

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

# 2008 Qualitätsbericht

Alles Gute.

**KVBW** 



# VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Patienten erwarten von ihrem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten eine qualitätsgesicherte Versorgung, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Der vor Ihnen liegende Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) für das Jahr 2008 belegt erneut die umfassenden qualitätssichernden Maßnahmen, die ergriffen werden, um die hohe Versorgungsqualität in der ambulanten Medizin zu sichern. Er informiert über aktuelle, aber auch für die Zukunft geplante Qualitätssicherungsbereiche.



Die flächendeckende ambulante Versorgung in Baden-Württemberg wird von den rund 19.000 Mitgliedern (Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) der KVBW sichergestellt. Die im Qualitätsbericht veröffentlichten Ergebnisse dokumentieren, dass die von den Versicherten und der Politik erwartete Qualität auch erbracht wird. Für die meisten der diagnostischen und therapeutischen Leistungen müssen Vertragsärzte spezielle Voraussetzungen nachweisen, bevor sie diese erbringen dürfen. Die KV prüft diese Qualitätsanforderungen vor Genehmigungserteilung sowie regelmäßig durch Rezertifizierungen, Routinenachweise und Stichprobenprüfungen. Hierzu werden auch Qualitätssicherungs-Kommissionen mit besonders erfahrenen Experten eingesetzt. Um Ihnen einen Einblick in die Tätigkeit dieser Kommissionen zu geben, haben wir in diesem Qualitätsbericht drei Interviews mit Vorsitzenden von drei beispielhaft ausgewählten Qualitätssicherungs-Kommissionen abgedruckt.

Neben der Qualitätssicherung gehört auch die Qualitätsentwicklung und Qualitätsförderung zu den Kernaufgaben der KV. So unterstützt die KVBW ihre Mitglieder bei der gesetzlich verpflichtenden Einführung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements. Außerdem wird der interkollegiale Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten und Psychotherapeuten unterstützt. Diese seit weit mehr als 10 Jahren etablierte Fortbildung im Rahmen von Qualitätszirkelarbeit wird von der KVBW organisatorisch unterstützt und gefördert.

Als aktuelle qualitätsfördernde Maßnahme wurde zum 1. Juli 2008 das Hautkrebs-Screening als standardisierte Früherkennungsuntersuchung neu in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt.

Ich hoffe, dass unser diesjähriger Qualitätsbericht wieder auf Ihr Interesse stößt.

Mit freundlichen Grüßen

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

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Vorwort</b>	
<b>1. Einführung</b>	<b>6</b>
<b>2. Berichte aus der Versorgung</b>	<b>6</b>
2.1. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen	7
2.2. Interviews mit Vorsitzenden der Qualitätssicherungs-Kommissionen	8
2.2.1. Akupunktur-Kommission	8
2.2.2. Qualitätsmanagement-Kommission	10
2.2.3. Ultraschall-Kommission	12
<b>3. Qualitätsförderung</b>	<b>14</b>
3.1. Aktuelle Themen	14
3.1.1. Neue Ultraschall-Vereinbarung ab 1. April. 2009	14
3.1.2. Labor	15
3.1.3. Hautkrebs-Screening	16
3.1.4. HIV-/AIDS-Vereinbarung	17
3.1.5. Qualitätsmanagement-Richtlinie – Ergebnisse der Stichprobe über den Einführungs- und Entwicklungsstand 2008	18
3.2. Qualitätszirkel	22
<b>4. Ausblick und Qualitätsziele 2009</b>	<b>24</b>
4.1. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	24
4.2. AQUIK – Stand des Projektes „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“	25
4.3. Ziele der Qualitätssicherung	25
<b>5. Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen</b>	<b>26</b>
5.1. Erteilte Genehmigungen 2009 im Vergleich zu 2007	26
<b>6. Service</b>	<b>29</b>
6.1. Fortbildungsveranstaltungen	29
6.2. Patientensicherheit: Hygiene und Medizinprodukte	31
6.3. Patientenservice	36
6.3.1. Patienteninformation	36
6.3.2. Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen	37
<b>Anhang</b>	
<b>A. Gesetzlicher Rahmen, Strukturen und Normen der Qualitätssicherung</b>	<b>38</b>
A.1. Gesetzlicher Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung	38
A.1.1. Instrumente der Qualitätssicherung	40
A.1.2. Entwicklung genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989-2008	43
A.2. Kommissionen der Qualitätssicherung	44
<b>B. Arztstruktur</b>	<b>47</b>
<b>C. Genehmigungsbereiche von A - Z</b>	<b>50</b>
C.1. Akupunktur	50
C.2. Ambulante Operationen	53
C.3. Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	54
C.4. Arthroskopie	56
C.5. Blutreinigungsverfahren / Dialyse	59

C.6.	DMP	62
C.7.	Erweitertes Neugeborenen-Screening	70
C.8.	Hautkrebsscreening	71
C.9.	Herzschrittmacher-Kontrolle	72
C.10.	Interventionelle Radiologie	73
C.11.	Invasive Kardiologie	76
C.12.	Koloskopie	80
C.13.	Künstliche Befruchtung	87
C.14.	Laboratoriumsuntersuchungen	88
C.15.	Langzeit-EKG-Untersuchungen	90
C.16.	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)	91
C.17.	Magnetresonanztomographie-Angiographie	95
C.18.	Mammographie (kurativ)	98
C.19.	Mammographie-Screening	101
C.20.	Medizinische Rehabilitation	103
C.21.	Onkologie	104
C.22.	Otoakustische Emissionen	106
C.23.	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	107
C.24.	Phototherapeutische Keratektomie	109
C.25.	Psychotherapie	111
C.26.	Schlafbezogene Atmungsstörungen	114
C.27.	Schmerztherapie	116
C.28.	Sozialpsychiatrie	118
C.29.	Soziotherapie	119
C.30.	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	120
C.31.	Strahlendiagnostik/-therapie	121
C.31.1.	Diagnostische Radiologie	123
C.31.2.	Computertomographie	125
C.31.3.	Osteodensitometrie	127
C.31.4.	Strahlentherapie	127
C.31.5.	Nuklearmedizin	128
C.32.	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	129
C.33.	Ultraschall diagnostik	132
C.34.	Ultraschall diagnostik der Säuglingshüfte	136
C.35.	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri	140
<b>D.</b>	<b>Genehmigungen auf Grundlage des EBM</b>	<b>143</b>
D.1.	Chirotherapie	143
D.2.	Diabetischer Fuß	143
D.3.	Funktionsstörung der Hand	143
D.4.	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	143
D.5.	Krebsfrüherkennung bei der Frau	144
D.6.	Empfängnisregelung	144
D.7.	Neurophysiologische Übungsbehandlung	144
D.8.	Physikalische Therapie	144
D.9.	Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin	144

# I. EINFÜHRUNG

Gute und qualitätsgesicherte medizinische Versorgung der Menschen in Baden-Württemberg.

Keine andere Berufsgruppe muss ihre Qualifikation so häufig unter Beweis stellen wie die ambulant tätigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen einer ständigen Qualitätsprüfung. Dadurch wird eine flächendeckende Patientenversorgung auf höchstem Niveau sichergestellt.

Diagnostische und therapeutische Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt dürfen von Ärzten und Psychotherapeuten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur erbracht und abgerechnet werden, wenn die fachliche Befähigung gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung nachgewiesen und eine Genehmigung erteilt wurde.

Sicherung und Förderung der Qualität durch die KV Baden-Württemberg.

Der vorliegende Qualitätsbericht belegt die vielfältigen Maßnahmen der KVBW zur Sicherung und Förderung der Qualität. Er gibt einen Überblick über die erteilten Genehmigungen zu Erbringung qualifikationsgebundener Leistungen, über die Anzahl der bearbeiteten Anträge und die Ergebnisse der durchgeführten Qualitätsprüfungen. Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben stehen der KVBW zur Unterstützung Qualitätssicherungskommissionen zur Verfügung. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Experten zusammen.

## 2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

Das Gesundheitssystem in Deutschland bietet den Menschen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich eine qualifizierte flächendeckende Versorgung. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung gewährleistet den Versicherten im Krankheitsfall eine Behandlung auf Facharztstandard. So darf ein Arzt oder Psychotherapeut erst dann eine Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung beantragen und gesetzlich Krankenversicherte Patienten behandeln, wenn er seine Weiterbildung absolviert hat.

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.

Die Qualität der ärztlichen und psychotherapeutischen ambulanten Versorgung im Land wird durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, mit Unterstützung ihrer Qualitätssicherungs-Kommissionen geprüft und garantiert.

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

Fachgebiet	Zugelassen	Angestellt	Summe	Ermächtigt *
Allgemeinmedizin	5513	233	5.764	18
Anästhesiologie	315	34	349	152
Augenheilkunde	627	27	654	15
Chirurgie	446	32	478	260
Frauenheilkunde	1.236	69	1.305	140
Hals-/Nasen- und Ohrenheilkunde	453	14	467	21
Haut- und Geschlechtskrankheiten	416	29	445	12
Innere Medizin – <i>hausärztlich</i>	1.399	45	1.444	6
Innere Medizin – <i>fachärztlich</i>	940	59	999	359
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	366	3	369	14
Kinder- und Jugendmedizin	790	51	841	97
Kinder- und Jugendpsychiatrie	93	3	96	13
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	78	47	125	14
Mund-/Kiefer- und Gesichtschirurgie	136	0	136	5
Nervenärzte/Neurologie/Psychiatrie	655	43	698	81
Neurochirurgie	50	9	59	8
Nuklearmedizin	53	5	58	9
Orthopädie	667	25	692	55
Pathologie	75	8	83	8
Physikalische und Rehabilitative Medizin	47	5	52	0
Psychologische Psychotherapie	1.567	25	1.592	12
Psychotherapeutische Medizin	729	8	737	17
Radiologie/Strahlentherapie	287	55	342	115
Urologie	306	14	320	30
<b>Gesamtzahl</b>	<b>17.244</b>	<b>843</b>	<b>18.087</b>	<b>1.461</b>

\* Ermächtigte Ärzte/  
Psychotherapeuten  
ergänzen im Bedarfsfall  
die ambulante  
Versorgung

Quelle: Versorgungs-  
bericht KVBW 2008

## 2.2. INTERVIEWS MIT VORSITZENDEN DER QUALITÄTSSICHERUNGS-KOMMISSIONEN

### 2.2.1. AKUPUNKTUR-KOMMISSION



Interview mit  
Dr. med. Birgit Zöller,  
Fachärztin für  
Anästhesiologie,  
Heidelberg

*Frau Dr. Zöller, zum 1. Januar 2007 wurde die Akupunktur eingeschränkt auf die Indikationen*

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

*als genehmigungspflichtige Leistung in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen. Sie sind Vorsitzende der Qualitätssicherungs-Kommission Akupunktur. Welche Aufgaben hat die Qualitätssicherungs-Kommission Akupunktur und was soll diese bezwecken bzw. erreichen?*

Die Qualitätssicherungs-Kommission Akupunktur sieht sich als Unterstützung der KV-Mitglieder bei der Einführung und Umsetzung der geforderten Qualitätsrichtlinien. Die teilweise verwirrenden gesetzlichen Regelungen werden von uns für die Mitglieder praktikabel ausgelegt. Es findet ein regelmäßiger Austausch der Kommissionsmitglieder, sowie den zuständigen KV-Mitarbeiterinnen und Frau Irene Voß, als verantwortliche Gruppenleiterin der KVBW in Reutlingen, statt. Die Kommission hat einen Dokumentationsbogen, der den Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung entspricht, entworfen und allen Mitgliedern über die Homepage der KVBW kostenlos zur Verfügung gestellt. Es wurde festgelegt, welche Nachweise für die regelmäßigen Teilnahmen an den Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen durch die KVBW akzeptiert werden. Der Prüfbogen für die zusätzliche jährliche Stichprobenüberprüfung wurde erarbeitet und kann den Ärzten auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden. Da immer mehr an Verwaltungsaufgaben und Dokumentationen die Ärzte vom eigentlichen Patientenkontakt abhalten, sehen wir unsere Aufgabe hauptsächlich darin,

Vorgänge und Dokumentationen zu vereinfachen und vereinheitlichen.

*Ist die Akupunktur-Kommission ein Kontrollorgan der KV für die Ärzte?*

Die Kommission Akupunktur sieht sich als Vermittler der Ärzte und KV. Wir möchten nicht Kollegen „herausprüfen“, sondern Unterstützung leisten. Aus diesem Grunde haben wir Dokumentationshilfen erarbeitet und wünschen uns natürlich, dass diese von den Kolleginnen und Kollegen angenommen und auch eingesetzt werden. Die jährlichen Überprüfungen werden dadurch erheblich vereinfacht.

*Welche Bedeutung hat die Dokumentation für die Akupunktur-Behandlung und den Behandlungserfolg?*

Die Dokumentation sollte integraler Bestandteil jeder ärztlichen Therapie sein. Sie kann nicht auf Patienten mit Akupunkturtherapien reduziert werden. Die Dokumentation beinhaltet die Erhebung der Krankengeschichte und auch die Analyse und Koordination von weiterer Diagnostik. Dies erfolgt im Sinne der Patienten, die sich eine exakte Diagnosestellung wünschen. Anhand der Diagnosen kann ein Therapieschema individuell erstellt werden. Ein derartiges multimodales Behandlungskonzept wurde in der Schmerztherapie bereits zum bewährten Standard, dies kann auch auf die Akupunktur-Behandlung übertragen werden. Durch die regelmäßige Hinterfragung und Dokumentation kann der Behandlungserfolg individuell überprüft werden. Behandlungen können modifiziert und patientenorientiert geändert werden. Eine Dokumentation ist auch hinsichtlich rechtlicher Aspekte, die auch in Deutschland immer mehr auftreten, unumgänglich.



### *Was und wie wird in den Stichprobenprüfungen (Dokumentationsprüfungen) geprüft?*

In den Stichprobenprüfungen werden Patienten mit 10 und 15 Akupunkturbehandlungen nach dem Zufallsprinzip ermittelt. Von diesen Patienten müssen dann die entsprechenden Dokumentationen vorgelegt werden. Bei Patienten mit 10 Akupunkturtherapien kann der von der Kommission erarbeitete Dokumentationsbogen vollständig und auch plausibel ausgefüllt eingereicht werden. Eine weitere Dokumentation ist nicht erforderlich. Bei Patienten mit 15 Akupunkturbehandlungen muss zusätzlich eine medizinisch-patientenbezogene Begründung über die Fortführung der Therapie erfolgen. Dies kann, wie von der Kommission vorgeschlagen, nach den Chronifizierungsstadien nach Gerbershagen erfolgen. Patienten mit Chronifizierungsgrad 2 und 3 nach Gerbershagen erfüllen diese Voraussetzungen automatisch. Diese Dokumentation erfolgt zusätzlich zum KV-Bogen. Selbstverständlich ist es jedoch den Kolleginnen und Kollegen freigestellt, ihre eigenen Dokumentationen zu verwenden. Es sollte jedoch dann bedacht werden, dass alle Kriterien und Befunde der Qualitätssicherungsvereinbarung „Akupunktur“ erfüllt sein müssen. Dieses individuelle Vorgehen erschwert teilweise die Überprüfung sehr und führt häufig dazu, dass fehlende Dokumentationen nachgereicht werden müssen. Daher verweist die Kommission nochmals auf den Dokumentationsbogen.

### *Welche Ergebnisse haben die bisherigen Stichprobenprüfungen gebracht?*

Es sind ja jährlich die Dokumentationen von fünf Prozent der abrechnenden Ärzte zu prüfen. Für Baden-Württemberg sind dies 70 bis 80 Ärzte pro Jahr. Im Jahr 2008 wurden

77 Ärzte geprüft, 47 (=61 Prozent) davon haben bestanden, 30 (=39 Prozent) haben nicht bestanden.

Die häufigsten Gründe für das Nicht-Bestehen waren nicht nachvollziehbare Begründungen für die Verlängerung der Behandlung von 10 auf 15 Akupunktur-Behandlungen, manchmal waren aber auch die Dokumentationen nicht vollständig. Nach der ersten Überprüfung können wir feststellen, dass mehr als die Hälfte der Ärzte sorgfältig dokumentiert hat. Dies bildet eine Basis für eine effiziente und zielgerichtete Akupunktur-Behandlung. Als Kommission wollen wir dazu beitragen, dass dieses Ergebnis weiter verbessert wird. Hierzu geben wir schriftliche und persönliche Hinweise und Hilfestellungen.

### *Schlusswort*

Die Anfangsschwierigkeiten, die bei jeder neuen Vereinbarung auftreten, konnten durch eine konsequente Arbeit der Kommission jedoch rasch überwunden werden. Die Unterlagen wurden den Kolleginnen und Kollegen der Sachbearbeiterinnen der regionalen Bezirksdirektionen zeitnah zur Verfügung gestellt. Persönliche Rücksprachen mit den Kommissionsmitgliedern, sowie Darstellungen in den entsprechenden Schmerzkonferenzen und Qualitätszirkeln erfolgten regelmäßig.

Die Kommissionsmitglieder würden sich wünschen, dass die angebotenen Hilfen angenommen und umgesetzt werden. Dies kann für alle zu einer Erleichterung und Vereinfachung führen. Gern stehen sowohl die Sachbearbeiter der KVBW, als auch die Kommission für Anregungen und Fragen jederzeit gerne zur Verfügung.

## 2.2.2. QUALITÄTSMANAGEMENT-KOMMISSION



*Sie haben im Jahr 1997 als einer der ersten Ärzte in Süddeutschland Qualitätsmanagement in Ihrer pneumologischen Praxis eingeführt. Zu diesem Zeitpunkt war noch längst nicht absehbar, dass die Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung eine gesetzliche Verpflichtung wird. Was waren Ihre Gründe für die Einführung von QM in Ihrer Praxis?*

Ich wurde damals als Mitglied des Bundesvorstandes der Pneumologen gefragt, ob ich bereit sei, eine Zertifizierung unserer Praxis als strategisches Konzept durchführen zu lassen, darüber zu berichten und gegebenenfalls meine Erfahrung dann für die Einführung von Qualitätsmanagement in anderen Praxen zur Verfügung zu stellen. Zu diesem Zeitpunkt gab es Qualitätsmanagement nur im stationären Bereich und es zeichnete sich ab, dass dies von den Kliniken als Alleinstellungsmerkmal benutzt werden würde. Da uns damals schon klar war, dass es über kurz oder lang zu einer entscheidenden Auseinandersetzung zwischen stationärer und ambulanter Medizin um Ressourcen im Gesundheitssystem kommen würde, war es uns wichtig, das Thema Qualität rechtzeitig auch für den ambulanten Bereich zu besetzen. Es zeigte sich schnell, dass Qualitätsmanagement aber auch ohne politische Ziele ein hervorragendes Instrument zur medizinisch wie betriebswirtschaftlich sinnvollen Optimierung der Abläufe in der Praxis darstellt, so dass ich den Prozess des Qualitätsmanagements auch nach Abschluss des Test-Projektes nach entsprechender Abstimmung mit meinen Praxispartnern weiter geführt habe.

*Qualitätsmanagement(QM) ist ein Führungsinstrument und funktioniert dann am besten, wenn es allen Beteiligten Spaß macht. Wie haben Sie das gesamte Praxisteam von QM überzeugen können?*

Nun, das war ehrlich gesagt, am Anfang schon mühsam. Wir hatten einen Trainer, der aus der Industrie kam und über die Zuverlässigkeit der Produktion von Zahnrädern versuchte, den Bogen zu ärztlichen Praxis zu finden, was erst mal ziemlich daneben ging. In der täglichen Umsetzung allerdings konnte er uns schnell klarmachen, wie sinnvoll und entlastend es für jeden ist, der Verantwortung für Menschen in der Praxis übernimmt, auf klare und geordnete Prozesse zurückgreifen zu können. Schnell wurde jedem bewusst, dass ein und derselbe Prozess wie etwa die Durchführung einer Lungenfunktionsprüfung, das Anlegen eines Allergietestes und vieles andere mehr ganz unterschiedlich von den einzelnen Mitarbeiterinnen gehandhabt wurde und dass dies eine unnötige Fehlerquelle darstellt. Klar wurde auch, dass Verantwortung etwa für Bestellungen oder Patientenprozesse nur übernommen werden kann, wenn jedem klar ist, wer was zu tun und zu lassen hat.

*In der zum 1. Januar 2006 in Kraft getretenen QM-Richtlinie hat der Gesetzgeber unter anderem das Ziel formuliert: Qualitätsmanagement soll die Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und -mitarbeiter erhöhen. Welchen spürbaren Nutzen konnten Sie in den vielen Jahren Ihrer mit QM geführten Praxis feststellen?*

Interview mit  
Dr. med. Michael Barczok  
Facharzt für  
Innere Medizin,  
mit Schwerpunkt  
Pneumologie,  
Ulm

Könnte mein Team antworten, so bin ich mir sicher, dass von dieser Seite käme, dass sich der Stil der Zusammenarbeit im Team geändert hat. Allein der Umstand, dass man regelmäßig Teambesprechungen durchführt, in denen die Dinge nicht nur angesprochen sondern Lösungswege diskutiert und Verantwortlichkeiten festgehalten werden, führt dazu, dass die Dinge nicht liegen bleiben und ich mir dann allerdings auch immer wieder anhören muss, dass es nicht in Ordnung sei, wenn ich schon längst einmal dies oder jenes hätte erledigen müssen und der Punkt immer noch auf der Tagesordnung steht, weil er nicht erledigt ist. Die Mitarbeiterinnen haben auch schnell gemerkt, dass Arbeitsanweisungen und Prozessbeschreibungen Verantwortung ein Stück weit portionieren und durchaus verhindern, dass einzelne überfordert und fehlbelastet werden. Klarheit in den Prozessen wie in den Verantwortlichkeiten schützt die Beteiligten und versachlicht oft die Diskussion über Fehler und Zwischenfälle. Meist steht nicht die Frage im Vordergrund, wer ist schuld? Wichtiger ist die Frage, was hat dazu geführt, dass ein Fehler passierte und wie kann man dies für die Zukunft vermeiden. Was die ärztliche Seite anbetrifft, kann ich klar sagen, dass es mir gerade in einer so hoch technisierten fachärztlichen Praxis nicht wirklich gut gehen würde, wäre ich mir nicht sicher, dass überall in der Praxis auf einem hohen und qualitativ stabilem Niveau medizinische Leistungen erbracht werden.

