

# Qualitätsbericht 2011

der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg



Alles Gute.

**KVBW** 

# VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Jahr 2011 brachte die Bundesregierung das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) auf den Weg. Neben einer individuelleren Bedarfsplanung, einer deutlichen Reduktion von Regressverfahren in der Arznei- und Heilmitteltherapie ermöglicht es eine deutlich bessere Vergütung in der Zukunft. Die wohnortnahe und bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung durch Niedergelassene ist eine der wichtigsten Leistungen unseres Gesundheitssystems. Die bestehende qualitativ hochwertige Versorgung gilt es langfristig zu sichern.



Dass sich die Patienten trotz der schwierigen Rahmenbedingungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung auf eine hohe Qualität verlassen können, belegt der aktuelle Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) für das Berichtsjahr 2011. Wir Ärzte und Psychotherapeuten sind stolz darauf. Gleichzeitig trägt er dem Anspruch der Patienten auf Transparenz der Qualität der medizinischen Versorgung Rechnung. Diesem Anspruch kommen wir gerne nach.

In der Rubrik "Berichte aus der Versorgung" berichten wir in diesem Jahr über die Qualitätssicherungselemente bei den Disease Management Programmen (DMP). Hier wird exemplarisch die Erreichung der vereinbarten Qualitätsziele im DMP Diabetes mellitus Typ 2 dargestellt und differenziert betrachtet. Dass die Patienten bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz von den strukturierten Behandlungsprogrammen profitieren, konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden.

Im Kapitel „Aktuelle Themen“ wird unter anderem über die ersten Evaluationsergebnisse zum Mammographie-Screening berichtet. Zusammenfassend zeigt die erste Evaluation des Screeningprogramms den Trend, dass vermehrt Brustkarzinome im Anfangsstadium entdeckt werden. Weitere Themen des Berichtes sind beispielsweise die Stichprobenergebnisse zur Einführung des Qualitätsmanagements in den Praxen. Hier hat sich erneut gezeigt, dass die Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg bei der Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement bestens aufgestellt sind. Weitere Beiträge zu diversen Qualitätsfördermaßnahmen und Serviceangeboten der KVBW runden den redaktionellen Teil des Qualitätsberichts ab.

Verschaffen Sie sich durch die Lektüre des Qualitätsberichts selbst einen vollständigen Überblick über die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung im Lande. Gesellschaft und Politik haben uns zu danken.

Mit freundlichen Grüßen

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

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

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Vorwort</b> .....	<b>01</b>
<b>1. Einführung</b> .....	<b>04</b>
1.1 Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen .....	<b>05</b>
1.2 Theorie und Umsetzung .....	<b>06</b>
1.3 Entwicklung Genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989 – 2011 .....	<b>13</b>
<b>2. Berichte aus der Versorgung</b> .....	<b>15</b>
2.1 Qualitätssicherungselemente bei den Disease Management Programmen .....	<b>14</b>
<b>3. Qualitätsförderung</b> .....	<b>17</b>
3.1 Aktuelle Themen .....	<b>17</b>
3.1.1 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung .....	<b>17</b>
3.1.2 MRSA .....	<b>18</b>
3.1.3 Aufbau des Landeskrebsregisters .....	<b>19</b>
3.1.4 Die Präventionsinitiative / Präventive Koloskopie .....	<b>20</b>
3.1.5 Mammographie-Screening .....	<b>21</b>
3.1.6 Vertrag über die hausärztlich-pädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73b SGB V (Starke Kids) .....	<b>22</b>
3.1.7 Qualitätsmanagement-Richtlinie: Ergebnisse der Stichprobe 2011 .....	<b>23</b>
3.1.8 Fortbildungsverpflichtung .....	<b>25</b>
3.2 Projekte der KVBW .....	<b>27</b>
3.2.1 Vernetzung lokaler Angebote im Rahmen „Früher Hilfen“ mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln - Das Projekt der KVBW bewährt sich .....	<b>27</b>
3.2.2 Qualitätszirkel .....	<b>29</b>
<b>4. Qualitätssicherung Vertragsärztlicher Leistungen</b> .....	<b>31</b>
4.1 Erteilte Genehmigungen 2011 im Vergleich zu 2010 .....	<b>32</b>
<b>5. Service</b> .....	<b>35</b>
5.1 Fortbildungsveranstaltungen .....	<b>35</b>
5.1.1 Informationsbroschüre zur Dokumentationsprüfung im Ultraschall .....	<b>36</b>
5.2 Patientensicherheit: Hygiene- und Medizinprodukte .....	<b>37</b>
5.3 Patientenservice .....	<b>41</b>
5.3.1 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen .....	<b>41</b>
5.3.2 Patienteninformation MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit .....	<b>42</b>
<b>Impressum</b> .....	<b>44</b>

## Anhang

Die Themen und Tabellen des Anhangs finden Sie auf der CD „Qualitätsbericht 2011 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg“, die diesem Bericht beiliegt.

# 1. EINFÜHRUNG

## **Garantiert hohe Qualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg**

Dass sich die Bevölkerung in Baden-Württemberg auf eine garantiert hohe Qualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verlassen kann, dafür sorgt die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) mit Ihren Mitgliedern, den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten.

