****	2****	27****	0	0
- davon Genehmigungen	2007	2	0	0	4	0	2	0	0
	2006	1	0	2	20****	2****	27****	0	0
- davon Ablehnungen	2007	0	0	0	0	0	0	0	0
	2006	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2007	0	0	0	0	0	0	0	0
	2006	0	0	0	0	0	0	0	0

**** Die im Qualitätsbericht 2006 veröffentlichte Anzahl wurde nachträglich korrigiert.

IMPRESSUM

Qualitätsbericht 2007 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart
Kontakt: Qualitaetsbericht@kvbawue.de

Redaktion

Dr. med. Wolfgang Herz (verantwortlich)
Norbert Bonauer
Wolfgang Wiedlin
Rolf Sievers
Eva-Maria Henning

Autoren

Karin Artz
Norbert Bonauer
Dr. med. Michael Dierich
Harald Filipetz
Susanne Flohr
Roland Müller
Doreen Pesler
Dr. med. Hans Säuerle
Helen Weber
Wolfgang Wiedlin
Babett Würffel

Erscheinungstermin

Oktober 2008

Gestaltung und Realisation

W.E. Weinmann e.K., Filderstadt

Auflage

3000

www.kvbawue.de

Alles Gute.