*QM-Experten behaupten, in einer Praxis mit einem gut funktionierenden QM-System sei innerhalb kürzester Zeit spürbar, dass dort QM tatsächlich gelebt wird. Woran merken Ihre Patienten das?*

Schließlich interessiert den Patienten in der Regel am meisten, wie schnell er einen Termin bekommt und wie lange er in der Praxis warten muss. Beide Punkte haben wir in all den Jahren nur sehr unbefriedigend bessern können, weil wir durch die widrigen Umstände der Gesundheitspolitik nicht die Ressourcen zur Verfügung haben, um diese Probleme an der Wurzel packen zu können. Seit Einführung des Qualitätsmanagements haben wir uns angewöhnt, einmal im Quartal nachzufragen, wie unsere Patienten mit unserer Arbeit zufrieden sind.

*Sie sind zum Vorsitzenden der QM-Kommission der KV Baden-Württemberg ernannt worden. Was können Sie in dieser Funktion von Ihren Erfahrungen weiter geben?*

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir das Thema Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis ohne freiwillige oder gar unfreiwillige Geburtshilfe der Politik für uns erledigen sollten. Ich war daher immer gegen jeden äußeren Zwang. Mein Ziel ist es daher auch, ein staatliches Eingreifen unnötig zu machen, indem wir die Punkte selbst erledigen, die ohnehin gemacht gehören, weil sie einfach betriebswirtschaftlich und medizinisch sinnvoll sind. Als Ziel unserer Kommission haben wir uns gesetzt, niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten den Nutzen und die Notwendigkeit einer Einführung von Qualitätsmanagement in Abstimmung mit der KV Baden-Württemberg zu vermitteln, so dass diese die nächsten Jahre für die Umsetzung und Weiterentwicklung der sinnvollen Grundelemente und Instrumente des Qualitätsmanagements nutzen. Unsere bisherigen Stichproben zeigen, dass die meisten Kollegen die Vorgaben der Richtlinie erfüllen, häufig auch schon weiter sind.

### 2.2.3. ULTRASCHALL-KOMMISSION



Interview mit  
Dr. Hans-Dirk Weishorn,  
Facharzt für  
Innere Medizin,  
Backnang

*Sie sind seit 2009 Vorsitzender der Ultraschallkommission für ganz Baden-Württemberg; in der Ultraschallkommission der BD Stuttgart sind Sie bereits seit 1996 tätig und haben daher einen guten Einblick in die Tätigkeit einer Qualitätssicherungskommission. Welche Aufgaben hat diese Kommission?*

Die Ultraschallkommission für Baden-Württemberg besteht aus 4 Mitgliedern und 4 stellvertretenden Mitgliedern aus den 4 Bezirksdirektionen. Die Gesamtkommission ist für Grundsatzfragen sowie die Umsetzung neuer Richtlinien und Vereinbarungen zuständig. Regionale Ultraschallkommissionen, die mit Fachberatern aus allen Fachgebieten besetzt sind, bestehen darüber hinaus seit 25 Jahren. Wir alle haben die Aufgabe, Stichprobenprüfungen durchzuführen oder Anträge auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung sonographischer Leistungen zu prüfen, wenn im Zusammenhang mit einem Antrag Dokumentationen vorgelegt werden müssen (z. B. Nachweise im Rahmen eines Kursverfahrens). Falls es bei vorgelegten Zeugnissen Auslegungsschwierigkeiten gibt, werden wir zu Rate gezogen, und wir müssen gegebenenfalls erforderliche Kolloquien durchführen.

*Welche Grundsatzfragen beschäftigen die Kommission?*

Eine Grundsatzfrage, die alle „Sonographiker“ und damit auch die Ultraschallkommission zur Zeit stark beschäftigt, ist die nach einer angemessenen Honorierung von Ultraschallleistungen, die in der neuen Gebührenordnung nicht genügend, in bestimmten Teilbereichen überhaupt nicht berücksichtigt werden. Eine gute Qualität der Ultraschall-Diagnostik, die mit hohem persönlichen Zeitaufwand und erheblichen Investitionen in die Gerätetechnik

verbunden ist, kann nach unserer Überzeugung nur durch adäquate Honorierung erreicht werden. Derzeit besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen der völlig unzureichenden Vergütungssituation und den andererseits berechtigten Anforderungen an ein hohes Niveau der Leistungserbringung. Bei angemessener Vergütung wären auch die Qualitätsanforderungen und regelmäßigen Qualitätskontrollen gegenüber den Leistungserbringern besser zu vermitteln.

*Seit dem 1.4.2009 gibt es eine neue, bundeseinheitliche Ultraschallvereinbarung. Welches sind die wesentlichsten Änderungen?*

Neben Änderungen an die apparativen Mindestanforderungen wurde in einigen Bereichen der Erwerb der fachlichen Befähigung an die Weiterbildungsordnung angepasst. Die wesentlichsten Änderungen basieren jedoch auf drei Komponenten,

- der Abnahmeprüfung
- der Konstanzprüfung
- und der Dokumentationsprüfung.

Bei einer Abnahmeprüfung wird ein Ultraschallsystem mit allen an ihm verwendeten Schallköpfen in Bezug auf die technischen Parameter überprüft. Diese Prüfung erfolgt anhand von Demonstrations-Prints. Je verwendetem Schallkopf muss dabei mindestens eine typische Bildokumentation im B-Mode vorgelegt werden. Das heißt, für ein Gerät mit drei Schallköpfen müssen mindestens drei typische B-Bilder vorgelegt werden. Für eine Abdomensonde kann zum Beispiel ein subcostaler Schrägschnitt durch die Leber vorgelegt werden. Anhand dieses Bilddokumentes müssen charakteristische Bildmerkmale differenzierbar sein:

1. Praxisidentifikation,
2. Patientenidentität,
3. Untersuchungsdatum,

4. Schallkopfbezeichnung mit Sendefrequenz beziehungsweise mit -frequenzbereich,
5. Sendefokusposition,
6. Entfernungsmaßstab,
7. Messmarker und Messwerte,
8. Bildfrequenz,
9. Empfangsdynamik.

Die Verwendung eines Piktogramms wird empfohlen. Die auf den Prints dargestellten Organe sollen bezüglich ihrer typischer Wand- und Binnenstrukturen differenzierbar sein.

#### *Wann müssen die Geräte denn zur Abnahmeprüfung angemeldet werden?*

Eine Anmeldung ist nur erforderlich, wenn nach dem 1. April 2009 ein neues Ultraschallgerät angeschafft worden ist, das noch nicht der KVBW gemeldet wurde. Für alle bisher in der Praxis verwendeten Geräte (sog. Altgeräte) bietet die KV folgenden Service: Bis spätestens 31. März 2010 wird allen Ärzten mitgeteilt, welche Geräte erfasst sind. Danach können nicht registrierte Ultraschallsysteme noch nachgemeldet werden. Erst danach startet die KVBW mit der Abnahmeprüfung.

#### *Was ist, wenn ein Gerät durch diese Abnahmeprüfung durchfällt?*

Diese Geräte werden bis zum 31. März 2013 befristet zugelassen. Somit hat jeder Kollege ausreichend Zeit, sich entweder ein neues Ultraschallgerät anzuschaffen oder das alte Gerät entsprechend den Anforderungen aufzurüsten.

#### *Was bedeutet dann die Durchführung einer Konstanzprüfung?*

Konstanzprüfungen entsprechen wiederholten Abnahmeprüfungen, das heißt, nach einem Intervall von vier Jahren werden die Ultraschall-

systeme wiederum wie oben geschildert anhand von B-Bild-Dokumentationen überprüft.

#### *Was ist das mit der Dokumentationsprüfung?*

Die dritte Komponente, bei der die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation überprüft werden soll, sieht vor, dass jährlich bei drei Prozent aller Ärzte mit einer Ultraschallgenehmigung jeweils fünf Dokumentationen auf Vollständigkeit zu prüfen sind. Das sind für ganz Baden-Württemberg umgerechnet jährlich ca. 300 Ärzte. Die Ultraschallkommission wird erstmals eine Stichprobenprüfung aus den Abrechnungsdaten des zweiten Quartals 2009 durchführen.

#### *Auf was muss dabei geachtet werden?*

Aus der Dokumentation müssen die bei der Abnahmeprüfung bereits genannten technisch relevanten Parameter (Sendefrequenz, Messwerte, Patientenidentität etc.) erkennbar sein, sie können aus den erstellten B-Bildern entnommen werden. Die Prints müssen in einer oder mehreren geeigneten Schnittebenen einen Normalbefund bezüglich der Fragestellung nachvollziehbar darstellen. Bei einem pathologischen Befund wird die Darstellung in zwei Ebenen gefordert. Sollte diese Dokumentation oder eine eindeutige Beurteilbarkeit nicht möglich sein, sind Angaben dazu im schriftlichen Befund erforderlich. Daneben muss aus dem schriftlichen Befundbogen auch die Untersuchungssindikation, die Befundbeschreibung – insbesondere die organspezifische Befundbeschreibung bei pathologischen Befunden –, die Verdachtsdiagnose sowie daraus abgeleitete weitere diagnostische oder therapeutische Konsequenzen hervorgehen. Durch eindeutige Unterzeichnung des Befundberichts ist der Vorschrift der Untersucheridentifikation Genüge getan.



## 3. QUALITÄTSFÖRDERUNG

### 3.1. AKTUELLE THEMEN

#### 3.1.1. NEUE ULTRASCHALL-VEREINBARUNG AB 1. APRIL 2009

Die Sonographie ist deutschlandweit das am häufigsten eingesetzte bildgebende Verfahren und gängiger Bestandteil der erweiterten klinischen Untersuchung. Sie ist problemlos verfügbar, basiert auf dem Einsatz nichtionisierender Schallwellen und unterliegt im Gegensatz zu anderen Schnittbildverfahren keinen patientenbezogenen Kontraindikationen. Zudem erlaubt die kontinuierliche Bildgebung in Echtzeit die Beantwortung morphologischer und funktioneller Fragestellungen. Bei den in der Diagnostik verwendeten Schallintensitäten sind Nebenwirkungen bislang nicht beobachtet. Im Jahr 2008 wurden in Baden-Württemberg Sonographien von 9.794 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Haus- und Fachärzten ambulant durchgeführt.

Ergebnisse bisheriger Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie neuere wissenschaftliche Studien ergaben jedoch Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei der Durchführung sonographischer Untersuchungen. Hinzu kam, dass die bisherige Vereinbarung nicht mehr das Weiterbildungsrecht abbildete. Daher entschlossen sich die Partner der Bundesmantelverträge, die seit 1993 geltende Vereinbarung einer zeitgemäßen Revision zu unterziehen.

Zum 1. April 2009 wird deshalb eine komplette Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung die bisherigen Vorgaben ersetzen. Für jeden Anwendungsbereich, definiert durch zu untersuchendes Organ beziehungsweise Körperregion, technischem Verfahren (zum Beispiel B-Modus) und Altersgruppe der Patienten (zum Beispiel Kinder), werden spezielle Anforderungen an die fachliche Qualifikation und Erfahrung des Arztes sowie an die apparative Ausstattung formuliert. Erstmals vorgesehen sind insbesondere eine Abnahmeprüfung bei

Inbetriebnahme eines Ultraschallgeräts sowie regelmäßige Konstanzprüfungen. Dazu fordert die Kassenärztliche Vereinigung von jedem sonographierenden Arzt im vierjährigen Abstand aktuelle Bilddokumentationen an, die der Qualitätssicherungs-Kommission zur Begutachtung vorgelegt werden. Die Anforderungen an die technische Bildqualität gelten als erfüllt, wenn vorgegebene charakteristische Bildmerkmale des betreffenden Organs beziehungsweise der Körperregion erkennbar und differenzierbar sind. Über festgestellte Mängel wird der Arzt informiert, gegebenenfalls beraten und aufgefordert, diese zu beheben.

Die Erfüllung der apparativen Anforderungen ist bis spätestens 31. März 2013 nachzuweisen. Dabei wird den Kassenärztlichen Vereinigungen empfohlen, den Nachweis zunächst für die Ultraschallsysteme der ältesten Baujahre anzufordern.

Ebenfalls neu sind Basisanforderungen an die ärztliche Dokumentation. Aus dieser müssen zukünftig neben technisch relevanten Parametern wie Sendefrequenz oder Messwerten die Patienten- und Untersucheridentität, die Fragestellung beziehungsweise Indikation der Untersuchung, Angaben zu einer gegebenenfalls eingeschränkten Beurteilbarkeit, bei pathologischen Befunden eine organspezifische Befundbeschreibung, die (Verdachts-)Diagnose, sowie abgeleitete diagnostische oder therapeutische Konsequenzen hervorgehen.

Die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation wird stichprobenartig durch die KVBW überprüft. Die KVBW wird alle betroffenen Ärzte rechtzeitig über die einzelnen Schritte informieren.

### 3.1.2. LABOR

Am 1. Oktober 2008 traten erste Teile der Laborreform in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt haben die in Laborgemeinschaften nach § 28 Abs. 3 des BMV-Ä/EKV bzw. § 25 Abs. 3 BMV-Ä zusammengeschlossenen Vertragsärzte ihre dort durchgeführten Laborleistungen direkt mit der am Sitz der Laborgemeinschaft zuständigen KV unter Angabe der Betriebsstättennummer der anfordernden Praxis, der Betriebsstättennummer der Laborgemeinschaft und der Arztnummer des anfordernden Arztes abzurechnen.

Dies wirkt sich auch auf die Überprüfung vorgeschriebener Labor-Ringversuche aus, da ab 1. Oktober 2008 auch die Laborgemeinschaften Zertifikate für abgerechnete ringversuchspflichtige Laborleistungen bei der zuständigen KV vorlegen müssen.

Gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) sowie gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Gebiete Mikrobiologie und Immunhämatologie besteht neben der Verpflichtung zur Durchführung der internen Qualitätssicherung auch die Verpflichtung zur Durchführung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ringversuche). Für den Bereich der klinischen Chemie besteht die Verpflichtung zur Teilnahme an einem Ringversuch pro Quartal für jede der in den Tabellen B 1 a bis c der Rili-BÄK genannten Messgrößen, soweit das Labor diese Untersuchungen bereit hält. Auf dem Gebiet der Immunhämatologie ist die Teilnahme an zwei Ringversuchen pro Jahr verpflichtend. Die Teilnahme hat bezüglich derjenigen immunhämatologischen Untersuchungen zu erfolgen, die im Labor durchgeführt werden. Dies sind in jedem Fall die in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Gewinnung von

Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) als Mindestumfang genannten Untersuchungen. Werden weitergehende Untersuchungen durchgeführt, ist auch hierfür die Teilnahme an einem Ringversuch obligatorisch, sofern ein solcher angeboten wird. Auch auf dem Gebiet der Mikrobiologie ist die Teilnahme an zwei Ringversuchen im Jahr Pflicht, und zwar bezogen auf den Umfang, in dem bakteriologische Untersuchungen durchgeführt und entsprechende Ringversuche angeboten werden.

Über die erfolgreiche Ringversuchsteilnahme erhält das Labor direkt vom Ringversuchsinstitut ein Zertifikat, dessen Gültigkeitsdauer im Bereich der klinischen Chemie sechs Monate und in den Bereichen der Immunhämatologie und Mikrobiologie 12 Monate ab Ausstellungsdatum beträgt. Eine Kopie des Zertifikats/der Zertifikate ist bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen, da nur dann die für die Abrechnung ringversuchspflichtiger Leistungen erforderlichen Voraussetzungen nachgewiesen sind.

### 3.1.3. HAUTKREBS-SCREENING

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 120.000 Menschen an verschiedenen Formen von Hautkrebs. An dem sogenannten malignen Melanom, einer besonders gefährlichen Krebserkrankung, sterben in Deutschland circa 2.000 Menschen pro Jahr.

Seit dem 1. Juli 2008 haben alle gesetzlich Versicherten ab 35 Jahre alle zwei Jahre einen Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs, das so genannte „Hautkrebs-Screening“. Ziel der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ist die frühzeitige Entdeckung des Malignen Melanoms, des Basalzellkarzinoms sowie des Spinozellulären Karzinoms. Es wird durch qualifizierte Hausärzte und Hautärzte durchgeführt.

Zur Untersuchung gehören die gezielte Anamnese, die visuelle Ganzkörperinspektion, die Befundmitteilung sowie die Dokumentation.

Ergibt sich bei der Untersuchung durch den Hausarzt der Verdacht auf das Vorliegen einer der Zielerkrankungen, erfolgt die weitere Abklärung durch einen teilnahmeberechtigten Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dieser führt erneut eine visuelle Ganzkörperinspektion durch und veranlasst ggf. die histopathologische Untersuchung zur Diagnosesicherung.

Durch regelmäßige Auswertung der Dokumentationen wird das Hautkrebs-Screening hinsichtlich der Qualität und Zielerreichung evaluiert. Zielparameter sind zum Beispiel die Teilnehmeraten, die Anzahl der Verdachtsdiagnosen, der bestätigten Diagnosen und der falsch-positiven Befunde.

Eine Weiterentwicklung des Hautkrebs-Screenings erfolgt voraussichtlich im Jahr 2009 in Form der Qualitätssicherung für die histopathologische Befundung.

Voraussetzung für die Durchführung des Hautkrebs-Screenings ist eine Genehmigung der KV, die die erfolgreiche Teilnahme an einem zertifizierten Fortbildungskurs voraussetzt.

Daher wurden im Zusammenhang mit der Einführung des Hautkrebs-Screenings innerhalb sehr kurzer Zeit zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte durchgeführt (siehe Seite 30 ).



### 3.1.4. HIV-/AIDS-VEREINBARUNG

Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts (RKI) ist die Zahl der Neuinfektionen in Deutschland mit HIV / AIDS um 30 % gestiegen. Die Gesamtzahl der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, die mit HIV / AIDS leben, hat sich auf 49.000 erhöht. Vor diesem Hintergrund hat die KVBW mit der AOK Baden-Württemberg im Jahr 2008 eine Vereinbarung über die Behandlung von HIV-Infizierten / AIDS-Erkrankten (HIV-/AIDS-Vereinbarung) abgeschlossen.

#### Ziel der Vereinbarung ist

- die Durchführung bzw. Koordinierung der Langzeittherapie sowie
- die Durchführung bzw. Veranlassung und Koordinierung umfassender Beratungs- und Begleitungsmaßnahmen und zwar auch in sozialpsychiatrischer und -medizinischer Hinsicht.

Mit dieser Vereinbarung wird eine wohnortnahe, ambulante vertragsärztliche Behandlung HIV- / AIDS-Erkrankter durch dazu besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte gewährleistet.

Voraussetzung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen ist eine Genehmigung der KVBW.

#### Teilnahmeberechtigt an der Vereinbarung sind

- niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte
- Institute, die zur Behandlung therapiebedürftiger HIV-Infizierter/AIDS-Erkrankter ermächtigt sind,
- Medizinische Versorgungszentren
- Ärztinnen und Ärzte, die zur Behandlung / Betreuung von HIV-Infizierten/AIDS-Erkrankten ermächtigt sind.

Unter anderem sind folgende Qualitätsvoraussetzungen zu erfüllen:

- Zertifikat „Infektiologie“ der Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI) bzw. der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (DAGNÄ) oder die Zusatzbezeichnung „Infektiologie“
- Nachweis von durchschnittlich 50 HIV-/AIDS-Patienten je Quartal
- Teilnahme an mindestens sechs Qualitätszirkelsitzungen pro Kalenderjahr
- Teilnahme an mindestens zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr

Die ursprünglich nur bis zum 31.12.2008 befristete Vereinbarung wurde bis zum 30.06.2009 verlängert. Ab 1. Juli 2009 wird die Leistung in den EBM aufgenommen und zeitgleich eine Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion nach § 135 Absatz 2 SGB V in Kraft gesetzt. Damit handelt es sich auch weiterhin um eine Leistung, die einen speziellen Qualifikationsnachweis erfordert und erst nach einer Genehmigung durch die KVBW erbracht werden darf.

### 3.1.5. QUALITÄTSMANAGEMENT-RICHTLINIE – STICHPROBE ÜBER DEN EINFÜHRUNGS- UND ENTWICKLUNGSSTAND 2008

#### Ausgangssituation

Seit 1.01.2004 sind Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements verpflichtet (§135a Abs. 2 SGB V). Zum 1. Januar 2006 erfolgte in einer QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 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

**Bemerkung:**

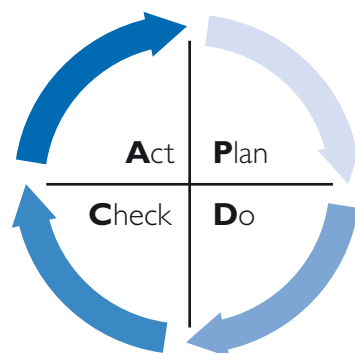
Die vier Phasen orientieren sich an dem PDCA (Plan-Do-Check-Act)-Zyklus. In jeder Phase müssen laut Richtlinie in der Praxis bestimmte Maßnahmen ergriffen und umgesetzt werden

**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 Stichprobe 2008

Der Einführungs- und Entwicklungsstand von QM muss nach Vorgabe der Richtlinie jährlich in einer Stichprobe überprüft werden. Die Stichprobe ist Grundlage für eine durch die QM-Kommission der KVBW durchzuführende Bewertung über die Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen QM im Bereich der KV BW.