Zentraler Punkt in der Qualitätssicherung ist die Prüfung der persönlichen und betriebsstättenbezogenen Qualifikation der Leistungserbringer (Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten) durch die KVBW. Dabei hat sich die Anzahl der genehmigungspflichtigen (qualifikationsgebundenen) vertragsärztlichen Leistungen in den letzten rund zehn Jahren mehr als verdoppelt. Diese genehmigungspflichtigen Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst dann erbracht und abgerechnet werden, wenn eine Abrechnungsgenehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung erteilt wurde. Nach Erteilung der Genehmigung unterliegen die Leistungserbringer permanenten Qualitätsprüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung, beispielsweise im Rahmen von Dokumentations- oder Frequenzprüfungen.

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

Der Qualitätsbericht 2011 gibt einen umfassenden Überblick über die vielfältigen Qualitätsförderungsmaßnahmen und -ergebnisse der KVBW. Er gibt einen detaillierten Einblick in das gesamte Genehmigungs- und Prüfgeschehen.

## **Kommissionen der Qualitätssicherung**

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

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

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

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

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

Fachgebiet	Anzahl*
Allgemeinmedizin	5.565
Anästhesiologie	507
Augenheilkunde	696
Chirurgie	798
Frauenheilkunde	1.530
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	499
Haut- und Geschlechtskrankheiten	471
Innere Medizin - hausärztlich	1.589
Innere Medizin - fachärztlich	1.435
Kinder- und Jugendmedizin	963
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	113
Kinder- u. Jugendpsychotherapie	452
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	189
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	152
Nervenheilkunde/ Neurologie/Psychiatrie	787
Neurochirurgie	91
Nuklearmedizin	76
Orthopädie	792
Pathologie	115
Physikalische und Rehabilitative Medizin	63
Psychologische Psychotherapie	1.784
Psychotherapeutische Medizin	850
Radiologie/ Strahlentherapie	539
Urologie	360
<b>Gesamtzahl</b>	<b>20.416</b>

Quelle: KVBW Mitgliederstruktur (Stand 31.12.2011)

\* Inklusive angestellte und ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten

## 1.2 THEORIE UND UMSETZUNG

### Das Richtige richtig tun...

Dieses Motto drückt vielleicht am Besten aus, was Qualität in der Medizin bedeutet. Oder etwas allgemeiner gesprochen: Die Sicherung und Verbesserung der ärztlichen Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsge-rechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche medizinische Versorgung. Jeder Patient soll sicher sein, dass für ihn alle notwendigen, zweckmäßigen und ausreichenden medizinischen Maßnahmen im Fall einer erforderlichen Behandlung ergriffen werden – und das mit einer überprüfbaren Qualität.

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

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

#### Strukturqualität

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

#### Prozessqualität

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

### Ergebnisqualität

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

### Das Zusammenwirken der drei Dimensionen

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

## Instrumente der Qualitätssicherung

### Strukturqualität

bei der Erteilung der Genehmigung:

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

### Prozessqualität

Zur Erhaltung der Genehmigung:

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

### Ergebnisqualität

- Benchmarkberichte
- Rückmeldesysteme
- Jahresstatistiken

Beispiele sind hier:

- Dialyse
- Disease-Management-Programme
- Zytologie Jahresstatistik

## Standards

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

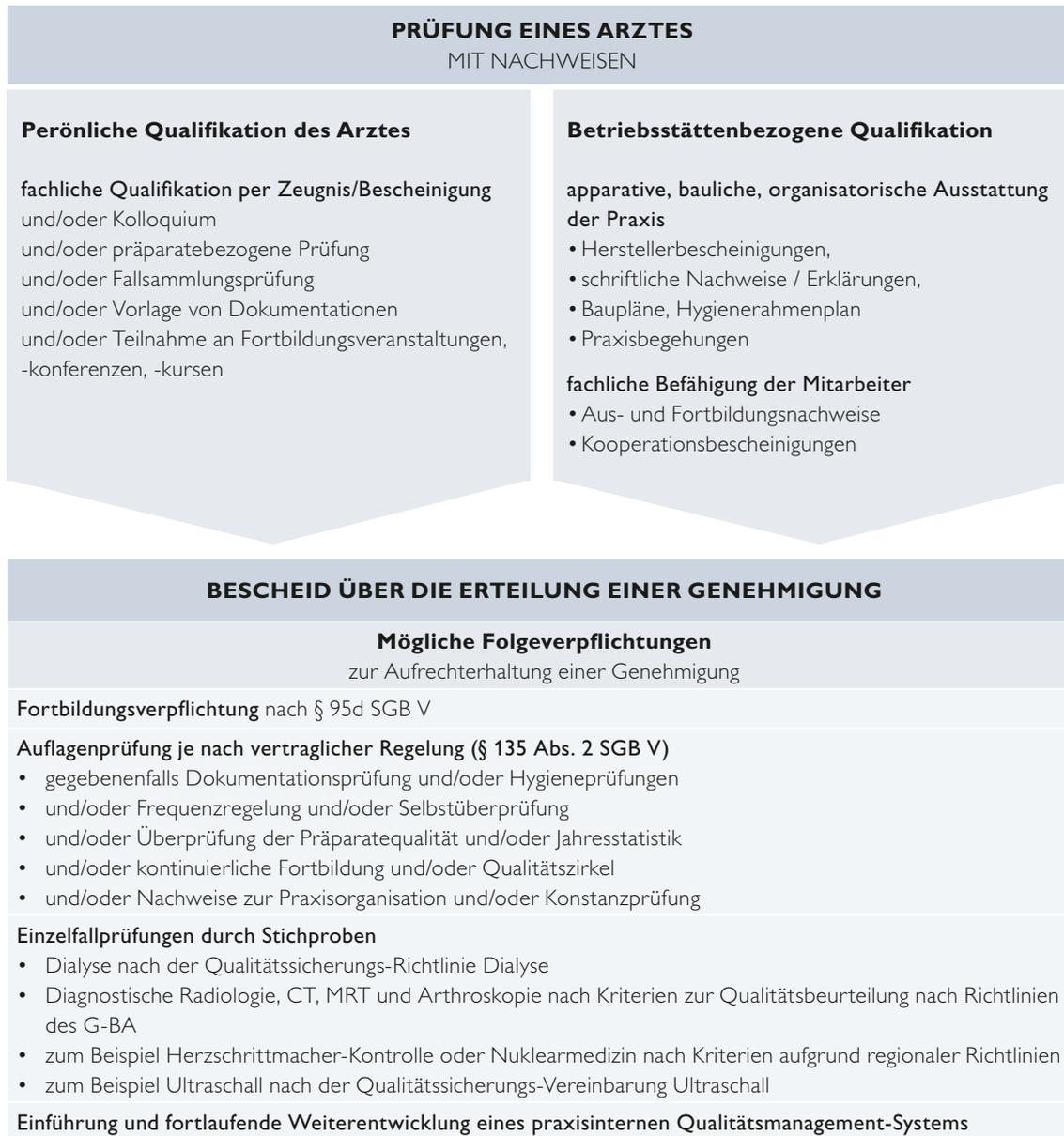
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss aber auch von den Kassenärztlichen Vereinigungen selbst erarbeitet werden. Sie basieren im Wesentlichen auf Erkenntnissen aus der medizinischen Wissenschaft und Forschung insbesondere auf Leitlinien, die aus evidenzbasierten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