Die Stichprobenerhebung für 2008 begann im Dezember. Es wurden 2,5 Prozent Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zufällig ausgewählt und gebeten, ihre Fortschritte bei der Einführung von QM schriftlich darzulegen. Hierzu erhielten 445 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. Die zufällige Auswahl ergab folgende Verteilung: 355 Vertragsärzte, 68 Vertragspsychotherapeuten, 21 ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten und 1 MVZ. In der gezogenen Stichprobe waren 21 von insgesamt 23 Fachgebieten vertreten; Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin sind nicht ausgewählt worden.

Innerhalb der ersten acht Wochen nach Ausendung trafen bei der QM-Geschäftsstelle ca. 75 Prozent der Fragebögen ein. Es wurde einmal schriftlich an die Rücksendung noch ausstehender Fragebögen erinnert. Auf diese Weise konnte bis zum Stichtag 30. April 2009 eine Rücklaufquote von rund 90 Prozent erreicht werden.

### Ergebnisse

Die Auswertung der insgesamt 402 zurück gesandten Fragebögen hat im Ergebnis gezeigt, dass die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg bei der Einführung und Weiterentwicklung von QM weit fortgeschritten sind. Alle hatten zum Zeitpunkt der Befragung zumindest mit der Planung eines einrichtungswirtschaftlichen QM begonnen. Im Einzelnen sah der Umsetzungsstand folgendermaßen aus:

#### Stand der QM-Umsetzung in Baden-Württemberg 2008

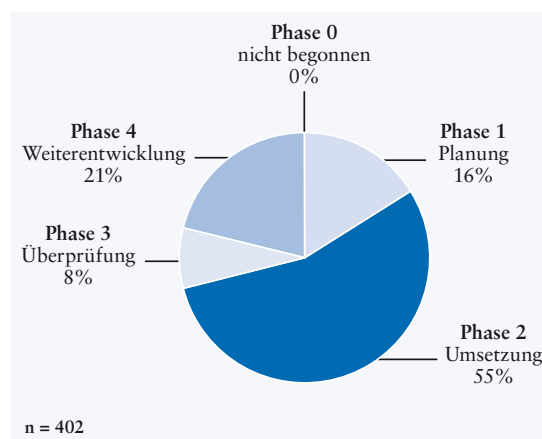


Abb. 1: Stand der QM-Umsetzung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen

Ausgehend vom Zeitpunkt der Niederlassung und dem von der Richtlinie vorgesehenen Zeitplan erfolgte eine Überprüfung der Teilnehmer auf Phasenkonformität. Diese ist dann gegeben, wenn sich der Stichprobenteilnehmer in der Phase befindet, in der er laut Richtlinie sein soll.

### Diese Fragestellung ergab folgende Ergebnisse:

11,7 Prozent: nicht phasenkonform, d. h. mit der jeweiligen Phase noch nicht begonnen

88,3 Prozent: phasenkonform, davon

- 17,2 Prozent: in der jeweiligen Sollphase, aber noch nicht abgeschlossen
- 71,1 Prozent: alle Anforderungen der jeweiligen Sollphase erfüllt und abgeschlossen

Einer näheren Analyse wurden auch die freiwilligen Angaben zu einem gewählten QM-System unterzogen. Die QM-Richtlinie ist systemoffen, das heißt es kann auch eine eigenständige QM-Systematik in der Praxis entwickelt werden. Insgesamt 188 Stichprobenteilnehmer teilten mit, dass sie ein QM-System nutzen. Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

### Auswahl eines QM- Systems

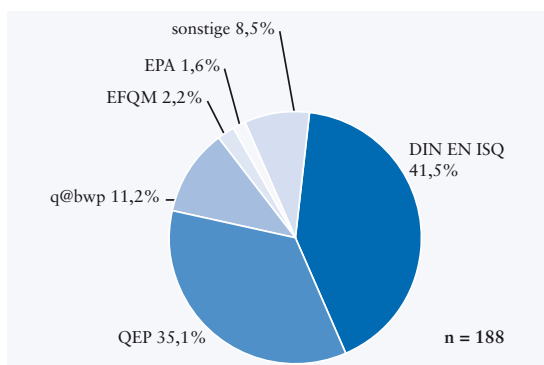


Abb. 2: Ausgewählte QM-Systeme. Ergebnisse aus der Stichprobenziehung der KVBW im Jahr 2008.

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

### Ausblick

Im Spätherbst 2009 wird die nächste Stichprobe nach der QM-Richtlinie durchgeführt. Das Überprüfungsjahr 2009 ist für alle vor dem 1.01.2006 zur vertragsärztlichen Versorgung Zugelassenen das zweite Jahr der Umsetzung von QM (nach vorherigen 2 Jahren der Planung). Infolgedessen sollte zum Jahresende die große Mehrheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten ein QM-System so weit etabliert haben, dass es in einem fünften Jahr nur noch überprüft und nachgebessert werden muss. Über 2009 hinaus gilt eine besondere Aufmerksamkeit dem letzten Jahr der Gültigkeit der aktuellen QM-Richtlinie. Nach Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie wird der G-BA auf Grundlage der vorgelegten Ergebnisse über die Weiterentwicklung dieser Rechtsgrundlage beraten. Im Vordergrund stehen 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, unterstützen Sie und geben Tipps bei der Durchführung von Patientenbefragungen oder helfen bei der Entscheidung für ein bestimmtes QM-System.

## **3.2. QUALITÄTSZIRKEL**

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

### **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-Leitlinien<sup>1</sup> entwickelt, um für alle Qualitätszirkel eine einheitliche Basis zu schaffen und um Impulse für weitere Neugründungen zu geben.

Bundesweit gibt es mittlerweile deutlich über 5.000 Qualitätszirkel. Die Zahlen für Baden-Württemberg sind der nachfolgenden Tabelle 1 zu entnehmen. Zum 31. Dezember 2008 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 686 aktive Qualitätszirkel, d.h. Qualitätszirkel, die im Jahr 2008 regelmäßig (= mindestens 4-mal) getagt und die zwischen 5-20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten. Weitere 521 QZ trafen sich in unregelmäßigen Abständen. Eine Vielzahl von QZ arbeitete mit 2 Moderatoren, so dass im Jahr 2008 insgesamt 780 Moderatoren im Einsatz waren.

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

Tabelle 1: Anerkennung und Unterstützung eines Qualitätszirkels

Bezirksdirektion	Anzahl Qualitätszirkel 2007	Anzahl Qualitätszirkel 2008
Freiburg	168	182
Karlsruhe	176	150
Stuttgart	123	149
Reutlingen	215	205
Gesamt Baden-Württemberg	682	686

Tabelle 2: Verteilung der Qualitätszirkel nach Bezirksdirektionen in den Jahren 2007 und 2008.

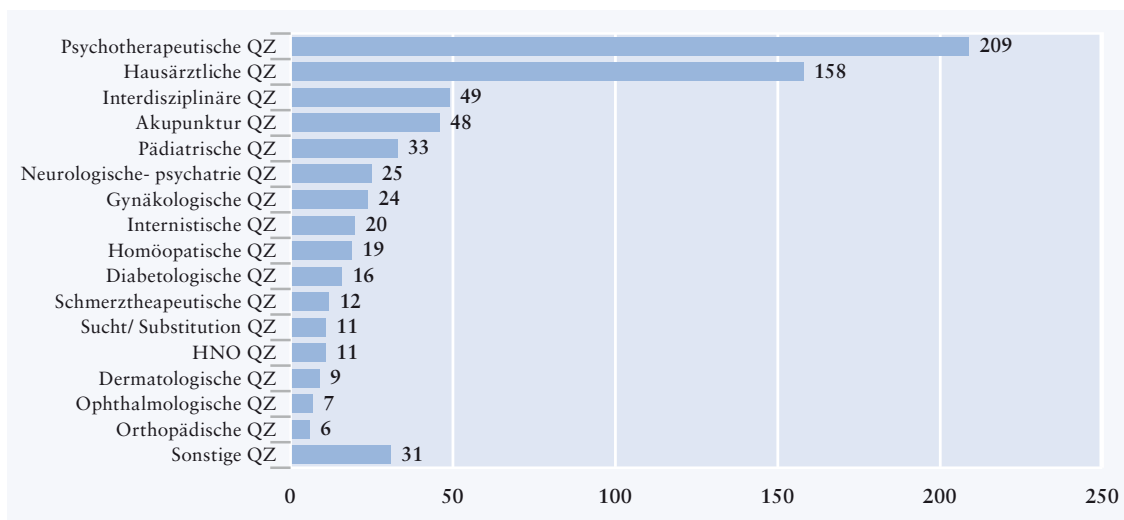


Abb. 1: Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel in Baden-Württemberg 2008.

Die 686 aktiven QZ wiesen ein breites Spektrum auf. Im Jahresvergleich fällt auf, dass die Anzahl der Akupunktur- und der interdisziplinären Qualitätszirkel jeweils deutlich angestiegen sind.



## 4. AUSBLICK UND QUALITÄTSZIELE 2009

### 4.1. SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde mit Wirkung zum 01.07.2008 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 für Einrichtungsvergleiche beispielsweise durch den Einsatz von Benchmarkverfahren ermöglicht.

In Baden-Württemberg sind bereits für das Jahr 2008 Gespräche zwischen der KVBW, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) und den Kassenverbänden geplant, um Grundlagen für eine gemeinsame sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu schaffen. Die Eckpunkte für einen entsprechenden Landesvertrag sollen diskutiert werden.

Die KVBW soll im Lenkungsgremium Qualitätssicherung Baden-Württemberg, in dem die BWKG und die Kassenverbände paritätisch vertreten sind, einen Gaststatus erhalten und wird regelmäßig an den entsprechenden Sitzungen teilnehmen.

Pilotprojekte im Bereich der ambulanten Operationen oder zur Thematik der invasiven Kardiologie sollen angedacht werden.

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.



## 4.2. AQUIK – STAND DES PROJEKTES „AMBULANTE QUALITÄTSINDIKATOREN UND KENNZAHLEN“

Der gesteigerte Wettbewerb im Gesundheitswesen erhöht von Seiten der Patienten und der Politik den Bedarf nach Transparenz ärztlichen Handelns. Durch die systematische Erarbeitung von validen Qualitätsindikatoren (QI) kann die Qualität verschiedener Leistungserbringer vergleichbar gemacht werden. Dies eröffnet zusätzlich die Möglichkeit nicht nur einzelne Akteure bezüglich der Qualität der erbrachten Leistung zu analysieren und zu bewerten, sondern es wird darüber hinaus ein Instrumentenset entwickelt, mit dem ein internationaler Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme erleichtert wird.

Die Entwicklung von validen Qualitätsindikatoren ist auch deswegen notwendig, da neben der Menge der erbrachten Leistungen oder der Morbidität der behandelten Patienten auch zunehmend das Merkmal Qualität als Bemessungsgrundlage für die Vergütung diskutiert wird (P4P, Pay for Performance). Neue Vertrags- und Versorgungsstrukturen werden den Bedarf für den Einsatz entsprechender Instrumente ebenfalls erhöhen.

Die KBV hat daher im Jahre 2007 das Projekt AQUIK gestartet. Zunächst wurden über eine internationale Literaturrecherche und mittels Befragung der Berufsverbände und medizinischen Fachgesellschaften 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 (Dubletten).

Rund 600 QI wurden identifiziert und bilden in einem weiteren Projektschritt die Basis für die Erstellung eines Indikatorenrohsets. Die Auswahl wurde ergänzt um Indikatoren zu Praxisorganisation und Dokumentation sowie zur Patientenorientierung. Von insgesamt 28 sorgfältig ausgewählten Fachgruppenexperten (Haus- und Fachärzten) wurden in zwei Panelworkshops das Rohset auf Relevanz und Machbarkeit hin überprüft. Schließlich blieben insgesamt 48 QI übrig. Gegen Ende des Jahres 2008 wurde eine Befragung von rund 100 Arztpraxen in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und Datenabrufbarkeit dieser QI vorbereitet.

*Das Ergebnis der Befragung wird Teil eines Projektberichtes sein, der von der KBV im Laufe des Jahres 2009 publiziert werden wird.*

*Weitere Informationen zum Stand des Projektes finden sich im Internet unter der Adresse <http://www.kbv.de/themen/aquik.html>*

## 4.3. ZIELE DER QUALITÄTSSICHERUNG

- Einrichtung eines bundesweiten Kompetenzzentrums „Hygiene und Medizinprodukte“ bei der KVBW.
- Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen Wundversorgung im ambulanten Bereich durch adäquate Fortbildungsmaßnahmen
- Sicherstellung einer geregelten Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Pflegeeinrichtungen. Hierzu soll eine Arbeitsgruppe zwischen den Trägern der Pflegeeinrichtung und der KVBW gegründet werden.
- Einrichtung der technischen Voraussetzungen zur elektronischen Dokumentation sowie zur elektronischen Fortbildung für die Mitglieder im Rahmen eines geschützten Mitgliederbereichs bei der KVBW (Intranet-Portal).

*Mit besonderem Schwerpunkt sollen im Jahr 2009 seitens der KV Baden-Württemberg vier Themenbereiche verfolgt werden.*

## 5. QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN

11.229 Abrechnungsgenehmigungen in 42 verschiedenen Leistungsbereichen wurden erteilt.

142 ablehnende Bescheide mussten erstellt werden, weil die Ärzte die Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllten.

14 Mal mußte eine Abrechnungsgenehmigung wegen Qualitätsmängeln bzw. Wegfall der Qualifikationsvoraussetzungen widerrufen werden. Dies betraf 4 verschiedene Leistungsbereiche.

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung unterliegen 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

2008 hat der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KV Baden-Württemberg 11.371 Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen beschieden.

### 5.1. ERTEILTE GENEHMIGUNGEN 2008 IM VERGLEICH ZU 2007

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	
Akupunktur	134	1.792	4	15	0	0	1.412
Ambulante Operationen	290	921	1	1	32	187	4.282
Apheresen	7	10	0	0	0	1	84
Arthroskopie	49	43	0	0	0	1	473
Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	19	16	1	1	2	3	193
Hautkrebs-Screening	4.991	–	Keine Ang. mögl.	–	Keine Ang. mögl.	–	4.991
Herzschrittmacherkontrolle	18	12	1	0	0	0	341
Interventionelle Radiologie	0	5	0	0	0	0	13
Invasive Kardiologie	5	3	0	0	3	0	65
Koloskopie	20	17	0	0	20	21	374
Künstliche Befruchtung	Genehmigung wird durch Ärztekammer erteilt						95
Laboratoriumsuntersuchungen	121	87	16	7	44	0	2.010

26

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

Qualitäts- sicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	
Langzeit-EKG- Untersuchungen	292	98	0	1	0	0	3.453
Magnetresonanz- Angiographie	224	–	0	–	0	–	224
Magnetresonanz- Tomographie	53	25	3	1	Keine Ang. möglich	2	286
Mammographie (kurativ)	44	21	0	1	4	7	327
Medizinische Rehabilitation	756	1.432	0	1	0	0	6.696
Onkologie-Vereinbarung	45	42	6	4	4	3	573
Otoakustische Emissionen	22	20	0	0	Keine Ang. möglich	0	387
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	2	5	1	1	1	2	43
Phototherapeutische Keratektomie	7	7	1	0	0	0	14
Psychosomatische Grundversorgung	Keine Ang. möglich	764	1	Keine Ang. möglich	0	Keine Ang. möglich	8.858
Psychotherapie	919	434	1	2	0	0	920
Schlafbezogene Atmungsstörungen	52	44	1	1	0	0	309
Schmerztherapie	20	12	0	0	1	0	146
Sozialpsychiatrie- Vereinbarung	8	6	0	1	0	1	67
Soziotherapie	11	20	0	0	5	0	448
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	20	4	0	0	Keine Ang. möglich	0	129

*Erteilte  
Genehmigungen  
2008 im Vergleich  
zu 2007*

Erteilte  
Genehmigungen  
2008 im Vergleich  
zu 2007

Qualitäts- sicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Strahlendiagnostik/ Strahlentherapie							
– allg. Röntgendiagnostik	331	142	7	1	9	2	2.642
– Computertomographie	72	28	6	1	5	1	391
– Osteodensitometrie	47	9	0	0	1	1	352
– Strahlentherapie	27	11	0	0	1	1	121
– Nuklearmedizin	21	15	0	0	1	0	232
Substitutionsgestützte Behandlung	14	12	1	0	9	13	356
Opiatabhängiger Ultraschall diagnostik	2.251	1.398	69	43	Keine Ang. möglich	Keine Ang. möglich	9.794
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	52	50	1	0	8	21	995
Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik d. Karzinome des weiblichen Genitales	7	5	2	0	14	6	163
<b>Genehmigungen auf Grundlage des EBM:</b>							
– Chirotherapie	71	74	0	0	0	0	1.424
– Diabetischer Fuß	141	127	10	2	0	0	1.470
– Funktionsstörungen der Hand	38	37	0	0	0	0	444
– Orientierende entwicklungsneuro- logische Untersuchung	3	8	3	2	0	0	370
– Krebsfrüherkennung bei der Frau	7	3	3	2	0	0	1.000
– Empfängnisregelung	3	6	1	3	0	0	951
– Neurophysiologische Übungsbehandlung	1	10	1	0	0	0	192
– Physikalische Therapie	14	16	1	0	0	0	687

## 6. SERVICE

In diesem Abschnitt finden Sie u. a. Erläuterungen weiterer Angebote und Maßnahmen der KV zur Sicherstellung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung.

### 6.1. FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Damit die ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen auch in schwierigen Zeiten wirtschaftlich gesund bleiben, bietet die KV Baden-Württemberg ihren Mitgliedern und deren Praxismitarbeitern ein breit gefächertes Fortbildungsangebot an. In den praxisnahen Fortbildungen wird ausschließlich mit qualifizierten und erfahrenen Trainern bzw. Referenten aus dem Gesundheitswesen zusammengearbeitet. Die Kurse werden laufend weiterentwickelt und das Angebot dem aktuellen Bedarf angepasst.

Die dezentrale Organisationsstruktur der KV Baden-Württemberg mit Standorten in Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg und Reutlingen sowie Mannheim und Konstanz ermöglicht es, die Fortbildungsveranstaltungen mitgliedernah anzubieten.

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 362 Fortbildungsveranstaltungen mit 8.957 Teilnehmern durchgeführt. Die Management Akademie der KV Baden-Württemberg (MAK) wurde im Jahr 2008 erfolgreich zertifiziert. Dies bestätigt das hohe Niveau der qualitätsgesicherten Fortbildungen.

Qualitätssicherung und -förderung	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Schulung Diabetiker – <i>ohne Insulin</i>	14	239
Schulung Diabetiker – <i>mit Insulin</i>	7	130
Schulung Diabetiker – <i>Normal Insulin</i>	5	82
Hypertonie (ZI)	6	89
Asthmatiker-Schulung NASA	2	61
Asthmatiker-Schulung COBRA	2	59
Rückenschule	1	18

Qualitätssicherung und -Förderung	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	4	118
Auffrischkurs zur Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	2	67
Fortbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln	3	40
DMP Brustkrebs	2	119
Sachkundekurs zur Aufbereitung und Instandsetzung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis	11	279
Fortbildungsveranstaltung zum Hautkrebs-Screening	82	3.529
Fortbildungsveranstaltung zum Hautkrebs-Screening <i>Referentenseminar (Train the Trainer)</i>	2	50
Erfahrungsaustausch substituierender Ärzte	1	28
Onkologische Fortbildung für medizinisches Fachpersonal	3	122
Management-Akademie (MAK)	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Kurs Spezielle Schmerztherapie (40 bzw. 80 Stunden)	1	48
Einzelseminare für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	40	708
Betriebswirtschaftliche Seminare	24	507
Seminare für das Praxisteam	47	1.014
Qualitätsmanagement-Kurse	82	1.457
EDV-Kurse	21	193

## 6.2. 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.

Besonders mit Zunahme invasiver und mikroinvasiver Methoden wird die sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten für die Prävention von nosokomialen Infektionen immer wichtiger.

Rechtsgrundlagen:

Für eine ordnungsgemäße Aufbereitung ist neben den dafür notwendigen apparative Voraussetzungen das Wissen um die ordnungsgemäße Durchführungen wesentlich.

Da es für die einzelne Praxis sehr schwierig ist, 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, sind in der nachfolgenden Tabelle 2 die wesentlichen Regelungen zusammen gestellt.

### DER HYGIENEPLAN

Das Erstellen eines Hygieneplans nach den gesetzlichen und fachlichen Rahmenbedingungen ist Pflicht. Ein Hygieneplan setzt sich aus einzelnen schriftlichen fachbezogenen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen zusammen. Die Hygienemaßnahmen sind je nach Tätigkeitsbereich festzulegen. Sie dienen sowohl dem

Schutz des zu betreuenden Patienten als auch dem Schutz des Personals. Der Hygieneplan soll Arbeitsinstrument in der Arztpraxis sein und muss periodisch überprüft und aktualisiert werden. Die nachfolgende Tabelle enthält eine beispielhafte Inhaltsübersicht zum Hygieneplan.