## Qualitätssicherung – Instrumente und Ergebnisse

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

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

**Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens**



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

Die KV Baden-Württemberg setzt schwerpunktmäßig folgende Qualitätssicherungsinstrumente ein:

#### **Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen**

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

#### **Eingangsprüfung**

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

#### **Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den geltenden Richtlinien und nach Maßgabe eigener Beschlüsse die Qualität von Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Bei den Qualitätssicherungsbeiräten Diagnostische Radiologie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie werden in der KVBW jährlich mindestens vier Prozent, bei der Arthroskopie jährlich mindestens zehn Prozent und

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

#### **Feedbacksysteme**

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

Die Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen zu den DMP's finden Sie im Internet unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de). Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Dialyse sind unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/45/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/45/) veröffentlicht.

#### **Frequenzregelungen**

Ein wesentlicher Qualitätsfaktor kann die Häufigkeit und Regelmäßigkeit sein, mit der ein Vertragsarzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für Leistungen für die invasive Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen, für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust, der interventionellen Radiologie und der Vakuumbiopsie festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Vertragsärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Un-

tersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

### Rezertifizierung

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

### Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

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

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

### Kontinuierliche Fortbildung

Die Berufsordnungen schreiben eine kontinuierliche Fortbildung zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen fachlichen Kompetenzen vor. Daneben besteht seit dem Jahr 2004 für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten die gesetzliche Verpflichtung zum Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung (§ 95d SGB V). Der

Nachweis ist alle fünf Jahre gegenüber der KVBW in der Regel durch ein Kammerzertifikat zu führen.

Darüber hinaus schreiben viele der bundeseinheitlichen und regionalen Verträge oder Vereinbarungen eine spezielle fachliche Fortbildung vor; wie etwa Disease Management Programme, die Schmerztherapievereinbarung, Onkologievereinbarung oder hausarztzentrierte Versorgungsverträge. In der Schmerztherapie gilt dies sogar für Konferenzen mit persönlicher Vorstellung von Patienten. Der Nachweis der erforderlichen Fortbildung muss im Rahmen solcher Verträge teilweise jährlich erfolgen.

### Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind seit mehr als fünfzehn Jahren eine etablierte Form ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung: Ärzte sowie Psychotherapeuten tauschen sich in moderierten Arbeitskreisen über ihre Tätigkeit aus, um die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Qualitätszirkel sind damit ein wichtiges Instrument der Qualitätsförderung und -sicherung.

Die KVBW unterstützt die Qualitätszirkelarbeit durch die Gewährung einer Moderatoren-Aufwandsentschädigung und durch gezielte Fortbildungsangebote für QZ- Moderatoren.

### Kolloquium/Beratung

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

Vertragsarzt die fachlichen Anforderungen an die Leistungserbringung in dem speziellen Leistungsbe-  
reich noch erfüllt. Der Vertragsarzt hat dann die  
Möglichkeit seine fachliche Befähigung in diesem  
Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen.

### Qualitätsmanagement

Mit dem zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen  
Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden alle

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten  
verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanage-  
ment (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln.

Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisab-  
läufe nach fachlichen Standards und wissenschaftli-  
chen Erkenntnissen effizienter zu gestalten, Fehler  
zu vermeiden und Qualität weiterzuentwickeln.  
Näheres hierzu im Kapitel „Aktuelle Themen“

## Qualitätssicherung – die tägliche Arbeit der Selbstverwaltung

### Kommissionsarbeit in den KVen

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in  
der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Einbindung  
derjenigen, die selbst in ihrem Alltag mit diesen  
Qualitätssicherungsregelungen leben müssen. Denn  
die Qualitätssicherungskommissionen, die die Ent-  
scheidungen der KV vorbereiten, sind mit Mitglie-  
dern der KV besetzt, die selbst eine Genehmigung  
für den betreffenden Bereich haben und damit auch  
die alltägliche Umsetzung der gestellten Anforde-  
rungen aus eigenem Erleben kennen. Die Kommis-  
sionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qua-  
lifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des  
Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und  
Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches  
Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Ent-  
scheidung der KV in Form von Empfehlungen vor-  
zubereiten. Auch in Dokumentations- und Stich-  
probenprüfungen sind die Kommissionen je nach  
Maßgabe der zu Grunde liegenden Vereinbarung/  
Richtlinie eingebunden.

### Besetzung der Kommissionen

Die Qualitätssicherungskommission muss aus min-  
destens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfah-  
renen ärztlichen Mitgliedern zusammengesetzt  
sein, von denen mindestens eines eine abgeschlos-  
sene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet ha-  
ben soll. Bei Gebieten mit diversen Subspezialisie-  
rungen können die Kommissionen die Möglichkeit  
nutzen, weitere Mitglieder zu benennen oder für

Spezialfragen Sachverständige zu einer Sitzung hin-  
zuziehen. Zudem ist es möglich KV-Bereich- oder  
themenübergreifende Kommissionen zu bilden.

Neben dem Vorsitzenden der Kommission neh-  
men in der Regel mindestens zwei weitere ärztli-  
che Mitglieder an der Sitzung teil. Bei einigen Qua-  
litätssicherungsvereinbarungen ist des Weiteren  
die Teilnahme von Vertretern der gesetzlichen  
Krankenkassen vorgesehen (zum Beispiel Substitu-  
tion, Onkologie).

### Geschäftsstellen

Die Arbeit in der Kommission wird unterstützt  
durch eine Geschäftsstelle bei der Kassenärztlichen  
Vereinigung, die die Geschäftsführung der Quali-  
tätssicherungskommission übernimmt. Dazu gehö-  
ren verschiedene vorbereitende und begleitende  
Aufgaben, zum Beispiel:

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

Diese Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit  
einer professionellen Verwaltung ist in allen Kas-  
senärztlichen Vereinigungen als qualitätssichernde  
Maßnahme institutionell verankert.

### 1.3 ENTWICKLUNG GENEHMIGUNGSPFLICHTIGER LEISTUNGEN 1989 – 2011

Jahr	Leistungen
1989	<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>• Schlafapnoe</li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
1990-1993	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apherese</li> <li>• Chirotherapie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• Kernspintomographie</li> <li>• Labor</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• Mammographie</li> <li>• Onkologie</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Röntgen</li> <li>• Schlafapnoe</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>
1994-1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amb. Operieren</li> <li>• Apherese</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Chirotherapie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• Kernspintomographie</li> <li>• Labor</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Mammographie</li> <li>• Onkologie</li> <li>• Otoakust. Emissionen</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>
1998-2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amb. Operieren</li> <li>• Apherese</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Chirotherapie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• <b>invasive Kardiologie</b></li> <li>• Kernspintomographie</li> <li>• Labor</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Mammographie</li> <li>• Onkologie</li> <li>• Otoakust. Emissionen</li> <li>• PDT</li> <li>• <b>Physik. med. Leistung</b></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>
2002-2005	<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 Diab. m. Typ 2</li> <li>• DMP KHK</li> <li>• Handchirurgie</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• invasive Kardiologie</li> <li>• Kernspintomographie</li> <li>• Koloskopie</li> <li>• Labor</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Mammographie</li> <li>• Onkologie</li> <li>• Otoakust. Emissionen</li> <li>• PDT</li> <li>• Physik. med. Leistung</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• <b>Rehabilitation</b></li> <li>• Röntgen</li> <li>• Schlafapnoe</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Sozialpsychiatrie</li> <li>• <b>Soziotherapie</b></li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
2006-2009	<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 Diab. m. Typ 1</li> <li>• DMP Diab. m. Typ 2</li> <li>• DMP KHK</li> <li>• Handchirurgie</li> <li>• <b>Hautkrebs-Screening</b></li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• <b>Histopathologie HKS</b></li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Homöopathie</li> <li>• <b>Intervent. Radiologie</b></li> <li>• <b>invasive Kardiologie</b></li> <li>• Kernspintomographie</li> <li>• Koloskopie</li> <li>• Labor</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Mammographie</li> <li>• <b>Mam.-Screening</b></li> <li>• <b>MR-Angiographie</b></li> <li>• Onkologie</li> <li>• Otoakust. Emissionen</li> <li>• PDT</li> <li>• Physik. med. Leistung</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• <b>PTK</b></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>
2010-2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akupunktur</li> <li>• Amb. Operieren</li> <li>• Apherese</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• <b>Balneophototherapie</b></li> <li>• Chirotherapie</li> <li>• Diabetischer Fuß</li> <li>• Dialyse</li> <li>• DMP Asthma/COPD</li> <li>• DMP Brustkrebs</li> <li>• DMP Diab. m. Typ 1</li> <li>• DMP Diab. m. Typ 2</li> <li>• DMP KHK</li> <li>• Handchirurgie</li> <li>• Hautkrebs-Screening</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• Histopathologie HKS</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Homöopathie</li> <li>• Intervent. Radiologie</li> <li>• invasive Kardiologie</li> <li>• Kernspintomographie</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. 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>