#### Inhalte des Hygieneplan

- 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 1:  
Beispielhafte Inhalte  
eines Hygieneplans*

*Tabelle 2:  
Rechtliche Grundlagen  
und Vorschriften der  
Hygienevorschriften*

Regelung	Art der Regelung	Besonders relevante Inhalte für die Praxishygiene
Infektionsschutzgesetz (IfSG)	Bundesgesetz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• § 6 - § 10 Meldepflicht übertragbarer Erkrankungen</li> <li>• § 23 Nosokomiale Infektionen und Resistenzen</li> <li>• § 36 ff Arztpraxen können vom Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden; Schriftliche Fixierung aller hygienerrelevanten Abläufe in Hygieneplänen</li> </ul>
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
TRBA 250	Regel der Berufsgenossenschaft	<i>Vorgaben unter anderem zu:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefährdungsbeurteilungen</li> <li>• Organisatorisch und hygienischen Maßnahmen</li> <li>• Hygieneplan</li> <li>• Unterrichtung von Beschäftigten</li> <li>• Arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchung</li> </ul>
Richtlinien des Robert-Koch-Institutes	Empfehlungen „state of the art“	<i>Auszug:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Händehygiene</li> <li>• Reinigung und Desinfektion von Flächen</li> <li>• Aufbereitung von Medizinprodukten</li> <li>• Verhalten bei bestimmten Erkrankungen bzw. Kolonisation</li> </ul>
DIN-Vorschriften	Stand der Technik	<i>Beispiele:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RLT-Anlagen (DIN 1946-4)</li> <li>• Sterilisation (DIN EN 13060 Kleinststerilisatoren)</li> </ul>



## BEHÖRDLICHE ÜBERWACHUNG

Die Einhaltung und Umsetzung der Vorschriften wird zunehmend durch Regierungspräsidien und Gesundheitsämter überprüft. Der Gesetzgeber ist mit den aktualisierten Prüfvorschriften dem Grundsatz gefolgt: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“ 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.

Die KVBW führt mit den Aufsichtsbehörden einen konstruktiven Dialog um

- eine möglichst landeseinheitliche und für die einzelne Praxis transparente, berechenbare Vorgehensweise der Überwachungsbehörden zu erreichen und
- um sicherzustellen, dass geltende Vorschriften beachtet und in einer mit dem Praxisalltag vereinbaren Weise umgesetzt werden

Vor diesem Hintergrund hat die KVBW in den letzten drei Jahren die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber bei der Umsetzung der Anforderungen der Hygiene und der Aufbereitung von Medizinprodukten durch umfangreiche telefonische Beratung und durch ein ausführliches Informationspaket unterstützt.

*Beratungsangebot der KVBW*

## Die Beratungsinhalte im Überblick

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

*Tabelle 3: Beratungsinhalte der KVBW im Arbeitsgebiet Hygiene und Medizinprodukte in 2008*

## FORTBILDUNGSANGEBOTE

Die KVBW bietet für ihre Mitglieder auf dem Gebiet Hygiene und Medizinprodukte zwei Fortbildungen an:

- den halbtägigen Kurs „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis und
- den fünftägigen Sachkundekurs nach § 4 Abs. 3 „Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung zur Aufbereitung von Sterilgut“.

Der Kurs „Alles Sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis dient der Auffrischung und Vertiefung der Hygienekenntnisse in den Arztpraxen. In diesem Kurs werden insbesondere die Inhalte eines Hygieneplans besprochen. Im Jahr 2008 nahmen an den neun Veranstaltungen insgesamt 223 Personen teil.

Entscheiden sich Praxisbetreiber für die Aufbereitung in der eigenen Praxis, so tragen diese nach § 4 Abs.1 MPBetreibV die Verantwortung. Wird die Aufgabe nicht selbst durchgeführt,

muss vom Inhaber der Praxis ein fachlich verantwortlicher Mitarbeiter (= beauftragte Person) für die Aufbereitung schriftlich bestellt werden. Die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten Beauftragten müssen eine Fortbildung und ein Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) nachweisen. Das Vorhandensein dieses DGSV-Zertifikats wird von den Aufsichtsbehörden (Regierungspräsidien) bei den Praxisbegehungen überprüft.

Diese Sachkundekurse wurden in Kooperation mit der Akademie für Infektions-Prävention-Academy for Infection Prevention (AFIP) e. V. 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.

### 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

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 279 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in elf Sachkundekursen für ambulant operierende Arztpraxen sowie einem Sachkundekurs für endoskopierende Arztpraxen erfolgreich fortgebildet. Die Teilnehmer kamen aus insgesamt 262 Arztpraxen, aus zwei Kliniken und einer Gewerblichen Schule in Baden-Württemberg.

Die Verteilung der teilnehmenden Praxen auf die Fachgebiete im Vergleich zum Jahr 2007 ist Tabelle 4 zu entnehmen. Die Mitarbeiter im niedergelassenen Bereich empfanden die Fortbildung als effiziente Unterstützung ihrer Qualitätsanstrengungen in der Praxis.

Die Resonanz auf das Angebot des Sachkundekurses war durchweg positiv.

Facharztpraxen für	Anzahl der teilnehmenden Facharztpraxen 2007	Anzahl der teilnehmenden Facharztpraxen 2008
Allgemeinmedizin	23	18
Anästhesiologie	15	4
Augenheilkunde	11	22
Chirurgie	44	39
Frauenheilkunde und Geburtsmedizin	26	22
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12	10
Haut- und Geschlechtskrankheiten	32	31
Innere Medizin ( <i>hausärztlich</i> )	34	–
Innere Medizin ( <i>fachärztlich</i> )	24	57
Kinder- und Jugendmedizin	2	–
Laboratoriumsmedizin	1	–
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	7	11
Neurologie	–	1
Orthopädie	25	20
Physikalische- und Rehabilitative Medizin	2	1
Urologie	20	26
<b>Summe</b>	<b>278</b>	<b>262</b>

*Tabelle 4:  
Verteilung der an  
den Fortbildungen  
teilnehmenden Praxen  
nach Fachgebieten*

## 6.3. PATIENTENSERVICE

### 6.3.1. PATIENTENINFORMATION

„Medcall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ ist eine Einrichtung des Bereichs Service und Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, welche aus den seit Jahren bestehenden Patiententelefonen „Infoservice Gesundheit“ und „Medcall“ entstanden ist.

Mit der Zusammenführung der beiden Patienteninformationen hat die Kassenärztliche 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,
- Koordinierung freigemeldeter Psychotherapieplätze der Bereiche Nordwürttemberg und Südbaden
- Praxen mit einem behindertengerechten Zugang und entsprechenden Parkmöglichkeiten,
- Ärzten und Therapeuten sowie Praxispersonal mit speziellen Fremdsprachkenntnissen,
- Krankenhäusern und deren Tätigkeitsschwerpunkten,
- stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen,
- Selbsthilfegruppen, Gesundheitssportverbänden und Beratungsdiensten.

Im 3. Quartal 2008 hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die Koordinierung freier Psychotherapieplätze aus den Bereichen Nordwürttemberg und Südbaden in die Patienteninformation MedCall - Ihr Infoservice rund um die Gesundheit integriert und unterstützt diese seither erfolgreich von einer zentralen Stellen aus.

Gemeinsames Ziel mit den Ärzten und Psychotherapeuten ist es, die Versorgungssituation der Patienten in Baden-Württemberg durch die Koordinierungstätigkeit optimieren. Durch das freiwillige Mitwirken der Psychotherapeuten und Ärzte besteht für die Patienteninformation die Möglichkeit, Anfragende über freie Therapieplätze zu informieren.

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

### 6.3.2. KOOPERATIONSBERATUNG FÜR ÄRZTE UND SELBSTHILFEGRUPPEN

Selbsthilfegruppen werden zunehmend von Ärzten und Psychotherapeuten als ergänzende Hilfe akzeptiert – Selbsthilfe hat sich zu einer weiteren wichtigen Säule im Gesundheitswesen entwickelt. Denn die Nutzung von Selbsthilfe-Potenzialen führt zu einer aktiveren Krankheitsbewältigung und zu besseren Behandlungsergebnissen. Die Verbindung von Wissen professioneller Experten mit der Erfahrungskompetenz von Selbsthilfegruppen kann viele positive Effekte induzieren: Ein Mehr an Qualität, ein Mehr an Transparenz, eine Ressourcensparnis und eine Entlastung für die Betroffenen und die Arztpraxen zugleich.

Damit Kooperationen von Ärzten und Selbsthilfegruppen noch besser unterstützt werden können, hat die KVBW eine Kooperationsberatung für ihre Mitglieder und für Selbsthilfegruppen sowie organisierte Patientenvertreter (KOSA) eingerichtet. Um zu erfahren, welche Ärzte und Psychotherapeuten grundsätzlich bereit sind, mit Selbsthilfegruppen zusammenzuarbeiten oder dies bereits schon tun, wurde zunächst eine Fragebogenaktion gestartet. Aus den gesammelten und aufbereiteten Antworten wurde eine Datenbank eingerichtet. Bei Wahl der Telefonnummer 0711/78 75 31 42 kann damit Selbsthilfegruppen oder -organisationen schnell ein ärztlicher oder psychotherapeutischer Referent aus ihrer Region genannt werden. Auch Anfragen unserer Mitglieder nach in ihrem Bereich tätigen Selbsthilfegruppen können damit rasch bedient werden. Viele Ärzte und Psychotherapeuten sind grundsätzlich an einer Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen interessiert sind, setzen dies praktisch allerdings nur selten um. Die KOSA richtete deshalb ihr Augenmerk insbesondere auf die Darstellung der Vorteile, welche eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen für die einzelne Arztpraxis bringt.

Dies erfolgte u. a. in Vorträgen und in regelmäßigen Publikationen in der Mitgliederzeitschrift „ergo“. Von Seiten der Selbsthilfegruppen und ihrer Verbände ist das Interesse an einer Zusammenarbeit mit den Ärzten und Psychotherapeuten bzw. ihrer Organisation, der KVBW, groß. Dabei sind ein gegenseitiges Kennenlernen und das Knüpfen persönlicher Kontakte besonders wichtig. Zur weiteren Verbesserung der Zusammenarbeit wurden 2008 deshalb zwei „Fachtagungen Selbsthilfe“ durchgeführt: Am 5. April 2008 in Freiburg – hier in Zusammenarbeit mit dem Selbsthilfebüro Freiburg/Breisgau-Hochschwarzwald und der LAG SELBSTHILFE Baden-Württemberg e. V. mit 88 Teilnehmer von Selbsthilfegruppen und 27 Ärzte und Psychotherapeuten – und am 18.10.2008 in Mannheim, diesmal in Kooperation mit dem Gesundheitstreffpunkt Mannheim, der LAG SELBSTHILFE und dem Gesundheitsprojekt niedergelassener Ärzte e. V. Mannheim mit rund 60 Teilnehmern.

Auf Wunsch der Teilnehmer, die Zusammenarbeit zu intensivieren und möglichst konkret zu gestalten, werden im Anschluss an die Fachtagungen Seminare zur Vertiefung der bei den Fachtagungen besprochenen Themen angeboten. So fand – als erfolgreiches Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit der Managementakademie der KVBW (mak) – ein Seminar für Ärzte und Psychotherapeuten statt, in dem die Prinzipien der „partizipativen Entscheidungsfindung“ erläutert wurden.

Im Internet können auf der Selbsthilfeseite der KVBW unter anderem die bei den Fachtagungen gehaltenen Vorträge abgerufen werden ([www.kvbawue](http://www.kvbawue)).

# A. GESETZLICHER RAHMEN, STRUKTUREN UND NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

## A I. GESETZLICHE REGELUNGEN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Berufsrecht	Staatliche Normen	KV-Normen
Weiterbildungsordnung Leitlinien der BÄK u. a.	Röntgenverordnung Infektionsschutz-Gesetz Medizinprodukte-Gesetz Medizinprodukte-Betriebsverordnung u. a.	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vertragliche Normen. Richtlinien der KBV Richtlinien der KVen u. a.

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 KVen 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).

## **Die wichtigsten Paragraphen des SGB V in diesem Kontext sind:**

### **§ 25 Gesundheitsuntersuchungen**

Früherkennungsleistungen, Festlegung unter Qualitätsgesichtspunkten von Mindestfrequenzen, bedarfsgerechte Festlegung von Planungsräumen (Qualifikation und räumliche Zuordnung)

### **§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit**

Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung, Verpflichtung zur Qualitätssicherung

### **§ 73a Strukturverträge**

Vereinbarung von besonderen Vergütungs- und Versorgungsstrukturen

### **§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung**

Vereinbarungen über eine besondere hausärztliche Versorgung

### **§ 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung Selektivverträge**

### **§ 75 Abs. 7 Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

### **§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung**

Verpflichtung der Ärzte und Psychotherapeuten zur regelmäßigen Fortbildung

### **§ 115b Ambulantes Operieren**

Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität

### **§ 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

Definition von Strukturanforderungen (Abs. 2); Definition von sogenannten Kernleistungen (Abs. 1)

### **§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung; Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung

### **§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung**

Abs. 1 – Qualitätsberichte der KVen  
Abs. 2 – Qualitätsprüfungsrichtlinien, Stichprobenprüfungen im Einzelfall  
Abs. 4 – Richtlinien der KVen zu Qualitätssicherungs-Programmen etc.

### **§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung**

Anforderungen an einrichtungsinterne Qualitätsmanagementsysteme  
Sektorenübergreifende Kriterien für diagnostische und therapeutische Leistungen

### **§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität**

Institutsbildung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

### **§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin**

Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung. Regelmäßige Berichte.

### **§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten**

DMP; Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung

### **§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

HTA (Health Technology Assessment); Bewertung evidenzbasierter Leitlinien; Empfehlung zu DMP; Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln; Bürgerinformationen

## A I.I. INSTRUMENTE DER QUALITÄTSSICHERUNG

*Die gewünschte Ergebnisqualität kann nur erreicht werden, wenn eine entsprechende Strukturqualität mit guter Prozessqualität gekoppelt ist.*

Der größte Teil aller Qualitätsprüfungen betrifft die Strukturqualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, denn hier sind geeignete Prüfparameter verhältnismäßig einfach zu bestimmen. Aber auch prozess und ergebnisorientierte Verfahren werden stufenweise integriert. Diagnostische Prozeduren

werden regelmäßig überprüft, der hygienische Zustand von Koloskopien getestet (Prozessqualität) oder Röntgenbilder (Ergebnisqualität) von unabhängigen Fachleuten beurteilt. Die Ergebnisqualität ist dabei abhängig von der vorhandenen Struktur- und Prozessqualität.

### Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens

#### Prüfung eines Arztes mit Nachweisen

##### Persönliche Qualifikation des Arztes

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

##### Betriebsstättenbezogen Qualifikation

apparative, bauliche, organisatorische  
Ausstattung der Praxis  
– Herstellerbescheinigungen,  
– schriftliche Nachweise / Erklärungen,  
– Baupläne, Hygienerahmenplan  
– Praxisbegehungen  
  
fachliche Befähigung der Mitarbeiter  
– Aus- und Fortbildungsnachweise,  
– Kooperationsbescheinigungen

### Bescheid über die Erteilung einer Genehmigung

#### Mögliche Folgeverpflichtungen zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung

Fortbildungsverpflichtung nach § 95d

Auflagenprüfung je nach vertraglicher Regelung (§ 135 Abs. 2 SGB V)  
ggf. Dokumentationsprüfung *und/oder* Hygieneprüfungen  
*und/oder* Frequenzregelung *und/oder* Selbstüberprüfung  
*und/oder* Überprüfung der Präparatequalität *und/oder* Jahresstatistik  
*und/oder* kontinuierliche Fortbildung *und/oder* Qualitätszirkel  
*und/oder* Nachweise zur Praxisorganisation *und/oder* Konstanzprüfung

#### Einzelfallprüfungen durch Stichproben zur Dialyse

nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse  
zur diagnostischen Radiologie, CT und MRT Kriterien zur Qualitätsbeurteilung  
nach Richtlinien der G-BA z.B. zu Arthroskopie, Herzschrittmacher-Kontrolle  
oder Nuklearmedizin Kriterien aufgrund regionaler Richtlinien  
Umfang mindestens nach der Qualitätsprüfungsrichtlinie vertragsärztliche Versorgung

#### Einführung und fortlaufende Weiterentwicklung eines praxisinternen Qualitätsmanagement-Systems



Im Wesentlichen werden von der KVBW die folgenden Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt:

- Prüfung der

- Akkreditierungsvoraussetzungen

Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes und der Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen sowie gegebenenfalls organisatorischer Vorgaben. Das bedeutet konkret, dass eine Facharztqualifikation für den Erhalt einer Genehmigung im ambulanten Bereich zwar notwendig aber nicht hinreichend ist. Die KVEn prüfen ob deren Inhalte, die von Bundesland zu Bundesland variieren können, der Vereinbarung genügen oder ob der Arzt zusätzliche Zeugnisse und Bescheinigungen vorlegen muss.

- Eingangsprüfung

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

- Einzelfallprüfungen durch

- Stichproben/Dokumentationsprüfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den geltenden Richtlinien und nach Maßgabe eigener Beschlüsse die Qualität von Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Bei den Qualitätssicherungsbereichen zur diagnostischen Radiologie, zur Computertomographie, zur Magnetresonanztomographie werden in der KVBW jährlich mindestens vier Prozent der Ärzte zur Überprüfung von Dokumentationen herausgefiltert. Bei der Koloskopie, der Mammographie, der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und

der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Kontrolle noch umfangreicher bis hin zu einer Vollerhebung.

Näheres hierzu finden Sie im Kapitel C. Genehmigungsbereiche von A bis Z.

- Feedbacksysteme

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

- 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. 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 (Röntgenuntersuchungen der weiblichen Brust) durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sie sich einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für Kassenspatienten erbringen. Bisher sind zwei Zyklen dieser Selbstüberprüfung absolviert und schon jetzt kann man einen Effekt in der Verschiebung der Prüfergebnisse feststellen.

- **Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen**

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

- **Kontinuierliche Fortbildung**

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel Disease-Management-Programme (DMP), Schmerztherapievereinbarung, Onkologievereinbarung und hausarztzentrierte Versorgung schreiben entsprechende Fortbildung, in der Schmerztherapie sogar in Konferenzen mit persönlicher Vorstellung von Patienten, vor. Daneben besteht seit dem Jahr 2004 für alle Ärzte und Psychotherapeuten auch die gesetzliche Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung.

Der Nachweis dieser Fortbildung muss gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung alle fünf Jahre geführt werden.

- **Kolloquium/Beratung**

Eine weitere Möglichkeit für den fachlichen Austausch zwischen Vertragsärzten bietet das Kolloquium als ein kollegiales Fachgespräch. Die Durchführung von Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie haben unter anderem die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen, wenn entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel bestehen oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Der Vertragsarzt hat dann die Möglichkeit seine fachliche Befähigung in diesem Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen.

Des Weiteren kann die Durchführung eines Kolloquiums zunächst in Form einer Beratung auch dazu dienen, die zum Beispiel in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben. Im Bereich Schmerztherapie kann der Vertragsarzt im Kolloquium darlegen, warum eine schmerztherapeutische Behandlung seiner Patienten länger als zwei Jahre erforderlich ist.

- **Qualitätsmanagement in der Praxis**

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, in den nächsten Jahren ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln.

## A.1.2. ENTWICKLUNG

### GENEHMIGUNGSPFLICHTIGER LEISTUNGSBEREICHE 1989 - 2008

2008	2007	2006	2002-2005	1998-2001	1994-1997	1990-1993	1989
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akupunktur</li> <li>- Amb. Operieren</li> <li>- Apherese</li> <li>- Arthroskopie</li> <li>- Chirotherapie</li> <li>- Diabetischer Fuß</li> <li>- Dialyse</li> <li>- DMP Asthma/ COPD</li> <li>- DMP Brustkrebs</li> <li>- DMP Diabetes</li> <li>- mit Typ 1</li> <li>- DMP Diabetes</li> <li>- mit Typ 2</li> <li>- DMP KHK</li> <li>- Handchirurgie</li> <li>- Hautkrebs-Screening</li> <li>- Herzschritt-macher</li> <li>- HIV/AIDS</li> <li>- Homöopathie</li> <li>- Intervent.</li> <li>- Radiologie</li> <li>- invasive</li> <li>- Kardiologie</li> <li>- Kernspin-tomographie</li> <li>- Koloskopie</li> <li>- Labor</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Lithotripsie</li> <li>- Mammographie</li> <li>- Mam.-Screening</li> <li>- MR-Angiographie</li> <li>- Onkologie</li> <li>- Otoakust.</li> <li>- Emissionen</li> <li>- PDT</li> <li>- Physik. med. Leistung</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- PTK</li> <li>- Rehabilitation</li> <li>- Röntgen</li> <li>- Schlafapnoe</li> <li>- Schmerztherapie</li> <li>- Sozialpsychiatrie</li> <li>- Soziotherapie</li> <li>- Substitution</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Zytologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akupunktur</li> <li>- Amb. Operieren</li> <li>- Apherese</li> <li>- Arthroskopie</li> <li>- Chirotherapie</li> <li>- Diabetischer Fuß</li> <li>- Dialyse</li> <li>- DMP Asthma/ COPD</li> <li>- DMP Brustkrebs</li> <li>- DMP Diabetes</li> <li>- mit Typ 1</li> <li>- DMP Diabetes</li> <li>- mit Typ 2</li> <li>- DMP KHK</li> <li>- Handchirurgie</li> <li>- Herzschritt-macher</li> <li>- Intervent.</li> <li>- Radiologie</li> <li>- invasive</li> <li>- Kardiologie</li> <li>- Kernspin-tomographie</li> <li>- Koloskopie</li> <li>- Labor</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Lithotripsie</li> <li>- Mammographie</li> <li>- Mam.-Screening</li> <li>- MR-Angiographie</li> <li>- Onkologie</li> <li>- Otoakust.</li> <li>- Emissionen</li> <li>- PDT</li> <li>- Physik. med. Leistung</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- PTK</li> <li>- Rehabilitation</li> <li>- Röntgen</li> <li>- Schlafapnoe</li> <li>- Schmerztherapie</li> <li>- Sozialpsychiatrie</li> <li>- Soziotherapie</li> <li>- Substitution</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Zytologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amb. Operieren</li> <li>- Apherese</li> <li>- Arthroskopie</li> <li>- Chirotherapie</li> <li>- Diabetischer Fuß</li> <li>- Dialyse</li> <li>- DMP Brustkrebs</li> <li>- DMP Diabetes</li> <li>- mit Typ 1</li> <li>- DMP Diabetes</li> <li>- mit Typ 2</li> <li>- DMP KHK</li> <li>- Handchirurgie</li> <li>- Herzschritt-macher</li> <li>- Intervent.</li> <li>- Radiologie</li> <li>- invasive</li> <li>- Kardiologie</li> <li>- Kernspin-tomographie</li> <li>- Koloskopie</li> <li>- Labor</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Lithotripsie</li> <li>- Mammographie</li> <li>- Mam.-Screening</li> <li>- Onkologie</li> <li>- Otoakust.</li> <li>- Emissionen</li> <li>- PDT</li> <li>- Physik. med. Leistung</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Rehabilitation</li> <li>- Röntgen</li> <li>- Schlafapnoe</li> <li>- Schmerztherapie</li> <li>- Sozialpsychiatrie</li> <li>- Soziotherapie</li> <li>- Substitution</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Zytologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amb. Operieren</li> <li>- Apherese</li> <li>- Arthroskopie</li> <li>- Chirotherapie</li> <li>- Diabetischer Fuß</li> <li>- Dialyse</li> <li>- DMP Brustkrebs</li> <li>- DMP Diabetes</li> <li>- mit Typ 2</li> <li>- Handchirurgie</li> <li>- Herzschritt-macher</li> <li>- KHK</li> <li>- Handchirurgie</li> <li>- Herzschritt-macher</li> <li>- Intervent.</li> <li>- Radiologie</li> <li>- invasive</li> <li>- Kardiologie</li> <li>- Kernspin-tomographie</li> <li>- Koloskopie</li> <li>- Labor</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Lithotripsie</li> <li>- Mammographie</li> <li>- Onkologie</li> <li>- Otoakust.</li> <li>- Emissionen</li> <li>- PDT</li> <li>- Physik. med. Leistung</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Rehabilitation</li> <li>- Röntgen</li> <li>- Schlafapnoe</li> <li>- Schmerztherapie</li> <li>- Sozialpsychiatrie</li> <li>- Soziotherapie</li> <li>- Substitution</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Zytologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amb. Operieren</li> <li>- Apherese</li> <li>- Arthroskopie</li> <li>- Chirotherapie</li> <li>- Dialyse</li> <li>- Herzschritt-macher</li> <li>- Kardiologie</li> <li>- Kernspin-tomographie</li> <li>- Koloskopie</li> <li>- Labor</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Lithotripsie</li> <li>- Mammographie</li> <li>- Onkologie</li> <li>- Otoakust.</li> <li>- Emissionen</li> <li>- PDT</li> <li>- Physik. med. Leistung</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Rehabilitation</li> <li>- Röntgen</li> <li>- Schlafapnoe</li> <li>- Schmerztherapie</li> <li>- Sozialpsychiatrie</li> <li>- Soziotherapie</li> <li>- Substitution</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Zytologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amb. Operieren</li> <li>- Apherese</li> <li>- Arthroskopie</li> <li>- Chirotherapie</li> <li>- Dialyse</li> <li>- Herzschritt-macher</li> <li>- Kernspin-tomographie</li> <li>- Labor</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Lithotripsie</li> <li>- Mammographie</li> <li>- Onkologie</li> <li>- Otoakust.</li> <li>- Emissionen</li> <li>- PDT</li> <li>- Physik. med. Leistung</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Röntgen</li> <li>- Schlafapnoe</li> <li>- Schmerztherapie</li> <li>- Sozialpsychiatrie</li> <li>- Substitution</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Zytologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apherese</li> <li>- Chirotherapie</li> <li>- Dialyse</li> <li>- Herzschritt-macher</li> <li>- Kernspin-tomographie</li> <li>- Labor</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Lithotripsie</li> <li>- Mammographie</li> <li>- Onkologie</li> <li>- Otoakust.</li> <li>- Emissionen</li> <li>- PDT</li> <li>- Physik. med. Leistung</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Röntgen</li> <li>- Schlafapnoe</li> <li>- Schmerztherapie</li> <li>- Sozialpsychiatrie</li> <li>- Substitution</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Zytologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirotherapie</li> <li>- Kernspin</li> <li>- Labor</li> <li>- Langzeit-EKG</li> <li>- Onkologie</li> <li>- Psychotherapie</li> <li>- Röntgen</li> <li>- Ultraschall</li> <li>- Zytologie</li> </ul>

## 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.

Im Jahr 2008 waren die Kommissionen für Radiologie, Kernspintomographie, Dialyse und Qualitätsmanagement mit einem Kassenvertreter besetzt.

44

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

Bereich	Mitglieder	Sitzungen in 2008
Akupunktur	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV	1
	4 regionale Kommissionen 15 ärztliche Mitglieder der KV	4
Apherese	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	5
Arthroskopie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 6 weitere ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	3
	4 regionale Kommissionen 15 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK	1

Bereich	Mitglieder	Sitzungen in 2008
Diabetes	Landesweite Kommission BW 5 ärztliche Mitglieder	4
Dialyse	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Herzschriltmacher	4 regionale Kommissionen 8 Mitglieder	0
Invasive Kardiologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	Umlaufverfahren
Koloskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	1
	4 regionale Kommissionen 23 ärztliche Mitglieder der KV	11
Labor	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	2
	4 regionale Kommissionen 34 ärztliche Mitgliedern der KV	14
Langzeit-EKG	4 regionale Kommissionen 12 Mitglieder der KV	0
Mammographie	4 regionale Kommissionen 25 ärztliche Mitglieder der KV	9
Magnetresonanz Tomographie	Landesweite Kommission BW 10 ärztliche Mitglieder der KV	9 + Umlaufverfahren
Onkologie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV	2
	4 regionale Kommissionen 17 ärztliche Mitglieder/Fachberater der KV	9
Photodynamische Therapie/Phototherapeutische Keratektomie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	2
Polygraphie/ Polysomnographie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV	0

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

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

Bereich	Mitglieder	Sitzungen in 2008
Qualitätsmanagement	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	2
diagnostische Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	Landesweite Kommission BW 4 regionale Kommissionen Gemeinsame Prüfkommision der KVBW und der Ärztlichen Stelle 34 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK 1 Leiter der Ärztlichen Stelle nach RÖV Routine- und Stichprobenprüfungen durch Ärztliche Stelle	0 12 12 + Umlaufverfahren
Schmerztherapie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	1
	4 regionale Kommissionen 13 ärztliche Mitglieder der KV	5 + Umlaufverfahren
Substitution	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 weitere ärztliche Mitglieder der KV	0
	4 Mitglieder der Krankenkassen 4 regionale Kommissionen 12 ärztliche Mitglieder der KV 12 Mitglieder der Krankenkassen	18
Ultraschall „Allgemein“	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen 117 Mitglieder / Fachberater	0 5
	Ultraschall „Säuglingshüfte“ (Stichprobenprüfung)	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen 23 Mitglieder / Fachberater der KV
Zytologie	Landesweite Kommission BW 1 ärztlicher Vorsitzender 3 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen 20 Mitglieder / Fachberater der KV	1 1 + 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 nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die in Baden-Württemberg an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung.

Arztgruppe	Vertragsärzte	Partnerärzte	angestellte Ärzte	ermächtigte Ärzte	teilnehmende Ärzte gesamt
<b>Chirurgie</b>	<b>454</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>258</b>	<b>749</b>
davon:					
– Gefäßchirurgie	33	1	3	67	104
– Kinderchirurgie	7	0	0	7	14
– Plastische Chirurgie	19	0	0	5	24
– Thoraxchirurgie	1	1	0	12	14
– Thorax- u. Kardio- vaskularchirurgie	2	0	0	6	8
– Unfallchirurgie	246	9	6	138	399
– Visceralchirurgie	17	2	2	86	107
<b>Frauenheilkunde</b>	<b>1.201</b>	<b>36</b>	<b>81</b>	<b>139</b>	<b>1.457</b>
davon:					
– Gynäkol. Endokrinol. und Reproduktionsm.	3	0	2	1	6
– Gynäkologische Onkologie	6	2	1	6	15
– Spez. Geburtsh. und Perinatalmed.	0	0	1	3	4
<b>HNO-Heilkunde</b>	<b>449</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>489</b>
davon:					
– Phoniatrie	1	0	0	0	1
– Phoniatrie und Pädaudiologie	3	0	0	4	7

Quelle: Bundesarztregister, Stand 31.12.2008

Arztgruppe	Vertragsärzte	Partnerärzte	angestellte Ärzte	ermächtigte Ärzte	teilnehmende Ärzte gesamt
<b>Innere Medizin</b>	2.285	40	85	361	2.771
davon:					
– Angiologie	42	0	3	25	70
– Endokrinologie	39	4	2	16	61
– Endokrinologie und Diabetologie	1	0	0	2	3
– Gastroenterologie	111	10	3	98	222
– Hämatologie	19	0	0	19	38
– Hämatol. u. Internist. Onkologie	84	1	2	57	144
– Infektiologie	0	0	0	1	1
– Kardiologie	216	6	5	84	311
– Lungen- und Bronchialheilkunde	2	0	0	3	5
– Nephrologie	146	6	6	20	178
– Pneumologie	76	2	3	25	106
– Rheumatologie	57	0	2	15	74

Quelle: Bundesarztregister, Stand 31.12.2008



Arztgruppe	Vertragsärzte	Partnerärzte	angestellte Ärzte	ermächtigte Ärzte	teilnehmende Ärzte gesamt
<b>Kinderheilkunde</b>	<b>752</b>	<b>32</b>	<b>52</b>	<b>93</b>	<b>929</b>
davon:					
– Kinderhämatologie und -onkologie	0	0	0	3	3
– Kinderkardiologie	29	0	0	13	42
– Neonatologie	42	2	1	44	89
– Neuropädiatrie	34	0	1	15	50
<b>Nervenheilkunde/ Neurologie/ Psychiatrie</b>	<b>662</b>	<b>16</b>	<b>23</b>	<b>80</b>	<b>781</b>
davon:					
– Kinderneuro- psychiatrie	0	0	0	1	1
<b>Orthopädie</b>	<b>631</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>58</b>	<b>741</b>
davon:					
– Rheumatologie	52	2	3	14	71
<b>Pathologie</b>	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>93</b>
<b>Radiologie/Diagno- stische Radiologie</b>	<b>313</b>	<b>14</b>	<b>38</b>	<b>114</b>	<b>479</b>
davon:					
– Kinderradiologie	1	0	0	6	7
– Neuroradiologie	17	2	1	10	30
– Strahlentherapie	7	0	0	3	10

Quelle: Bundesarztregister, Stand 31.12.2008

## C. GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A - Z

### C.I. AKUPUNKTUR

Nach der erfolgreichen Beendigung der Modellversuche zur Akupunktur wurde zum 01.01.2007 die Erbringung von Leistungen der Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation (Akupunktur) als genehmigungspflichtige Leistung in die vertragsärztliche Versorgung mit aufgenommen.

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

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

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

Die Leistungen der Akupunktur können nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, praktischen Ärzten, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie

und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie, Fachärzten für Anästhesiologie sowie Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin als 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.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen	✓
Eingangsprüfung/Kolloquium	bei wiederholt nicht bestandener Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung/Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	jährliche Prüfung von 5 % der Leistungserbringer; 12 abgerechnete Fälle und 18 abgerechnete Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans, sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung	✓
Fortbildung/Qualitätszirkel	mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen	✓
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte	jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt	✓
Beratung	Beratung bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung	✓

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

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.412	1.792
Anzahl beschiedene Anträge	138	1.807
– davon Anzahl Genehmigungen	134	1.792
– davon Anzahl Ablehnungen	4	15
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	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
– davon ohne Beanstandung	0	0
– davon mit Beanstandung	0	0
<b>Überprüfung der Dokumentation § 6</b>		
Anzahl geprüfter Ärzte	77	0
– davon bestanden	47	0
– davon nicht bestanden	30	0
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 6 Abs. 6)	0	0
– davon ohne Beanstandungen	0	0
– davon mit Beanstandungen	0	0
Kolloquien (nach § 6 Abs. 6)	0	0
– davon bestanden	0	0
– davon nicht bestanden	0	0

## C.2. AMBULANTE OPERATIONEN

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 Gefährungsgrad nach den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes in Operationen kleine invasive Eingriffe invasive Untersuchungen, vergleichbare

Maßnahmen und 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.

<b>Akkreditierungsvoraussetzungen</b>	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen	✓
<b>Eingangsprüfung</b>		
<b>Kolloquium</b>		
<b>Frequenzregelung</b>	für Leistungsbereiche Koloskopie und invasive Kardiologie analog Vereinbarungen nach § 135 Abs 2 SGB V; weitere Regelungen möglich	✓
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehung/Hygieneprüfung</b>	durch Landeskommission ambulantes Operieren bei Qualitätsdefiziten nach Datenauswertung	✓
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>Fortbildung/Qualitätszirkel</b>		✓
<b>Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte</b>	Benchmarkbericht über Landeskommission Qualitätssicherung ambulantes Operieren; Evaluation über Bundeskommission Qualitätssicherung ambulantes Operieren	✓
<b>Beratung</b>	gegebenenfalls am Ort der Leistungserbringung durch Landeskommission Qualitätssicherung ambulantes Operieren	✓

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärem Operieren einschließlich der notwendigen Anästhesien

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

Anzahl Ärzte  
mit Genehmigung  
für ambulante  
Operationen

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung *)	4.282	4.184
Anzahl beschiedene Anträge	291	922
– davon Anzahl Genehmigungen	290	921
– davon Anzahl Ablehnungen	1	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	62
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	32	125
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
– davon ohne Beanstandung	0	0
– davon mit Beanstandung	0	0

\*) einschließlich  
Erklärungen zur  
Teilnahme nach  
§ 115b

### C.3. APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

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

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

<b>Akkreditierungsvoraussetzungen</b>	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen	✓
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	bei wiederholt nicht bestandener Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
<b>Frequenzregelung/Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehung/Hygieneprüfung</b>	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	jährliche Prüfung von 5 % der Leistungserbringer; 12 abgerechnete Fälle und 18 abgerechnete Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans, sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung	✓
<b>Fortbildung/Qualitätszirkel</b>	mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen	✓
<b>Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte</b>	jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch Vertragspartner festgelegt	✓
<b>Beratung</b>	Beratung bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung	✓

*Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren*

*Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V*  
*Gültigkeit: seit 1.1.1991*  
*zuletzt geändert: 12.9.2008*

*Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)*

*Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V*  
*Gültigkeit: seit 1.10.1997*  
*zuletzt geändert: 9.5.2003*

<b>Genehmigungen Stand</b>	<b>31.12.2008</b>	<b>31.12.2007</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	84	81
Anzahl beschiedene Anträge	7	10
– davon Anzahl Genehmigungen	7	10
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	1

## C.4. ARTHROSKOPIE

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

Zum 01.01.2007 ist die Richtlinie der KVBW über die Kriterien für die Qualitätsbeurteilung im Bereich Arthroskopie in Kraft getreten. Seit diesem Zeitpunkt werden für alle Bezirksdirektionen Stichprobenprüfungen zentralisiert durchgeführt. Die Richtlinie enthält neben allgemeinen Kriterien zur schriftlichen und bildlichen Dokumentation spezielle Anforderungen an die Dokumentation des jeweiligen arthroskopischen Eingriffs.

Die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen des Jahres 2008 finden Sie in Tabelle 3.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		

*Tabelle 1:  
Vereinbarung von  
Qualifikations-  
voraussetzungen zur  
Ausführung  
und Abrechnung  
arthroskopischer  
Leistungen (Arthros-  
kopie-Vereinbarung)  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 2 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 1.10.1994*



Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	473	436
Anzahl beschiedene Anträge	49	43
– davon Anzahl Genehmigungen	49	43
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	3
– davon bestanden	0	3
– davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
– davon <i>ohne</i> Beanstandung	0	0
– davon <i>mit</i> Beanstandung	0	0
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)</b>	<b>2008*</b>	
Anzahl geprüfter Ärzte	39	
– davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	25	
– davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	8	

*Tabelle 2:  
Stand der  
Genehmigungen*

Tabelle 3:  
Ergebnisse der  
Stichprobenprüfungen

Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6) unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3 „Mängelprüfung“				
		1	2	3	4	5
Kriterien (§4 Abs. 3, Ziffer 1-5)						
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	1	0	0	0	0	0
– davon mit <i>geringen</i> Beanstandungen	9	0	0	0	1	0
– davon mit <i>erheblichen</i> Beanstandungen	3	0	0	0	2	0
– davon mit <i>schwerwiegenden</i> Beanstandungen	12	0	0	0	5	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr.3 Buchst. a und Nr. 4 Buchst. a)					32	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3 Buchst. a und Nr. 4 Buchst. a)					0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. b und Nr. 4 Buchst. b)					21	
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c und Nue. 4 Buchst. c)					1	
– davon bestanden					1	
– davon nicht bestanden					0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c Satz 4 und Nr. 4 Buchst. c 2. Halbsatz und Buchst. e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)					0	
Anzahl der mit Auflagen versehene Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c Satz 6 und Nr. 4 Buchst. c 2. Halbsatz)					0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. d und Nr. 4 Buchst. d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)					0	
– davon <i>ohne</i> Mängel					0	
– davon <i>mit</i> Mängel					0	

\* Die Auswertung der  
Stichprobenprüfung  
im Jahr 2007 erfolgte  
nicht differenziert  
nach Routine- und  
Mängelprüfung

## C.5. BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

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

**Die Qualitätssicherungsrichtlinie nach § 136 und 136a des SGB V ergänzt o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs.2 SGB V. Sie regelt zweierlei Maßnahmen der Qualitätssicherung:**

1. Die Verpflichtung zur Beteiligung der Dialyse-Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung

2. Kriterien zur Qualitätsbeurteilung der Dialyse-Behandlungen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung.

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

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge)	81	85
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	193	186
Anzahl beschiedene Anträge	20	17
– davon Anzahl Genehmigungen	19	16
– davon Anzahl Ablehnungen	1	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0
– davon bestanden	1	0
– davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	3

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

*Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten*  
**Rechtsgrundlage:**  
 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV  
**Gültigkeit:**  
 Neufassung 1.7.2005

60

*Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse)*  
**Rechtsgrundlage:**  
 § 136 und § 136a SGB V  
 (ab 1.7.2008 §§ 136 und 137 SGB V)  
**Gültigkeit:**  
 seit 24.6.2006  
 zuletzt geändert  
 3.10.2007

<b>Akkreditierungsvoraussetzungen</b>	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben	✓
<b>Eingangsprüfung</b>		
<b>Kolloquium</b>	obligat, außer Nephrologen und gegebenenfalls Kinderärzte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln der fachlichen Befähigung	✓
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>	quartalsweise Auswertung der Vollerhebung mit gegebenenfalls Veranlassung einer Stichprobenprüfung (ab 1.1.2009: bei Mängeln Auflagen, gegebenenfalls Genehmigungsentzug)	✓
<b>Praxisbegehung /Hygieneprüfung</b>	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren	✓
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung</b>	Vierteljährliche Stichprobenprüfung bei auffälligen Werten, bei begründetem Verdacht und durch Zufallsauswahl	✓
<b>Fortbildung / Qualitätszirkel</b>		
<b>Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte</b>	Vollerhebung; elektronische Dokumentation extern durch Datenanalyst: vergleichende Quartalsberichte an Kassenärztliche Vereinigungen und jede Einrichtung; Jahresberichte an den Gemeinsamen Bundesausschuss	✓
<b>Beratung</b>	Beratung bei Auffälligkeiten in der Stichprobenprüfung und auf Wunsch der Einrichtung	✓

<b>Patienten</b>		
Anzahl Patienten im Jahr 2008	9450	7.756
<b>Aus dem Inhalt des Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommission gem. § 7 Abs.3, Berichtszeitraum 1.1. - 31.12.2008</b>		
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen (§ 2 Abs. 1)	81	
Anzahl der Kommissionssitzungen (§ 7 Abs. 4)	4	
Anzahl und Ergebnisse der durchgeführten Stichprobenprüfungen (§ 8 Abs. 1):	*	
Anzahl geprüfter Einrichtungen	Angeschrieben: 38 Praxen	
– davon <i>ohne</i> Mängel	*	
– davon <i>mit</i> Mängel	*	
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln (§ 10 Abs. 1 S. 1)	*	
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche (§ 10 Abs. 1 S. 2)	1	
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0	
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0	

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

## C.6. DMP

Das Disease-Management-Programm (DMP) ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, bei dem die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert werden. Ziel ist dabei, die Behandlung der Erkrankung zu verbessern und die durch die Krankheit bedingten Beeinträchtigungen und Folgeerkrankungen zu reduzieren.