Genehmigungsbereiche in Fettdruck: Neue Vereinbarung gegenüber dem vorherigen Zeitraum

## 2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

### 2.1 QUALITÄTSSICHERUNGSELEMENTE BEI DEN DISEASE MANAGEMENT PROGRAMMEN

#### 2.1.1 Indikationsspezifische Berichte

Die Disease-Management-Programme (DMP) wurden vom Gesetzgeber mit dem Ziel eingeführt, die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Grundpfeiler dieser Programme sind

- die Einbindung der chronisch Kranken und die Stärkung ihrer Selbstkompetenz durch krankheitsspezifische Schulungen,
- die regelmäßige Vorstellung beim Hausarzt und Überprüfung der aktuellen Befunde
- die frühzeitige und strukturierte Einbindung der fachärztlichen Ebene zur Vermeidung von Folgeerkrankungen und Komplikationen
- die kontinuierliche Dokumentation der Befunde und die regelmäßige Auswertung der in der Praxis erhobenen Daten.

Mittlerweile gibt es sechs Programme zu folgenden Indikationen:

1. **DMP Diabetes mellitus Typ 1**
2. **DMP Diabetes mellitus Typ 2**
3. **DMP Koronare Herzkrankheit**
4. **DMP Asthma**
5. **DMP COPD**
6. **DMP Brustkrebs.**

Ein wesentliches Grundelement der Qualitätssicherung im DMP stellt dabei die Auswertung der erhobenen Dokumentationsdaten dar. Organisato-

risch ist dies bei der Gemeinsamen Einrichtung angesiedelt, die paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung besetzt ist. Die Gemeinsame Einrichtung erstellt auf der Basis der Dokumentationsdaten zweimal jährlich für jede Praxis und jede Indikation einen Bericht. Dieser Bericht spiegelt zum einen das individuelle Geschehen in der eigenen Praxis wider; zum anderen ermöglicht er einen Vergleich mit allen in Baden-Württemberg teilnehmenden Praxen. Die Berichte werden den Vertragsärzten über das Mitgliederportal zur Verfügung gestellt.

So kann jeder teilnehmende Arzt in seinem persönlichen indikationsspezifischen Bericht unmittelbar erkennen, ob und in welcher Weise er die vertraglich vereinbarten Qualitätsziele erreicht hat und wie seine individuellen Zielreichungsergebnisse im Verhältnis zu den Ergebnissen aller Ärzte in Baden-Württemberg (sogenannte Grundgesamtheit) aussehen. Viele Ärzte besprechen auch die Ergebnisse in ihren regionalen Qualitätszirkeln. Durch den Austausch können sie ihre individuellen Behandlungsmethoden überprüfen und dadurch ihre Behandlung weiter optimieren.

Der Gesamtbericht für ganz Baden-Württemberg bildet die Ergebnisse aller Ärzte in Baden-Württemberg ab. Er wird halbjährlich auf der Homepage der KVBW [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) veröffentlicht.

#### 2.1.2 DMP-spezifische Fortbildungsveranstaltungen

Die KVBW bietet regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu allen DMP-Indikationen an. Damit können alle Ärzte, die an einem DMP teilnehmen,

sich regelmäßig fortbilden und zudem im Rahmen der vertraglich geforderten Strukturqualität ihre jährlichen Fortbildungsnachweise erwerben.

### 2.1.3 Diabetes-Kommission

Der Vorstand der KVBW hat für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit speziell eine Kommission (Diabetes-Kommission) berufen. Dieses Gremium berät den Vorstand der KVBW in komplexen Fragestellungen

der Diabetologie und beantwortet insbesondere auch medizinische Fragen der Ärzte zu den indikationsspezifischen Berichten und dem breiten Feld der Diabetologie insgesamt.

### 2.1.4 Was wurde erreicht

Im Folgenden werden exemplarisch die Ergebnisse des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg vorgestellt. Die für das Jahr 2011 angegebenen Zahlen beziehen sich dabei auf den zweiten Bericht der Gemeinsamen Einrichtung für Baden-Württemberg.

Von den zwölf vereinbarten Qualitätszielen werden 2011 sieben erreicht (individuellen HbA1c-Wert einhalten, Anteil der Patienten mit einem HbA1c-Wert unter 8,5 %, Vermeiden von Hypoglykämien und stationären Diabetes-Behandlungen, Blutdruck unter 140/90 mmHg bei Hypertonie, Überprüfen der Nierenfunktion, Verordnen von Metformin bei Übergewicht).

Unterschritten wird die gewünschte Quote bei dem Anteil der bei der Verordnung von Thrombozyten-Aggregationshemmern in der Gruppe von Patienten mit spezifischen Indikationen, der Überprüfung der Netzhaut sowie der Überweisung von Patienten mit einer schweren Fußläsion sowie bei den Patientenschulungen. Dies werden wir in die Qualitätzirkelarbeit einbringen.