**An die Inhalte der Disease-Management-Programme sind auf Grundlage des Fünften Sozialgesetzbuches zu folgenden Bereichen zum Teilindikationsspezifische 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

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. Eine Verlängerung der Zulassung ist von einem erneuten Antrag und der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt abhängig.

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

Seit seinem Inkrafttreten hat das Gesetz eine Reihe von Änderungen erfahren, deren wichtigste für die Umsetzung der Programme hier aufgeführt sind:

4. RSAV	27.6.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease-Management-Programmen für Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b> und für Patientinnen mit <b>Brustkrebs</b>
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b>
7. RSAV	28.4.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit <b>koronarer Herzkrankheit (KHK)</b>
9. RSAV	18.2.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 1</b>  Neufassung der Anforderungen an die Dokumentation für <b>Diabetes mellitus Typ 2</b> und <b>KHK</b>
11. RSAV	22.12.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer <b>chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)</b>
12. RSAV	15.8.2005	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b>
13. RSAV	23.1.2006	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit <b>Brustkrebs</b>
17. RSAV	26.3.2008	Regelung zu Indikationsübergreifenden Dokumentationen und elektronischen Dokumentationen im <b>DMP KHK, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Asthma/COPD</b>

RSAV = Risikostrukturausgleichsverordnung

## Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten Vertragspartner der KV	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, Vdek, (LKK, Gartenbau )	
Ärzte Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	183	156
– darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	158	143
– darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	33	18
– darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	–	–
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind
Patienten Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	8.012	4.381



## Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten Vertragspartner der KV	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, Vdek, (LKK, Gartenbau )	
Ärzte Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	6.417	6.185
– darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.375	6.036
– darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	674	664
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2008)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind
Patienten Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	282.683	213.582

## Koronare Herzerkrankung

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

Vertragsdaten Vertragspartner der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, Vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	5.667	4.692
– darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.562	4.607
– darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	212	190
– darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	51	40
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	3.479	2.801
Patienten Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	89.337	50.287

## Brustkrebs

Vertragsdaten Vertragspartner der KV	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, Vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	1.325	1.379
– darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.325	1.379
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	350	443
Patienten Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	7.480	6.036

## Asthma bronchiale

<b>Vertragsdaten</b> Vertrag (Verträge) der KV mit	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, Vdek, (LKK, Gartenbau)	
<b>Ärzte Stand</b>	<b>31.12.2008</b>	<b>31.12.2007</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	4.810	2.999
– darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	4.792	2.988
– darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	181	137
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2008)	Zahlen nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummer im DMP Asthma und COPD identisch sind	Zahlen nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummer im DMP Asthma und COPD identisch sind
<b>Patienten Stand</b>	<b>31.12.2008</b>	<b>31.12.2007</b>
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	23.853	525

## Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

VVertragsdaten Vertragspartner der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, Vdek, (LKK, Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2008	4.483	2.748
– darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	4.474	2.743
– darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	82	60
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2008)	Zahlen nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummer im DMP Asthma und COPD identisch sind	Zahlen nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummer im DMP Asthma und COPD identisch sind
Patienten Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl eingeschriebene Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	18.649	286

## C.7. 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 Befundergebnisse und Schnelligkeit, mit der in Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Aus diesem Grunde sind in der Kinderrichtlinie detaillierte Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgegeben, deren Umsetzung die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten und an den G-BA weiterleitet.

In Baden-Württemberg ist als einziges das Labor der Uni Heidelberg zur Abgabe von Berichten verpflichtet. Die Ergebnisse des Jahres 2008 sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

### Qualitätsbericht 2008 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	107.756	1.216	578	79
Gruppe B: Blutentnahme Erstuntersuchung vor der 36. Lebensstunde (§8 Abs. 2)	1.429	129	160	12
Gruppe C: Eingruppierung in A oder B nicht möglich, da Angaben auf der Filterkarte fehlen	224	2	3	0
<b>Gesamt</b>	<b>109.409</b>	<b>1.347</b>	<b>741</b>	<b>91</b>

## C.8. HAUTKREBSSCREENING

Der gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im November 2007 beschlossen, die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen auf das Hautkrebscreening zu erweitern. Zum 01.07.2008 trat dann die Qualifikationsvoraussetzung zur Ausführung und Abrechnung entsprechender Leistungen nach dem EBM für das Hautkrebscreening in Kraft. Die Ausführung und Abrechnung ist auf die

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

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

*Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie)*  
*Rechtsgrundlage:*  
 § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V  
*Gültigkeit:*  
 seit 26.4.1976  
 zuletzt geändert am 1.7.2008

Genehmigungen Stand	31.12.2008
hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung	4.585
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	406
histologisch tätige Ärzte	ab 2009

## C.9. HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte durchführen, die der KV nachgewiesen haben, dass sie über die benötigte fachliche Qualifikation verfügen und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllt.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis apparativer Ausstattung	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		

72

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

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL)	341	323
Anzahl beschiedene Anträge	19	12
– davon Anzahl Genehmigungen	18	12
– davon Anzahl 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	0



## C.10. INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

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

Aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrades der Erbringung von angiographischen Leistungen

wurden Anforderungen an die ärztliche Routine formuliert. Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von interventionellen Angiographien einen Nachweis über mindestens 100 Katheterangiographien, wovon mindestens 50 interventionell sein müssen, zu erbringen.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen für Durchführung und Nachbetreuung; organisatorische Vorgaben für Durchführung und Nachbetreuung	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung	innerhalb 12 Monaten 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen; bei Genehmigung zu therapeutischen Eingriffen davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe	✓
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		

*Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie)  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 2 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 1.7.2006*

## Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterangiographien (gem. § 3 Abs. 1)

Genehmigungen Stand	01.1.2008	31.12.2008	01.01.2007	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14	13	10	14
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	neu	erneut	neu (§ 7 Abs. 6)	erneut (§ 7 Abs. 6)
	0	0	5	0
– davon Anzahl Genehmigungen	0	0	5	0
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquium	0		0	
– davon bestanden	0		0	
– davon nicht bestanden	0		0	
Praxisbegehungen	0		0	
– davon bestanden	0		0	
– davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen:	Nichterr. Mindestzahl	sonstige Gründe	Nichterr. Mindestzahl	sonstige Gründe
	0	1	0	0
Anzahl Rückgabe/ Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen:	0		0	
Frequenzregelung *				

\*Zahlen für die Frequenzregelung liegen derzeit noch nicht vor

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

Genehmigungen Stand	01.01.2008	31.12.2008	01.01.2007	31.7.2007		
Anzahl Ärzte mit Empfehlungen	35	39	26	35		
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)		
	9	0	22	0		
– davon Anzahl Genehmigung	9	0	19	0		
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	3	0		
Kolloquium	0		0			
– davon bestanden	0		0			
– davon nicht bestanden	0		0			
Praxisbegehungen	0		0			
– davon bestanden	0		0			
– davon nicht bestanden	0		0			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen:	nichterreichter Mindestzahl < 100 diagn. + therap. Eingr.	nichterreichter Mindestzahl < 50 therap. Eingriffe	sonstige Gründe	nichterreichter Mindestzahl 100 diagn. + therap. Eingr.	nichterreichter Mindestzahl < 50 therap. Eingriffe	sonstige Gründe
	0	0	1	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	5		0			
Frequenzregelung *						

*\* Zahlen für die  
Frequenzregelung liegen  
derzeit noch nicht vor*

## C.II. 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.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	bei abweichender aber gleichwertiger Befähigung und ggf. bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung	innerhalb 12 Monaten 150 Linksherzkatheterisierungen, bei Genehmigung zu therapeutischen Katheterisierungen davon mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen	✓
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		

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

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

Genehmigungen Stand	01.01.2008	31.12.2008	01.01 2007	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	17	21	17	17
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)
	5	0	0	0
– davon Anzahl Genehmigungen	5	0	0	0
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
– davon bestanden	0		0	
– davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	0		0	
– davon <i>mit</i> Beanstandungen	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen:	Nichterreichter Mindestzahl	sonstige Gründe	Nichterreichter Mindestzahl	sonstige Gründe
	0	0	0	0
– davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz <i>und</i> alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	1		Keine Angaben möglich	

Frequenzregelung							
Anzahl Ärzte mit... <i>insgesamt</i> abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)		< 100	100- 129	130- 149	150- 169	170- 199	> 199
	2008	5	2	4	7	2	15
	2007	13	4	2	0	10	10
– davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben							
	2008	6	0	3	–	–	–
	2007	12	3	2	–	–	–
Anzahl Ärzte mit... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)		< 33	33- 42	43- 49	50- 56	57- 66	> 66
	2008	4	0	0	8	3	12
	2007	20	0	0	6	2	9
– davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz erreicht haben							
	2008	4	0	0	–	–	–
	2007	20	0	0	–	–	–

## Genehmigungen zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. I)

Genehmigungen Stand	01.01.2008	31.12.2008	01.01.2007	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	42	44	42	42
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)
	4	0	0	3
– davon Anzahl Genehmigungen	4	0	0	3
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
– davon bestanden	0		0	
– davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	0		0	
– davon <i>mit</i> 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)	2008		Keine Angaben möglich	
	2007		0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	2008		2	
	2007		0	

## C.12. KOLOSKOPIE

Der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde zum 1. Oktober 2002 um die Koloskopie erweitert.

Diese kann im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von Personen ab dem 55. Lebensjahr in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig mit der Einführung der Früherkennungskoloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet.

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

Neu in dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Koloskopaufbereitung durchgeführt werden.

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung geändert. Unter anderem gibt es nunmehr eine Stichprobenprüfung mit Bewertung der Mängel im Einzelnen. Die Prüfung erstreckt sich zum einen auf die geforderte Erreichung der Mindestfrequenz der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien; bei Erfüllung der Mindestzahlen schließt sich daran eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung der kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien/Polypektomien an. Polypektomien können sowohl bei totalen als auch bei partiell durchgeführten Koloskopien anerkannt werden. Neu ist zudem, dass auch Kinderärzte den Nachweis über die Totalität bzw. Mängelfreiheit der durchgeführten Koloskopien führen müssen.



<b>Akkreditierungsvoraussetzungen</b>	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen	✓
<b>Eingangsprüfung</b>		
<b>Kolloquium</b>	bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und ggf. bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
<b>Frequenzregelung</b>	innerhalb 12 Monaten 200 totale Koloskopien, 10 Polypektomien, jeweils ohne Mängel; gilt nicht für Kinderärzte und -chirurgen	✓
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehung/Hygieneprüfung</b>	Hygieneprüfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Begehung durch die Kommission ggf. im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	von allen Ärzten Dokumentationen von 20 abgerechneten totalen Koloskopien und, außer bei Kinderärzten und Kinderchirurgen, zu 5 Polypektomien	✓
<b>Fortbildung/Qualitätszirkel</b>		
<b>Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte</b>	jährliche Auswertung der Ergebnisse der Hygieneprüfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten Polypektomien; Bericht an Vertragspartner	✓
<b>Beratung</b>	Beratung bei Mängeln in der Hygieneprüfung, ggf. am Ort der Leistungserbringung	✓

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

Genehmigungen Stand	01.01.2008	31.12.2008	01.01.2007	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <i>ausschließlich</i> zur <i>kurativen</i> Koloskopie	45	44	58	52
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <i>kurativen</i> und <i>präventiven</i> Koloskopie	333	330	316	319
Anzahl beschiedene Anträge in 2008 ( <i>ausschließlich</i> zur <i>kurativen</i> Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)
	0	1	1	0
– davon Anzahl Genehmigungen	0	1	1	0
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl beschiedene Anträge in 2008 ( <i>kurative</i> und <i>präventive</i> Koloskopie)	neu	erneut (§ 6 Abs. 1 Nr. 3)		
	20	0	16	0
– davon Anzahl Genehmigungen	20	0	16	0
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung ( <i>ausschließlich</i> kurativ -> kurativ und präventiv)	2008	0		
	2007	2		

Genehmigungen Stand	01.01.2008	31.12.2008	01.01.2007	31.12.2007
Kolloquien (Antragsverfahren)		0		0
– davon bestanden		0		0
– davon nicht bestanden		0		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 und § 7		4		1
– davon wg. § 7-Überprüfung <i>Hygienequalität</i>		1		0
	<b>2008</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2007</b>
– davon <i>ausschließlich</i> wegen Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei <i>totalen Koloskopien</i>	wegen Mängel gem. § 6 Abs. 3 c-e		Nichterreichen Mindestzahl	
	0	0	1	0
– davon ausschließlich wegen Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wegen Mängel gem. § 6 Abs. 4 b-c		Nichterreichen Mindestzahl	
	0	0	0	0
– davon sowohl wegen Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängel/ Nichterreichen Mindestzahl <i>bei Polypektomien</i>	wegen Mängel § 6 Abs. 3 c-e/§ 6 Abs. 4 b-c		Nichterreichen Mindestzahl	
	1	0	1	1
Anzahl Rückgabe/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung (auch z. B. wegen fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	20	20		

Frequenzregelungen totale Koloskopien							
Anzahl Ärzte mit abgerechneten <i>totalen Koloskopien</i> (EBM Nrn. 01741, 13421)		<125	125- 174	175- 199	200- 224	225- 274	>274
	2008	37	13	13	28	29	238
	2007	55	11	12	16	69	194
– davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	2008	29	10	12	–	–	–
	2007	46	10	12	–	–	–

Stichprobenprüfungen totale Koloskopien *)	2008
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 a-e	354**
– davon bestanden	330
– davon nicht bestanden	24
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 3 f	21***
– davon bestanden	7
– davon nicht bestanden	4
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 3 g	0
– davon bestanden	0
– davon nicht bestanden wg. Mängel nach c-e	0
– davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl	0

Frequenzregelungen Polypektomien							
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien mit <i>Polypektomien</i> (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421+13423)		<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	2008	17	3	4	22	21	291
	2007	28	2	11	7	14	298
– davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen Mindestfrequenz von 10 erreicht haben							
	2008	12	2	4	–	–	–
	2007	28	2	11	–	–	–

Stichprobenprüfungen Polypektomien	2008*
Stichprobenprüfungen gem. § 6 Abs. 4 a-c	354**
– davon bestanden	317
– davon nicht bestanden	37
Überprüfungen gem. § 6 Abs. 4 d	0
– davon bestanden	0
– davon nicht bestanden wegen Mängel nach b-c	0
– davon nicht bestanden wg. Nichterreichen Mindestzahl	0

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

*\*\* bei vier Ärzten konnte keine Stichprobenprüfung durchgeführt werden, da es keine Fälle gab.  
\*\*\* davon sind zehn Fälle noch nicht abschließend bearbeitet*

Prüfungen zur Hygienequalität	2008		2007	
Anzahl überprüfter Einrichtungen	396		442	
Anzahl der Prüfungen		1. Prüfung (6 Monate) (§ 7 Abs. 3)	2. Prüfung (3 Monate) (§ 7 Abs. 8a)**	3. Prüfung (6 Wochen) (§ 7 Abs. 8c Nr. 1)
	2008	625	18	1
	2007	669	24	2
<i>Gründe</i> der Beanstandungen bei: Nachweis von Escherichia coli, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken		1. Prüfung 9	2. Prüfung 2	3. Prüfung
Nachweis von Pseudomonas aeruginosa, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern		10		
Nachweis von weiteren hygienerlevanten Erregern wie Staphylococcus aureus		4		
Keimbelastung von > 10 Kolonie bildende Einheiten pro Milliliter (KBE/ml) in der Probe der Durchspüllösung und/oder der Lösung des Optikspülsystems		8		

## C.13. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

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

erfolgen; diese erfordert die Erfüllung der Voraussetzungen zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung.

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

*Die Richtlinien über künstliche Befruchtung setzen die vom Gesetzgeber in § 27a SGB V festgelegten Vorgaben um. Die letzte Richtlinienänderung erfolgte durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 15.11.2007; dieser Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und trat am 6. Februar 2008 in Kraft (Methodenwechsel zur ICSI, Spezifizierung der Beratungsinhalte).*

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	

*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*

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	95	84
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	32	30

## C.14. LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der Kapitel 32.3 beziehungsweise 1.7 des EBM. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Antrag obligatorisch. Ausgenommen von dieser Regelung sind die im Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie explizit genannten Ärzte.

Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (Rili-BÄK) zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Befreiung von obligatem Kolloquium möglich	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung (lt. Punkt 2.1-2.4 der Richtlinien)	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		



Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriums- untersuchungen	2.010	2.007
Anzahl beschiedene Anträge	137	94
– davon Anzahl Genehmigungen	121	87
– davon Anzahl Ablehnungen	16	7
Kolloquien (Antragsverfahren)	62	45
– davon bestanden	55	42
– davon nicht bestanden	7	3
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	44*	0
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	0	0
– davon <i>mit</i> Beanstandungen	0	0

*\*nur Zahlen der  
Bezirksdirektionen  
Freiburg und Karlsruhe  
ermittelbar*

## C.15. LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

*Eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie (EKG) sind Voraussetzung für die Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen 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.*

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung /Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben / Dokumentationsprüfung		
Fortbildung / Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte		
Beratung		

90

*Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 2 SGB V  
Gültigkeit:  
Neufassung 1.4.1992*

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung	1.394	1.397
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	2.059	1.978
Anzahl beschiedene Anträge	292	99
– davon Anzahl Genehmigungen	292	98
– davon Anzahl Ablehnungen	0	1
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	0

## C.16. MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE (KERNSPINTOMOGRAPHIE)

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

Allgemeine Kernspintomographie	Stand 31.12.2008	Stand 31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen Kernspintomographie (allgemeine MRT)	286	244
Anzahl beschiedene Anträge	56	23
– davon Anzahl Genehmigungen	53	22
– davon Anzahl Ablehnungen	3	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	10	3
– davon bestanden	8	0
– davon nicht bestanden	2	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	Keine Angaben möglich	1

Vereinbarung von  
Qualifikationsvoraus-  
setzungen zur  
Durchführung  
von Untersuchungen  
in der Kernspintomographie  
(Kernspintomographie-  
Vereinbarung)  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 2 SGB V  
Gültigkeit:  
Neufassung 1.4.1993  
zuletzt geändert:  
1.10.2001

<b>Akkreditierungsvoraussetzungen</b>	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen	✓
<b>Eingangsprüfung</b>		
<b>Kolloquium</b>	bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanztomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl	✓
<b>Frequenzregelung</b>	Magnetresonanztomographie der Mamma: innerhalb 12 Monaten 50 Fälle	✓
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehung /Hygieneprüfung</b>	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben / Dokumentationsprüfung</b>	Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils 12 Fälle)	✓
<b>Fortbildung / Qualitätszirkel</b>		
<b>Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte</b>	jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss; Magnetresonanztomographie der Mamma, praxisintern: histologische Verifikation von positiven Befunden	✓
<b>Beratung</b>		

Richtlinien über  
Kriterien zur Qualitäts-  
beurteilung in der  
Kernspintomographie  
(Qualitätsbeurteilungs-  
Richtlinie für die  
Kernspintomographie)  
Rechtsgrundlage:  
§ 136 i. V. m. § 92  
Abs. 1 SGB V  
Gültigkeit  
seit 1.4.2001

Kernspintomographie der Mamma	Stand 31.12.2008	Stand 31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma (MRM)	51	44
Anzahl beschiedene Anträge	7	3
– davon Anzahl Genehmigungen	7	3
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	8	2
– davon bestanden	7	2
– davon nicht bestanden	1	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
<b>Frequenzregelung zur MRM (Anzahl jährliche Nachweise nach § 4a Abs. 2 )</b>		
– mind. 50 Untersuchungen	33	12
– weniger als 50 Untersuchungen	9	4
Kolloquium innerhalb 3 Monaten	1	3
– davon bestanden	1	2
– davon nicht bestanden	0	0

\* Die Auswertung der Stichprobenprüfung im Jahr 2007 erfolgte nicht differenziert nach Routine- und Mängelprüfung

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	2008*					
Anzahl geprüfter Ärzte	49					
– davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	44					
– davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	5					
Prüfergebnisse Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“				
Kriterien (§ 4 Abs. 3, Ziffer 1-5)1		1	2	3	4	5
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	36	0	0	0	3	0
– davon mit <i>geringen</i> Beanstandungen	8	0	0	0	1	0
– davon mit <i>erheblichen</i> Beanstandungen	0	0	0	0	0	0
– davon mit <i>schwerwiegenden</i> Beanstandungen	0	0	0	0	1	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3 Buchst. a und Nr. 4 Buchst. a)	6					
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3 Buchst. a und Nr. 4 Buchst. a)	0					
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. b und Nr. 4 Buchst. b)						
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c und Nr. 4 Buchst. c)	0					
– davon bestanden	0					
– davon nicht bestanden	0					
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c Satz 4 und Nr. 4 Buchst. c 2. Halbsatz und Buchst. e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0					
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c Satz 6 und Nr. 4 Buchst. c 2. Halbsatz)	0					
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. d und Nr. 4 Buchst. d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0					
– davon <i>ohne</i> Mängel	0					
– davon <i>mit</i> Mängel	0					

## C.17. MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Bei der Magnetresonanz-Angiografie (MR-Angiografie) handelt es sich um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Sie stellt im Vergleich zur herkömmlichen Serienangiografie 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-Angiografie jedoch keine therapeutischen Möglichkeiten bietet, wird deren Einsatz nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

In der zum 01. 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-Angiografien 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-Angiografien 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-Angiografien 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-Angiografie begründen. Weitere Indikationsstellungen sind möglich, sofern sie aufgrund des Einzelfalles besonders begründet werden können.

Vereinbarung von  
Qualitätssicherungs-  
maßnahmen zur  
MR-Angiographie  
(Qualitätssicherungs-  
vereinbarung zur  
MR-Angiographie)  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 2 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 1.10.2007

<b>Akkreditierungsvoraussetzungen</b>	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben	✓
<b>Eingangsprüfung</b>		
<b>Kolloquium</b>	bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung und bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung	✓
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehung /Hygieneprüfung</b>	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben / Dokumentationsprüfung</b>	20 % der Ärzte; Dokumentation zu 12 abgerechneten MR-Angiographien und allen (max. 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung	✓
<b>Fortbildung / Qualitätszirkel</b>		
<b>Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte</b>	jährliche statistische Auswertung der Dokumentationsprüfung mit Rückmeldung an die Vertragspartner	✓
<b>Beratung</b>	gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung	✓

Richtlinien über  
Kriterien zur Qualitäts-  
beurteilung in der  
Kernspintomographie  
(Qualitätsbeurteilungs-  
Richtlinie für die  
Kernspintomographie)  
Rechtsgrundlage:  
§ 136 i. V. m.  
§ 92 Abs. 1 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 1.4.2001



Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	224	0
Anzahl beschiedene Anträge	224	0
– davon Anzahl Genehmigungen	224	0
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	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
Praxisbegehungen	0	0
– davon bestanden	0	0
– davon nicht bestanden	0	0
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall</b> (Dokumentationsprüfung § 7)		
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 2)	0	erst ab 2008
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	0	erst ab 2008
– davon <i>mit</i> Beanstandungen	0	erst ab 2008
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (nach § 7 Abs. 9)	0	erst ab 2008
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	0	erst ab 2008
– davon <i>mit</i> Beanstandungen	0	erst ab 2008
Kolloquien (nach § 7 Abs. 9)	0	erst ab 2008
– davon bestanden	0	erst ab 2008
– davon nicht bestanden	0	erst ab 2008
Bei wie vielen der geprüften Dokumentationen wurde eine Indikation gestellt, die nicht in Anlage 2 aufgeführt ist (§ 7 Abs. 5)	0	erst ab 2008

## C.18. MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Mit Wirkung zum 1. Januar 2007 wurde zur Regelung von Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Mammographie eine eigene Vereinbarung geschaffen. Diese Vereinbarung sieht neben detaillierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor.

Als Neuerung wurde in der Richtlinie der Zeitpunkt der ersten Selbstüberprüfung auf 24 Monate und nicht wie bisher auf zwölf Monate nach Erteilung der Genehmigung festgesetzt. Die Zuständigkeit für die Erstellung der Fallsammlungen wurde 2008 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) übertragen, die Evaluation der Prüfungen bleibt in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Dies sind im Wesentlichen:

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

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	327	312
Anzahl beschiedener Anträge	44	22
– davon Anzahl Genehmigungen	44	21
– davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 14 Abs. 8)	0	0
– davon bestanden	0	0
– davon nicht bestanden	0	0

### Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Abschnitt C (Fallsammlung)

Anzahl Prüfungen	1. Prüfung 2008	Wiederholungsprüfungen		
		2007	2008	2007
	25	21	0	2
– davon bestanden	22	20	0	1
– davon nicht bestanden	3	1	0	1

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; Eingangsprüfung	✓
Eingangsprüfung	Beurteilung einer Fallsammlung (50 Patientinnen/Fälle)	✓
Kolloquium	bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung	alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung	✓
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten Dokumentation zu zehn abgerechneten Fällen, danach alle 24 Monat	✓
Fortbildung/Qualitätszirkel	Nach zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung und anschließend nicht erfolgreichem Kolloquium sind Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, um einem zweiten Kolloquium teilnehmen zu können.	✓
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte	Benchmarkbericht an den Arzt nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung mit Rückmeldung an die Vertragspartner	✓
Beratung	gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung	✓

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

## Selbstüberprüfung gemäß Abschnitt D

Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben **		erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
		2008	1
	2007	6	74
– davon erfolgreiche Teilnahme	2008***		1
	2007	6	68
– davon nicht erfolgreiche Teilnahme	2008***		1
	2007	0	6
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben **		erstmalige Selbstüberprüfungen	weitere Selbstüberprüfungen
		2008	1
	2007	6	74
– davon erfolgreiche Teilnahme	2008***		1
	2007	6	68
– davon nicht erfolgreiche Teilnahme	2008***		1
	2007	0	6
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 11 Abs. 2e / § 11 Abs. 3b)	2008		2007
		0	0
Widerruf der Genehmigung (§ 11 Abs. 3c)		0	0
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§ 11 Abs. 1)		0	0

## Überprüfung der Dokumentation nach Abschnitt E

Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde		1. Prüfung	Wiederholungsprüfung
		2008	105
	2007	137	9
– davon erfüllt	2008	95	4
	2007	128	8
– davon nicht erfüllt da mind. 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt/geringe Mängel (§ 12 Abs. 7a)*	2008	2	1
	2007	4	0
– davon nicht erfüllt da mind. 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend/schwerwiegende Mängel (§ 12 Abs. 7b)*	2008	10	1
	2007	6	1
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 12 Abs. 2 nicht an der Prüfung nach Ab- schnitt E teilgenommen haben	2008	0	
	2007	0	
Widerruf der Genehmigung (§ 12 Abs.7)	2008	0	
	2007	1	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	2008	4	
	2007	7	

\* Sollte ein Arzt auf Grund von Mängeln in Buchst. A) und b) nicht bestanden haben, wird dieser doppelt gezählt

\*\* Ohne die Ärzte, die durch Teilnahme am Screening von der Prüfung befreit sind  
\*\*\* Angabe aus der Bezirksdirektion Freiburg. Den Bezirksdirektionen Karlsruhe und Stuttgart wurden bislang keine Ergebnisse übermittelt. In der Bezirksdirektion Reutlingen wurden 2008 keine Prüfungen nach Abschnitt D durchgeführt

## C.19. MAMMOGRAPHIE-SCREENING

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

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

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

Besondere Anforderungen werden an die so genannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessments). Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit als Programmverantwortlicher eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie 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. In Baden-Württemberg wurden insgesamt 10 dieser Versorgungsregionen (Screening-Einheiten) gebildet.

Genehmigungen Stand	31.12.2008
Programmverantwortliche Ärzte	19
Kooperierende Ärzte:	
– Befunder von Mammographieaufnahmen	59
– histopathologische Beurteilung	18
– Erbringung von Stanzbiopsien	20
– tätige Krankenhausärzte	81

## C.20. MEDIZINISCHE REHABILITATION

Nach den Rehabilitations-Richtlinien erfolgt die Einleitung von ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Krankenkassen sind, nach einem strukturierten Verfahren. Die Richtlinien regeln die erforderlichen Qualifikationen, damit Vertrags-

ärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen können. Bis zum 31. 03.2007 galten Übergangsregelungen, wonach wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der GKV ohne besondere Genehmigung 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.*

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des veranlassenden Arztes	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	ggf. bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	6.696	6.090
Anzahl beschiedene Anträge	756	1.433
– davon Anzahl Genehmigungen	756	1.432
– davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	–
– davon bestanden	0	–
– davon nicht bestanden	0	–
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

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

## C.21. ONKOLOGIE

Hierbei handelt es sich um Zusatzvereinbarungen besonderer Maßnahmen 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“ u. a. eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung an einem Tumorzentrum oder einem onkologischen Schwerpunkt nachweisen. Hinzu kommen weitere Anforderungen, die sich insbesondere auf die Anwendung von zytostatischen Substanzen, Zytokinen und Hormonpräparaten beziehen. Für die Durchführung einer intravasalen zytostatischen Therapie sind weitere Voraussetzungen zu erfüllen.

*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.*

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; Nachweis organisatorischer Anforderungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung /Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben / Dokumentationsprüfung		✓
Fortbildung / Qualitätszirkel	Regelmäßige patientenorientierte Fallbesprechungen (in der jeweils zu bildenden onkologischen Kooperationsgemeinschaft); mindestens sechsmal jährlich Qualitätszirkel; wenn zytostatische Chemotherapie erbracht wird: für das Personal jährlich mind. zwei onkologische Fortbildungen	✓
Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte		✓
Beratung		

*Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung  
Rechtsgrundlage:  
Anlage 7 EKV  
Gültigkeit:  
seit 1.7.1995*



Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	573	554
Anzahl beschiedene Anträge	51	46
– davon Anzahl Genehmigungen	45	42
– davon Anzahl Ablehnungen	6	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	15	16
– davon bestanden	11	15
– davon nicht bestanden	4	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	2
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	4	1
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)</b>		
Anzahl geprüfter Ärzte	26	25
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	8	22
– davon mit <i>geringen</i> Beanstandungen	16	2
– davon mit <i>erheblichen</i> Beanstandungen	1	1
– davon mit <i>schwerwiegenden</i> Beanstandungen	1	0

## C.22. OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

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

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

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium		
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	387	369
Anzahl beschiedene Anträge	22	20
– davon Anzahl Genehmigungen	22	20
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	Keine Angabe möglich	0

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

## C.23. PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

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

Die Qualitätssicherungsvereinbarung PDT beinhaltet außerdem Vorgaben hinsichtlich der Dokumentation zur Indikationsstellung bei der Erstbehandlung. Die Dokumentationen werden von der Qualitätssicherungskommission „PDT/PTK“ der KVBW jährlich bzw. bei Erfüllung der Anforderungen nur alle zwei Kalenderjahre stichprobenartig überprüft. In diese Stichprobenprüfungen sind 10 vom Arzt abgerechnete Fälle einzubeziehen

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und ggf. bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung; je Arzt zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren; zweijähriges Prüfintervall	✓
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte	jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Vertragspartner	✓
Beratung	gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung	✓

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

Genehmigungen Stand	01.01.2008	31.12.2008	01.01.2007	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	42	43	39	42
Anzahl beschiedener Anträge in 2008	neu		erneut (§ 6 Abs. 6)	
	2008	3		0
	2007	6		0
– davon Anzahl Genehmigungen	2008	2		0
	2007	5		0
– davon Anzahl Ablehnungen	2008	1		0
	2007	1		0
Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 2)	2008	0		
	2007	0		
– davon bestanden	2008	0		
	2007	0		
– davon nicht bestanden	2008	0		
	2007	0		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)	2008	0		
	2007	0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2008	1		
	2007	2		
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall</b> (Dokumentationsprüfung)				
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr		1. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 2)	2. Überprüfung (§ 6 Abs. 5)	3. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 1)
	2008	14	0	0
	2007	23	0	0
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach zwei Jahren		1. Überprüfung (§ 6 Abs. 5)	2. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§ 6 Abs. 5 S. 2)
	2008	0	0	0
	2007	0	0	0

## C.24. PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

Gemäß der zum 01. Oktober 2007 in Kraft gesetzten „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur phototherapeutischen Keratektomie“ sind Augenärzte 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 auch hier von der Qualitätssicherungs-Kommission „PDT/PTK“ der KVBW alle zwei Kalenderjahre stichprobenartig überprüft. In diese Stichprobenprüfungen sind mindestens zehn Prozent der insgesamt abgerechneten Fälle und mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte einzubeziehen.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und ggf. bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	Prüfung richtet sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle 2 Jahre, mindestens 10 % der Ärzte, 10 % der insgesamt abgerechneten Fälle, je Arzt höchstens 10 Fälle	✓
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte	jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an die Vertragspartner	✓
Beratung	gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung	✓

*Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK)  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 2 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 1.10.2007*

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	14	7
Anzahl beschiedene Anträge in 2008	8	7
– davon Anzahl Genehmigungen	7	7
– davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Kolloquien (Antragsverfahren § 9 Abs. 2)	0	ab 2008/2009
– davon bestanden	0	ab 2008/2009
– davon nicht bestanden	0	ab 2008/2009
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

#### Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 7)

Anzahl geprüfter Ärzte	ab 2009/2010
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	ab 2009/2010
– davon <i>mit</i> Beanstandungen	ab 2009/2010
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 7 Abs. 5)	ab 2009/2010
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	ab 2009/2010
– davon <i>mit</i> Beanstandungen	ab 2009/2010
Kolloquien (nach § 7 Abs. 5)	ab 2009/2010
– davon bestanden	ab 2009/2010
– davon nicht bestanden	ab 2009/2010

## C.25 PSYCHOTHERAPIE

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

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

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

Richtlinienverfahren

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

psychosomatische Grundversorgung

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

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

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium		
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung	obligates Gutachterverfahren für Langzeittherapien, für Kurzzeittherapien Befreiung möglich	✓
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte	jährliche Auswertung der Gutachterverfahren; Bericht an Gutachter und Vertragspartner	✓
Beratung		

*Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)*  
*Rechtsgrundlage:*  
 § 92 Abs. 6a SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV-Ä/EKV  
*Gültigkeit:*  
 11.12.1998 zuletzt geändert 8.8.2008

Verwaltungsaufwand Stand	2008	2007		
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	920	436		
– davon Anzahl Genehmigungen	919	1.198		
– davon Anzahl Ablehnungen	1	2		
<b>Richtlinienverfahren</b>				
Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007		
Therapeuten mit <i>mindestens einer</i> Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	3.498	3.348		
– davon Ärzte	1.514	1.112		
im Einzelnen				
		<i>nur für Erwachsene</i>	<i>auch für Kinder und Jugendliche</i>	<i>nur für Kinder und Jugendliche</i>
– Therapeuten mit Genehmigung zur <i>tiefenpsychologisch fundierten</i> Psychotherapie	2008	1.703	309	428
	2007	1.760	712	461
– davon Ärzte	2008	1.126	191	85
	2007	1.109	390	109
– Therapeuten mit Genehmigung zur <i>Verhaltenstherapie</i>	2008	851	267	131
	2007	849	424	160
– davon Ärzte	2008	178	28	31
	2007	211	90	47
– Therapeuten mit Genehmigung zur <i>analytischen</i> Psychotherapie	2008	564	158	303
	2007	629	334	324
– davon Ärzte	2008	294	81	3
	2007	308	145	15
<b>Befreiung von der Gutachterpflicht</b>				
Anzahl Therapeuten mit <i>Befreiung von der Gutachterpflicht</i>	2008		2.169	
	2007		2.498	
davon Ärzte	2008		737	
	2007		832	



Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren		
Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Ärzte mit Genehmigung zur <i>psychosomatischen Grundversorgung</i>	8.858	9.643
Therapeuten mit Genehmigung zum <i>autogenen Training</i>	1.756	2.483
– davon Ärzte	1.371	1.944
Therapeuten mit <i>Genehmigung</i> zur <i>Jacobson'schen Relaxation</i>	1.526	2.206
– davon Ärzte	1.014	1.579
Therapeuten mit Genehmigung zur <i>Hypnose</i>	859	887
– davon Ärzte	574	625

## C.26. SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

Mit dieser Vereinbarung wurde eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, welche die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung sichern soll, getroffen. Schlafbezogene Atmungsstörungen im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbe-

dürftigen 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.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; bei Genehmigungen zur Polysomnographie zusätzliche Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen und der Nachweis organisatorischer Vorgaben	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt	309	275
– davon Genehmigungen <i>nur</i> Polygraphie	279	248
– davon Genehmigungen zur Polygraphie <i>und</i> Polysomnographie	30	27
Anzahl beschiedene Anträge <i>nur</i> Polygraphie	53	35
– davon Anzahl Genehmigungen	52	34
– davon Anzahl Ablehnungen	1	1
Anzahl beschiedene Anträge zur Poly- <i>und</i> Polysomnographie	9	10
– davon Anzahl Genehmigungen	9	10
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	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.27. SCHMERZTHERAPIE

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei 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

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

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes, Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; Nachweis organisatorischer Anforderungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung und gegebenenfalls bei Patienten, die länger als zwei Jahre in Dauerbehandlung sind	✓
Frequenzregelung	bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten pro Quartal	✓
Rezertifizierung		
Praxisbegehung /Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Dokumentationsprüfung auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung	✓
Fortbildung / Qualitätszirkel	pro Jahr acht interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung; in schmerztherapeutische Einrichtungen jährlich 12 Schmerzkonferenzen, tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung	✓
Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte	Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung	✓
Beratung		

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	146	131
Anzahl beschiedene Anträge	20	12
– davon Anzahl Genehmigungen	20	12
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren § 4 Abs. 3 Nr. 4)	0	0
– davon bestanden	0	0
– davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs. 2	0	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	1
<b>Versorgung</b>		
Kolloquien § 5 Abs. 7	0	0
– davon bestanden	0	0
– davon nicht bestanden	0	0
<b>Dokumentationsprüfung</b>		
Prüfungen nach § 7 Abs. 2	124	122
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	89	102
– davon <i>mit</i> Beanstandungen	35	20

## C.28 SOZIALPSYCHIATRIE

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

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

*Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)  
Rechtsgrundlage:  
§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 EKV  
Gültigkeit:  
seit 1.7.1994*

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis organisatorischer Anforderungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium		
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung /Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben / Dokumentationsprüfung		
Fortbildung / Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte		
Beratung		

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	67	57
Anzahl beschiedene Anträge	8	7
– davon Anzahl Genehmigungen	8	6
– davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	1

## C.29. 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.

*Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie)  
Rechtsgrundlage:  
§ 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 1.1.2002*

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Nachweis organisatorischer Anforderungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium		
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung		
Fortbildung/Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte		
Beratung		

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	448	454
Anzahl beschiedene Anträge	11	20
– davon Anzahl Genehmigungen	11	20
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	5	0

## C.30. STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

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

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

*Richtlinie Methoden  
vertragsärztliche  
Versorgung,  
Anlage I Nr. 4:  
Stoßwellentherapie bei  
Harnsteinen  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 1 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 24.11.1995*

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung /Hygieneprüfung		
Einzelfallprüfung durch Stichproben / Dokumentationsprüfung		
Fortbildung / Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte		
Beratung		

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	129	109
Anzahl beschiedene Anträge	20	4
– davon Anzahl Genehmigungen	20	4
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
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	Keine Angaben möglich	0



### C.31. STRAHLENDIAGNOSTIK/-THERAPIE

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

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

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

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

Vereinbarung von  
Qualifikationsvoraus-  
setzungen zur  
Durchführung von  
Untersuchungen  
in der diagnostischen  
Radiologie und  
Nuklearmedizin und  
von Strahlentherapie  
(Vereinbarung zur  
Strahlendiagnostik  
und -therapie),  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 2 SGB V  
Gültigkeit:  
Neufassung 1.4.1993  
zuletzt geändert:  
1.1.2007

<b>Akkreditierungsvoraussetzungen</b>	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen	✓
<b>Eingangsprüfung</b>	obligates Kolloquium (Osteodensitometrie)	✓
<b>Kolloquium</b>	obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei der Osteodensitometrie; zur allgemeinen Röntgendiagnostik, Computertomographie, Strahlentherapie oder Nuklearmedizin wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erbracht wurden; gegebenenfalls bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung (allgemeine Röntgendiagnostik und Computertomographie, aufgrund regionaler Regelungen bei Strahlentherapie und Nuklearmedizin)	✓
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehung/Hygieneprüfung</b>	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung</b>	Stichprobenprüfung zur Röntgendiagnostik und Computertomographie (Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin aufgrund regionaler Vereinbarungen); Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens 4 % der Ärzte, jeweils zwölf Fälle)	✓
<b>Fortbildung/Qualitätszirkel</b>		
<b>Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte</b>	jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an Gemeinsamen Bundesausschuss (zu Strahlendiagnostik und Nuklearmedizin aufgrund regionaler Vereinbarungen)	✓
<b>Beratung</b>		

122

Richtlinien über  
Kriterien zur Qualitäts-  
beurteilung in  
der radiologischen  
Diagnostik  
(Röntgendiagnostik und  
Computertomographie)  
Rechtsgrundlage:  
§ 136 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 1.10.1992  
zuletzt geändert:  
13.3.1997

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur diagnostischen Radiologie	2.642	2.265				
Anzahl beschiedene Anträge	338	143				
– davon Anzahl Genehmigungen	331	142				
– davon Anzahl Ablehnungen	7	1				
Kolloquien (Antragsverfahren)	6	1				
– davon bestanden	4	1				
– davon nicht bestanden	2	0				
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0				
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	9**	2*				
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)</b>	<b>2008***</b>					
Anzahl geprüfter Ärzte – Diagnostische Radiologie	210					
– davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	184					
– davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	26					
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“				
<b>Kriterium</b> (§ 4 Abs. 3, Ziffer 1 - 5)		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
– davon ohne Beanstandungen	146	0	0	0	15	0
– davon mit <i>geringen</i> Beanstandungen	32	0	0	0	8	0
– davon mit <i>erheblichen</i> Beanstandungen	3	0	0	0	1	0
– davon mit <i>schwerwiegenden</i> Beanstandungen	3	0	0	0	2	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3 Buchst. a und Nr. 4 Buchst. a)	76					
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3 Buchst. a und Nr. 4 Buchst. a)	0					
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. b und Nr. 4 Buchst. b)	10					

C.31.1.  
Diagnostische Radiologie:  
Anlage I  
nach Klassen I-XIII  
(außer VII und XI)

123

\*Zahlen aus den Bezirksdirektionen Stuttgart und Reutlingen nicht ermittelbar  
\*\*Zahlen aus der Bezirksdirektion Stuttgart nicht ermittelbar  
\*\*\*Die Auswertung der Stichprobenprüfung im Jahr 2007 erfolgte nicht differenziert nach Routine- und Mängelprüfung

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	2008***
Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c und Nr. 4 Buchst. c)	1
– davon bestanden	1
– davon nicht bestanden	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c Satz 4 und Nr. 4 Buchst. c 2. Halbsatz und Buchst. e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. c Satz 6 und Nr. 4 Buchst. c 2. Halbsatz)	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. d und Nr. 4 Buchst. d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0
– davon <i>ohne</i> Mängel	0
– davon <i>mit</i> Mängel	0