Eine differenziertere Betrachtung lohnt:

Es ist ein zentrales Ziel des DMP für Typ-2-Diabetiker, die Blutdruckeinstellung in einem normotensiv-nahen Bereich zu halten. Im Jahr 2011 erreichten dies 52,3 Prozent der Patienten. Vergleicht man diesen Wert mit dem aus dem Jahr 2006, fällt eine Steigerung des Anteils um 5,5 Prozentpunkte auf. Diese Steigerung kann nicht nur daran liegen, dass seither

vermehrt jüngere Diabetiker eingeschrieben wurden. Die Zahl der übergewichtigen und mit einer oralantidiabetischen Monotherapie versorgten Typ-2-Diabetiker, welche Metformin erhalten, ist seit 2006 von 69,1 Prozent auf 80,8 Prozent in 2011 gestiegen.

Ein Thrombozytenaggregationshemmer soll bei mindestens 80 Prozent aller Patienten mit einer Makroangiopathie verordnet werden. Der in Baden-Württemberg erreichte Zielwert liegt bei 78,8 Prozent, damit wurde das Ziel nur unmaßgeblich verfehlt.

Positiv stellt sich auch die Entwicklung bei den Patientenschulungen dar. Hier werden seit Jahren die Zielwerte nicht erreicht. Als Qualitätsziel wurde hier definiert, dass mindestens 85 Prozent der Patienten innerhalb von vier Quartalen nach Verordnung an einer Schulung teilnehmen. Während dies im Jahr 2008 nur 43,1 Prozent bei den Diabetes-Schulungen und 32,1 Prozent bei den Hypertonie-Schulungen waren, lagen die Werte im Jahr 2011 bei 75,7 Prozent (Diabetes) beziehungsweise 64,9 Prozent (Hypertonie). Diese Entwicklung ist sehr erfreulich.

Zur Früherkennung ist für alle in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten mindestens einmal im Jahr eine ophthalmologische Netzhautuntersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photographie (Fundus-Photographie) durchzuführen. Das Ziel gilt als erreicht, wenn bei mindestens 90 Prozent der Patienten in den letzten zwölf Monaten eine augenärztliche Untersuchung durchgeführt und im Dokumentationsbogen festgehalten

wurde. Der Wert hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert und liegt für das Jahr 2011 mit jetzt 78,6 Prozent nur noch wenig unter dem vertraglich vereinbarten Qualitätsziel.

Im Jahr 2011 wurden 30,6 Prozent (statt wie vorgesehen 75 Prozent) der Patienten mit auffälligem Fußstatus und Wagner 2-5 oder Armstrong C/D in eine entsprechende Einrichtung überwiesen. Es gibt im Verhältnis zum Bundesgebiet überdurch-

schnittlich viele Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg, die berechtigt sind, diese Leistung selbst zu erbringen. Damit entfällt das Überweisungserfordernis. Hinzu kommt, dass es sich bei dieser Gruppe von Patienten um eine sehr kleine Untergruppe handelt. Dort sind möglicherweise dokumentationstechnisch nur schwer abbildbare Sachverhalte in einem Ausmaß relevant, die zu einer Verfälschung des Ergebnisses führen. Dies bedürfte weiterer Analysen.

### 2.1.5 Ausblick

In zahlreichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass die Disease Management Programme vor allem bei schweren Erkrankungen wie Herzinsuffizienz oder Diabetes Verbesserungen bewirken. In den strukturierten Behandlungsprogrammen werden die erforderlichen Untersuchungen und Behandlungsintervalle bereits vorgegeben. Das empfinden zahlreiche Ärzte als Vorteil. Der Dokumentationsbogen wird elektronisch ausge-

füllt. Dadurch werden die regelmäßig erforderlichen Untersuchungen und Schulungsmaßnahmen abgefragt und durchgeführt.

Weiterhin tragen die Patientenschulungsmaßnahmen bei den DMP in einem hohen Maße dazu bei, dass Patienten frühzeitig lernen, mit ihrer Erkrankung umzugehen und ihren Lebensstil zu verändern.

## 3. QUALITÄTSFÖRDERUNG

### 3.1 AKTUELLE THEMEN

#### 3.1.1 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Ende 2010 ist die Rahmen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) in Kraft getreten. Damit wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Versorgung geschaffen. Behandlungsergebnisse können sektorenübergreifend erfasst und bewertet werden. Mit der Richtlinie wird zugleich die Längsschnittbetrachtung von Daten etabliert, die die Aussagekraft von Qualitätsdarstellungen zum Leistungsgeschehen erhöht.

Die Richtlinie beschreibt die Strukturen, die zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) erforderlich sind, und legt die Aufgaben der beteiligten Organisationen fest.

Die Umsetzung der Verfahren und ihre Überführung in den Regelbetrieb setzt eine Reihe von Arbeitsschritten voraus. Dazu zählen die EDV-technische Aufbereitung und die Durchführung von Machbarkeitsprüfungen mit einer kleinen Anzahl freiwilliger Praxen, an die sich ein Probebetrieb mit einer größeren Anzahl freiwilliger Praxen anschließt. Parallel dazu werden durch den G-BA die Rechtsnormen zu den Verfahren in Form der themenspezifischen Richtlinien erarbeitet. Ausgehend vom jetzigen Zeitplan sollen die ersten Verfahren zu Beginn des Jahres 2014 in den Regelbetrieb überführt werden. Wahrscheinlich werden als erstes themenspezifische Richtlinien zur Konisation und zum Katarakt in Kraft treten.