\*Zahlen aus den  
Bezirksdirektionen  
Stuttgart und  
Reutlingen nicht  
ermittelbar

\*\*Zahlen aus der  
Bezirksdirektion  
Stuttgart nicht  
ermittelbar

\*\*\*Die Auswertung  
der Stichprobenprüfung  
im Jahr 2007 erfolgte  
nicht differenziert  
nach Routine- und  
Mängelprüfung

## C.31.2. COMPUTERTOMOGRAPHIE

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Computertomographie	391	353
Anzahl beschiedene Anträge	78	29
– davon Anzahl Genehmigungen	72	28
– davon Anzahl Ablehnungen	6	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	2	2
– davon bestanden	2	1
– davon nicht bestanden	0	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	5**	1*

Anlage I - Klasse VIII

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichprobe)	2008***					
Anzahl geprüfter Ärzte – Computertomographie	15					
– davon wg. § 4 Abs. 2 („Routineprüfung“)	12					
– davon wg. § 4 Abs. 3 („Mängelprüfung“)	3					
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	3,8% (eine BD hat gemäß den Vorgaben der KVBW nicht gleichzeitig bei den betreffenden Ärzten Röntgen- und CT-Dokumentationen angefordert)					
Begründung, falls die Anzahl der zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	–					
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“				
<b>Kriterium</b> (§ 4 Abs. 3, Ziffer 1 - 5)		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
– davon ohne Beanstandungen	12	0	0	0	3	0
– davon mit geringen Beanstandungen	0	0	0	0	0	0
– davon mit erheblichen Beanstandungen	0	0	0	0	0	0
– davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0	0	0	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3 Buchst. a und Nr. 4 Buchst. a)	1					
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3 Buchst. a und Nr. 4 Buchst. a)	0					
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 Buchst. b und Nr. 4 Buchst. b)	1 (wegen Fachfremdheit)					

\*Zahlen aus den Bezirksdirektionen Stuttgart und Reutlingen nicht ermittelbar

\*\*Zahlen aus der Bezirksdirektion Stuttgart nicht ermittelbar

\*\*\*Die Auswertung der Stichprobenprüfung im Jahr 2007 erfolgte nicht differenziert nach Routine- und Mängelprüfung

### C.31.3. OSTEODENSITOMETRIE

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Osteodensitometrie	352	272
Anzahl beschiedene Anträge	47	9
– davon Anzahl Genehmigungen	47	9
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	4*	11
– davon bestanden	4	11
– davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1**	1**

Anlage I - Klasse XI  
Anlage III - Klasse VI

\* im Bereich der KVBW wurde das obligatorische Kolloquium durch den Vorstand seit Februar 2008 vorerst ausgesetzt  
\*\* Zahlen in den Bezirksdirektionen Stuttgart und Reutlingen nicht ermittelbar

### C.31.4. STRAHLENTHERAPIE

Genehmigungen Stand	2008	2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Strahlentherapie	121	111
Anzahl beschiedene Anträge	27	11
– davon Anzahl Genehmigungen	27	11
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0
– davon bestanden	1	0
– davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1**	1*

Anlage II

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

### C.31.5. NUKLEARMEDIZIN

Anlage III,  
nach Klassen I-V

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Nuklearmedizin	232	236
Anzahl beschiedene Anträge	21	15
– davon Anzahl Genehmigungen	21	15
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	3	0
– davon bestanden	3	0
– davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1**	0*

\*Zahlen in den  
Bezirksdirektionen  
Stuttgart und  
Reutlingen nicht  
ermittelbar

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



## C.32. SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

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

(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 31. Dezember 2002 und zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten) sind Elemente der Qualitätssicherung wesentliche Bestandteile der Richtlinie. Insbesondere ergaben sich nachfolgende Änderungen:

- 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 (Konsiliarier) abgestimmt haben und der Patient dem Konsiliarier mindestens einmal im Quartal vorgestellt wird.
- Der substituierende Arzt muss für jeden substituierten Patienten zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellen (das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht) und den Verlauf daran kritisch überprüfen.
- Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Behandlungsfälle pro Quartal.
- Abweichend von den Stichproben-Überprüfungen sind der Kommission Substitutionsbehandlungen bei Jugendlichen, bei Abhängigkeitsdauer von weniger als zwei Jahren oder bei einer Codein/Dihydrocodein(DHC)-Substitution unmittelbar bei Therapiebeginn zu melden.
- Eine Überprüfung der Substitutionsbehandlungen ist nach jeweils fünf Jahren Substitution obligat.

*Richtlinie Methoden  
vertragsärztliche  
Versorgung  
Anlage I Nr. 2:  
Substitutionsgestützte  
Behandlung  
Opiatabhängiger  
Rechtsgrundlage:  
§ 135 Abs. 1 SGB V  
Gültigkeit:  
seit 1.10.1991  
zuletzt geändert:  
1.1.2003*

<b>Akkreditierungsvoraussetzungen</b>	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; organisatorische Vorgaben	✓
<b>Eingangsprüfung</b>		
<b>Kolloquium</b>		
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehung /Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben / Dokumentationsprüfung</b>	Anzeige inklusive Dokumentation aller Fälle zu Beginn der Behandlung an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen; pro Quartal Prüfung von mindestens 2 % der abgerechneten Fälle; alle Fälle nach 5 Jahren Behandlung	✓
<b>Fortbildung / Qualitätszirkel</b>		
<b>Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte</b>	Ergebnis der Überprüfungen als schriftlicher Bericht an den Arzt; alle 2 Jahre Bericht der Qualitätssicherungskommission über gesamten Zuständigkeitsbereich an Kassenärztliche Vereinigung und (Landes-) Verbände der Krankenkassen	✓
<b>Beratung</b>	jederzeit auf Wunsch des Arztes und bei Mängeln nach Dokumentationsprüfung	✓

Genehmigungen/Versorgung Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit Genehmigung*)	356	353
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal 2008)	284	298
Anzahl beschiedene Anträge	15	12
– davon Anzahl Genehmigungen	14	12
– davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	9	13
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	109	106
<b>Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)</b>		
Anzahl geprüfter Ärzte	–	–
Anzahl geprüfter Fälle	638	676
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	505	551
– davon mit <i>geringen</i> Beanstandungen	114	107
– davon mit <i>erheblichen</i> Beanstandungen	16	6
– davon mit <i>schwerwiegenden</i> Beanstandungen	0	12
<b>5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)</b>		
Anzahl geprüfter Fälle	255	191
– davon <i>ohne</i> Beanstandungen	198	143
– davon <i>mit</i> Beanstandungen	57	48
<b>Patienten</b>		
Anzahl Patienten im Jahr 2008	8.741	8.740
<b>Anmeldungen / Abmeldungen</b>		
Summe Anzahl Patienten an-/ und abmeldungen im Jahr 2008	9.446	10.028

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

### C.33. 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 (Ultraschallvereinbarung) zu erteilen. Die Genehmigung

ist neben der Erfüllung der fachlichen Qualifikation an den Nachweis der apparativen Ausstattung durch eine Gerätebestätigung des Herstellers gebunden.

Wie zwischenzeitlich bekannt ist, wurde die Ultraschallvereinbarung mit Wirkung zum 01.04.2009 geändert. Nähere Ausführungen finden sich dann im Qualitätsbericht 2009.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung (regionale Regelungen); bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und ggf. bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung /Hygieneprüfung	gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben / Dokumentationsprüfung		
Fortbildung / Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme / Benchmarkberichte		
Beratung		

*Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschallvereinbarung)*  
 Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V  
 Gültigkeit: 1. Neufassung 1.4.1993 zuletzt geändert: 1.4.2005, (2. Neufassung 1.4.2009)

Genehmigungen Stand	31.12.2008	31.12.2007
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	9.794	9.302
Anzahl beschiedene Anträge *	2.320	1.441
– davon Anzahl Genehmigungen	2.251	1.398
– davon Anzahl Ablehnungen	69	43
Kolloquien (Antragsverfahren)	269	201
– davon bestanden	228	174
– davon nicht bestanden	41	31
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen *	0	2
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung *	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich

*\*(Teil-)Genehmigungen,  
nicht Anzahl Ärzte*

Genehmigungsbereiche (nach Vereinbarung gültig bis zum 31.3.2009)		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand	31.12.2008	31.12.2007
1) Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	366	322
2.1) Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	176	160
2.2) Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	203	188
3) Nasennebenhöhlen	414	410
4) Gesichtsteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	950	867
5) Schilddrüse	3.389	3.162
6.1.1) Echokardiographie/ <i>Erwachsene</i>	605	610
6.1.2) Echokardiographie/ <i>Kinder</i> (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	52	50
6.2.1) Doppler-Echokardiographie/ <i>Erwachsene</i>	512	511
6.2.2) Doppler-Echokardiographie/ <i>Kinder</i> (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	43	44
6.3) Belastungs-Echokardiographie	223	208
7) Thoraxorgane (ohne Herz)	1.370	1.310
8) Brustdrüse	1.033	988
9.1) Abdomen und Retroperitoneum/ <i>Erwachsene</i> (einschl. Nieren)	5.652	4.755
9.2) Abdomen und Retroperitoneum/ <i>Erwachsene</i> (einschl. Nieren)	1.152	995
10.1) Uro-Genitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane)	2.451	2.466
10.2) Weibliche Genitalorgane	1.492	1.152
11.1) Geburtshilfliche Basisdiagnostik	1.464	1.425
11.2) Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	904	892

<b>Genehmigungsbereiche</b> (nach Vereinbarung gültig bis zum 31.3.2009)		
<b>Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand</b>	<b>31.12.2008</b>	<b>31.12.2007</b>
12) Bewegungsorgane (ohne Säuglings Hüften)	929	890
13) Säuglings Hüften	siehe sep. Kapitel	siehe sep.Kapitel
14.1.1) Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	1.094	1.061
14.1.2) Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	1.072	979
14.1.3) Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	191	177
14.1.4) Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	Siehe 14.3.6.	Siehe 14.3.6
14.2.1) Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	297	285
14.3.1) Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	622	571
14.3.2) Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	481	456
14.3.3) Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	418	386
14.3.4) Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	199	187
14.3.5) Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	85	77
14.3.6) Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	362	340
14.4.1) Venen der Extremitäten(B-Mode)	997	788
15) Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	31	26

## C.34. ULTRASCHALLDIAGNOSTIK 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. 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.

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen Anforderungen	✓
Eingangsprüfung		
Kolloquium	obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung /Hygieneprüfung	optional bei technischen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (Beratung am Ort der Leistungserbringung) und ggf. im Rahmen der Genehmigungserteilung	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	KV prüft alle 24 Monate mindestens 12 Fälle (48 Bilddokumentationen, 12 schriftliche Dokumentationen); bei Mängeln engere Prüfintervalle	✓
Fortbildung/ Qualitätszirkel		
Rückmeldesysteme/ Benchmarkberichte	jährliche Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch Kassenärztliche Vereinigung; Zusammenstellung an Vertragspartner auf Anforderung	✓
Beratung	eingehende Beratung bei Dokumentationsmängeln, kann in Form eines Kolloquiums erfolgen	✓



Genehmigungen Stand	2008		2007	
	Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 01.01.	951		932
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	995		953	
<b>Anzahl beschiedene Anträge</b>	<b>neu</b>	<b>erneut</b> (§ 11 Abs. 3 S.5)	<b>neu</b>	<b>erneut</b> (§ 11 Abs. 3 S.5)
– davon Anzahl Genehmigungen	52	0	50	0
– davon Anzahl Ablehnungen	1	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	4		1	
– davon bestanden	4		1	
– davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl der Widerrufe von				
Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	7		1	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	8		20	

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)								
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i. V. m. § 3)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
	2008	102	22	36	11	14	7	100
	2007	97	48	48	18	17	10	222
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
– Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis... in Stufe II und... Stufe III	2008	220	20	11	9	9	10	13
	2007	422	26	5	1	1	1	4
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs.2)	Stufe II	schriftliche Dokumentation		bildliche Dokumentation		schriftl. + bildl. Doku.		
	2008	56		772		329		
	2007	83		1972		374		
	Stufe III	schriftliche Dokumentation		bildliche Dokumentation		schriftl. + bildl. Dokumentation		
– Anzahl Beurteilungen	2008	2		41		13		
	2007	1		57		20		
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9)		sachgerecht gem. § 9		Wiederholungspr. 6 Monate		Wiederholungspr. 3 Monate		Widerruf
	2008	143		109		37		3
	2007	190		227		42		1
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
	2008	72	17	26	6	6	3	44
	2007	6	6	1	0	0	0	7
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
	2008	138	6	7	2	8	8	5
	2007	20	0	0	0	0	0	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)								
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)  – Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9		erneute Wiederholungs- prüfung 6 Monate				Widerruf	
	2008	117	50				7	
	2007	14	6				0	
Beurteilung erneuter Wieder- holungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4)  – Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis... in Stufe II und... Stufe III	Stufe II	0	1	2	3	4	5	>5
	2008	3	0	0	0	0	0	0
	2007	0	0	0	0	0	0	0
	Stufe III	0	1	2	3	4	5	>5
	2008	3	0	0	0	0	0	0
	2007	0	0	0	0	0	0	0
Ergebnis erneuter Wieder- holungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S.4)  – Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9			Widerruf				
	2008		2007		2008		2007	
	3		0		0		0	

**Bemerkung:**

Von 48 Ärzten wurden weniger als 12 Patientendokumentationen eingereicht, da diese insgesamt zu wenig abgerechnet haben. Im einzelnen waren dies:

Bei 3 Ärzten je 1 Dokumentation

Bei 6 Ärzten je 2 Dokumentationen

Bei 4 Ärzten je 3 Dokumentationen

Bei 6 Ärzten je 4 Dokumentationen

Bei 2 Ärzten je 5 Dokumentationen

Bei 3 Ärzten je 6 Dokumentationen

Bei 7 Ärzten je 7 Dokumentationen

Bei 5 Ärzten je 8 Dokumentationen

Bei 6 Ärzten je 9 Dokumentationen

Bei 4 Ärzten je 10 Dokumentationen

Bei 2 Ärzten je 11 Dokumentationen

1 Arzt hat freiwillig anstelle 12 Dokumentationen 14 Dokumentationen gesandt.

### **C.35. ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI**

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

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert künftig von allen zytologieverantwortlichen Ärzten im zweijährigen Abstand jeweils zwölf Präparate mit der dazugehörigen Dokumentation und Befundung an.

Ferner muss sowohl vom zytologieverantwortlichen Arzt selbst als auch von seinen Präparatebefundern alle 2 Kalenderjahre eine themenbezogene Fortbildung über 40 Stunden Dauer nachgewiesen werden.

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

Akkreditierungsvoraussetzungen	Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Anforderungen; organisatorische Vorgaben	✓
Eingangsprüfung	Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)	✓
Kolloquium	bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung; bei Auffälligkeiten in der Jahresstatistik; wenn Stellungnahme des Arztes nicht ausreichte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und ggf. bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung	✓
Frequenzregelung		
Rezertifizierung		
Praxisbegehung/Hygieneprüfung Dokumentationsprüfung	ggf. im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Mängeln in der Dokumentationsprüfung, ggf. Praxisbegehung zusätzlich zum Kolloquium	✓
Einzelfallprüfung durch Stichproben/	ab 1.1.2008 prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen alle 24 Monate 12 Präparate mit Dokumentationen; jährliche Statistik Statistik der Zytologen an Kassenärztliche Vereinigung	✓
Fortbildung/Qualitätszirkel	zytologieverantwortlicher Arzt: alle 2 Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder: alle 2 Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung	✓
Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte	jährliche Statistik der Zytologen mit Korrelation zu histologischen Befunden an Kassenärztliche Vereinigung; Benchmarkberichte der Kassenärztlichen Vereinigung an die Zytologen; jährliche statistische Auswertung an die Vertragspartner	✓
Beratung	eingehende Beratung bei Dokumentationsmängeln	✓

*Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu zytologischen Untersuchungen von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V Gültigkeit: seit 1.7.1992 zuletzt geändert: 1.10.2007*

<b>Genehmigungen Stand</b>	<b>31.12.2008</b>	<b>31.12.2007</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	163	175
Anzahl beschiedene Anträge	9	5
– davon Anzahl Genehmigungen	7	5
– davon Anzahl Ablehnungen	2	0
Anzahl Prüfungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 der Vereinbarung (Präparateprüfung)	5	2
– davon bestandene Prüfungen	3	2
– davon nicht bestandene Prüfungen	2	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	14	6
<b>Stichprobenprüfung der Präparatequalität und der Dokumentation (§ 7)</b>		
Anzahl geprüfter Ärzte nach § 7 Abs. 3		ab 2009
– davon bestanden		ab 2009
– davon nicht bestanden		ab 2009
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach § 7 Abs. 6		ab 2009
– davon bestanden		ab 2009
– davon nicht bestanden		ab 2009
Kolloquien nach § 7 Abs. 6		ab 2009
– davon bestanden		ab 2009
– davon nicht bestanden		ab 2009
Anzahl Widerrufe nach § 7 Abs. 6		ab 2009

## D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

Seit Inkrafttreten des EBM 2000plus zum 1. April 2005 und im weiterführenden EBM 2008 wurden weitere Leistungen unter Qualifikationsvorbehalt gestellt. Die fachlich-inhaltlichen Anforderungen werden entweder im EBM selbst oder durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Die im Einzelnen angegebenen Nummern beziehen sich auf die Gebührenordnungsnummern des EBM.

**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 und / oder für die orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen dürfen von Vertragsärzten des hausärztlichen Versorgungsbereiches nur dann berechnet werden, wenn sie nachweisen, dass sie diese Untersuchungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben. Interessierte Ärzte müssen auch hierfür einen Antrag bei ihrer KV stellen. Die Abrechnung dieser Positionen wird auf Antrag auch dann gewährt, wenn eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung nachgewiesen werden kann. Dies betrifft die Nummern 03350-03352 EBM.

## D.5. KREBSFRÜHERKENNUNG BEI DER FRAU

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltene Leistung nach der Nr. 01730 EBM „Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat. Ab dem 01.01.2008 wurde die Nr. 01735 EBM „Beratung gemäß §4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in §62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 01.04.1987 geborene Frauen“ eingeführt. Hausärzte, welche berechtigt sind, die Nr. 01730 EBM abzurechnen, erfüllen auch die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der neuen Nr. 01735 EBM.

## D.6. EMPFÄNGNISREGELUNG

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistungen nach den Nrn. 01821, 01822, 01828 EBM „Empfängnisregelung“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat.

## D.7. NEUROPHYSIOLOGISCHE ÜBUNGSBEHANDLUNG

Die Abrechnung von Leistungen der „neurophysiologischen Übungsbehandlungen“ ist nur für bestimmte Fachgruppen vorgesehen. Danach können Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Phoniatrie

und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Neurochirurgie, Nervenheilkunde sowie Orthopädie Leistungen des Kapitels 30.3 des EBM 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.



*\* derzeit werden die Zahlen in reine Genehmigungen bereinigt. Diese Bereinigung ist noch nicht in allen Bezirksdirektionen abgeschlossen.  
\*\* Anzahl in BD Reutlingen nicht ermittelbar*

Leistung Rechtsgrundlage EBM		Chiro- therapie	Diabetischer Fuß	Funktionsstörung der Hand	Orientierende entwicklungsneur. Untersuchung	Krebsfrüh- erkennung bei der Frau	Empfängnis- regelung	Neurophysiolo- gische Übungs- behandlung	Physikalische Therapie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2008	1.424	1470	444	370	1.000	951	192*	687*
	2007	1.353	1.338	411	377	1.045	1.222	487	807
Anzahl beschiedener Anträge	2008	71	151	38	3	10	3	1	15
	2007	74	129	37	10	5	6	10	16
-davon Genehmigungen	2008	71	141	38	0	7	2	0	14
	2007	74	127	37	8	3	3	10	16
-davon Ablehnungen	2008	0	10	0	3	3	1	1	1
	2007	0	2	0	2	2	3	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	2008	0	0	0	0	0	0	0	0
	2007	0	0	0	0**	0**	0**	0	0

Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin Rechtsgrundlage EBM	Anzahl Ärzte mit mind. einer Genehmigung aus dem Schwerpunkt Stand 31.12.	Endokrinologie und Diabetologie		Gastroentero- logie		Hämatologie		Pneumologie		Rheumatologie		Neuropädiatrie		Nephrologie		Kardiologie	
		2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007
Anzahl beschiederener Anträge	2008	15	24	9	9	7	7	39	39	4	4	69	79	0	0	15	15
	2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– davon Genehmigungen	2008	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	0	0	0	0
	2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– davon Ablehnungen	2008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen	2008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# IMPRESSUM

Qualitätsbericht 2008  
der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

**Herausgeber:**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

**Redaktion:**

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

**Autoren:**

Karin Artz  
Norbert Bonauer  
Dr. med. Michael Dierich  
Harald Filipetz  
Susanne Flohr  
Babett Hartung  
Roland Müller  
Doreen Pesler  
Dr. med. Hans Säurle  
Wolfgang Wiedlin

**Anschrift der Redaktion:**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg  
Telefon: 0761 884/43 80  
Telefax: 0761 884/43 99  
E-Mail: [Qualitätsbericht@kvbawue.de](mailto:Qualitätsbericht@kvbawue.de)

**Erscheinungstermin:**

Oktober 2009

**Gestaltung und Realisation:**

Walter Druck GmbH  
70825 Korntal-Münchingen

**Auflage:**

2700

[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)

Alles Gute.