Auf Landesebene erfordert die Umsetzung der Rahmen-Richtlinie zur sektorenübergreifenden Quali-

tätssicherung einschließlich ihrer themenspezifischen Verfahren die Bildung regionaler Landesarbeitsgemeinschaften durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankengesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen. Die Landesarbeitsgemeinschaften haben die Aufgabe, im Rahmen länderbezogener sQS-Verfahren die Ergebnisse zu bewerten und über die Einleitung von QS-Maßnahmen zu entscheiden.

Im Jahr 2011 haben mehrere Gespräche unter Beteiligung aller betroffenen Organisationen stattgefunden. Insbesondere der Sitz der für die sQS einzurichtenden Geschäftsstelle und die Finanzierung der zusätzlich entstehenden Ausgaben wurden dabei diskutiert. Aufgrund des hohen verwaltungstechnischen und bürokratischen Überaufwandes bezweifelt die KBV aktuell die Umsetzbarkeit der sektorübergreifenden Qualitätssicherung nachdem sie eine Machbarkeitsstudie in Auftrag gegeben hat.

Für Praxen wird sich der Übergang zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung über einen längeren Zeitraum vollziehen. Für die Umsetzung der sQS-Verfahren müssen die Praxen der beteiligten Fachgebiete über eine entsprechende Praxisverwaltungssoftware zur Dokumentation und Übermittlung der QS-Daten verfügen, die von den Praxisverwaltungssoftware-Herstellern noch entwickelt werden muss. Obwohl in Abhängigkeit von den jeweils beschlossenen themenspezifischen Richtlinien immer nur bestimmte Arztgruppen betroffen sein werden, ist zu befürchten, dass durch die Einführung der sQS für die Praxen ein zusätzlicher Aufwand entsteht, der nicht durch eine angemessene Erhöhung der Vergütung abgedeckt sein wird.

### 3.1.2 MRSA (sogenannter multi-resistenter Staphylococcus-aureus)

In Deutschland infizieren sich jährlich 400.000 bis 600.000 Patienten im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Ansteckung mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus (MRSA). Die vor allem durch ungezielten Einsatz von Antibiotika und auch durch Antibiotika in der Nahrungskette wahrscheinlich hervorgerufene Resistenz dieses Erregers schränkt die Behandlungsmöglichkeiten erheblich ein. Dadurch wird die Genesung des Patienten hinausgezögert und die Verbreitung der Keime begünstigt.

Durch striktes Einhalten definierter Bedingungen kann die Weiterverbreitung solcher Erreger in medizinischen Einrichtungen und Heimen zumindest deutlich verlangsamt werden. Der Vorteil eines solchen Vorgehens besteht in der Erhöhung der Patientensicherheit sowie mittelfristig in der Einsparung von Kosten bei der Versorgung betroffener Patienten.

Die Entwicklung der vergangenen zehn Jahre war durch eine zunehmende Ausbreitung von MRSA auch außerhalb von Krankenhäusern und Pflegeheimen gekennzeichnet („community-acquired“ [CA-] MRSA). Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind die hochentwickelten Industrienationen, allen voran die USA. Deutschland bewegt sich mit einem geschätzten Anteil von ca. 20 Prozent MRSA an allen identifizierten Staphylococcus-aureus etwa im Mittelfeld einer weiten Spanne, während Länder wie Dänemark oder die Nieder-

lande mit Raten bis zwei Prozent dieses Infektionsproblem deutlich besser im Griff haben.

Vor diesem Hintergrund sah der Gesetzgeber Handlungsbedarf: Im Sommer 2011 wurde eine Änderung des Infektionsschutz-Gesetzes verabschiedet. Es enthält den Auftrag an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, sich über eine Vergütung zur ambulanten Diagnostik und Therapie von mit MRSA besiedelten bzw. infizierten Patienten zu verständigen. Damit soll ein Beitrag geleistet werden zur Reduktion der relativ hohen MRSA-Infektionsraten in Deutschland.

Dieser gesetzliche Auftrag mündete Anfang 2012 in eine Vereinbarung zur zusätzlichen Vergütung der Diagnostik und Therapie von MRSA bei besonders gefährdeten Patientengruppen. Es handelt sich hierbei um eine genehmigungspflichtige Leistung; vor Genehmigung muss der Arzt eine in der Regel internetbasierte Schulung absolvieren. Wir werden im Qualitätsbericht für das Jahr 2012 hierüber detailliert berichten.

Die Bedeutung der MRSA-Infektionen hat sich 2011 auch in der Tätigkeit des Bereichs Medizinprodukte und Hygiene niedergeschlagen. Es zeigt sich, dass im täglichen Umgang mit den Patienten immer wieder Fragen auftauchen. Diese haben ein breites Spektrum, angefangen bei der Frage nach dem nächsten MRSA-Netzwerk oder wo man Merkblätter für Patienten finden kann.

### 3.1.3 Aufbau des Landeskrebsregisters

Entsprechend den Regelungen im Landeskrebsregistergesetz (LKrebsRG) ist seit dem 1. Oktober 2011 jeder Arzt in Baden-Württemberg verpflichtet, alle neu diagnostizierten und diagnostisch gesicherten Krebserkrankungen auf ausschließlich elektronischem Weg an das Krebsregister zu melden.

Der Aufbau eines klinischen und epidemiologischen Krebsregisters ist notwendig, um auf der Basis von belastbaren Daten Risikofaktoren analysieren zu können und um eine Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu schaffen. Nur so können beispielsweise Früherkennungsmaßnahmen wie das Mammographie-Screening in Bezug auf einen der primären Endpunkte, nämlich die Reduktion der Mortalität, ausgewertet werden. Durch Aufbau regionaler Qualitätskonferenzen sollen die erhobenen Daten evaluiert und daraus Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgungsqualität abgeleitet werden.

Bevor die Meldung an das Krebsregister erfolgen kann, muss der Patient ausreichend informiert werden, indem er ein standardisiertes Merkblatt erhält, aus dem auch die Möglichkeit eines Patientenwiderspruchs hervorgeht. Für jeden gemeldeten Patienten wird eine eindeutige Identifikationsnummer nach einem vorgegebenem Schlüssel generiert. So wird sichergestellt, dass auch bei Meldung von mehreren Ärzten zum selben Patienten (beispielsweise aus dem Krankenhaus, vom Pathologen oder vom behandelnden Arzt) die Meldung eindeutig zugeordnet werden kann. Nur so kann die Diagnose und der Therapieverlauf vollständig abgebildet werden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass fast alle Ärzte grundsätzlich den Aufbau eines funktionierenden Krebsregisters inhaltlich unterstützen, zumal da es in Deutschland vergleichsweise relativ wenig Daten über Inzidenzen und Prävalenzen von Tumorerkrankungen gibt.

Zur Verärgerung hat allerdings das komplizierte Anmeldeverfahren geführt: Wer das erste Mal als Melder aktiv wird, muss aus Datenschutzgründen eine ganze Reihe von Verfahren über sich ergehen lassen (beispielsweise Beantragung der Zugangsdaten, Erhalt einer Melder-ID per Post, Zusendung eines Authentifizierungscodes per E-Mail etc.). Sobald der Melder erfolgreich registriert ist, sind dann aber die Folgemeldungen innerhalb kurzer Zeit durchführbar. Der Zeitaufwand für die Meldung, die grundsätzlich auch an qualifizierte Fachangestellte delegiert werden kann, dürfte daher mit zunehmender Routine immer geringer werden.

Empört reagieren die Ärzte angesichts des Aufwandes auf die groteske Vergütung die sie so nicht tolerieren werden: Der Arzt erhält in der Regel pro gemeldetem Patienten zwei Euro für die Grundmeldung und einen Euro als „Qualitätsbonus“. Diese Honorierung wird von vielen Ärzten als nicht kostendeckend eingeschätzt.

Ausführliche Informationen zum Stand und Aufbau des Krebsregisters in Baden-Württemberg sind im Internet unter [www.krebsregister-bw.de](http://www.krebsregister-bw.de) abrufbar.

### 3.1.4 Die Präventionsinitiative / Präventive Koloskopie

Ab dem 50. Lebensjahr können gesetzlich Versicherte eine Darmkrebsfrüherkennung mittels Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhlgang (Stuhlbrieftest) und ab dem 55. Geburtstag eine Dickdarmspiegelung (Vorsorgekoloskopie) durchführen lassen. Ergeben sich bei der Untersuchung keine Auffälligkeiten, ist eine derartige Vorsorgeuntersuchung nach Ablauf von zehn Jahren wieder vorgesehen. Unabhängig davon kann der Arzt bei Krankheitsverdacht jederzeit eine Untersuchung des Dickdarms veranlassen.

Die Ergebnisse der Darmspiegelungen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Als Komplikationen werden unerwartete Ereignisse während der Untersuchung bezeichnet. Dazu zählen sehr selten Verletzungen des Darms, die eine Operation erforderlich machen. Etwas häufiger treten Blutungen im Rahmen endoskopischer

Maßnahmen wie z. B. bei Polypenabtragungen auf. Diese Blutungen werden in aller Regel endoskopisch im Verlauf der gleichen Untersuchung gestillt.

Die Auswertung zeigt, dass bei jedem dritten untersuchten Mann und bei jeder fünften untersuchten Frau Polypen, aus denen sich eine Krebserkrankung entwickeln kann, gefunden wurden. Bei jeder 160. Untersuchung wird eine bösartige Veränderung (Krebs) festgestellt. Die Komplikationsrate beträgt 1: 500; schwerwiegende Komplikationen mit weitergehender Therapie sind sehr selten. Die Gesamt-Teilnahmeraten liegen in Baden-Württemberg etwas unter den bundesweiten Zahlen, insbesondere nahmen 1,6 Prozent weniger Frauen diese Untersuchung wahr. Dagegen nahmen in Baden-Württemberg etwas mehr Männer (17,7 Prozent gegenüber 17,1 Prozent im gesamten Bundesgebiet) an den Vorsorgekoloskopien teil.

#### Vorsorgekoloskopien in Baden-Württemberg

Geschlecht	Anzahl der dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen
Frauen	216.524	17,3 %	23,5 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %
Männer	188.689	17,7 %	34,3 %	0,7 %	0,4 %	0,3 %
<b>Gesamt</b>	<b>405.213</b>	<b>17,5 %</b>	<b>28,5 %</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,3 %</b>	<b>0,2 %</b>

#### Vorsorgekoloskopien Gesamtes Bundesgebiet

Geschlecht	Anzahl der dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen
Frauen	1.891.104	18,9%	23,7%	0,5%	0,2%	0,2%
Männer	1.520.549	17,1%	34,0%	0,7%	0,5%	0,3%
<b>Gesamt</b>	<b>3.411.653</b>	<b>18,0%</b>	<b>28,3%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,2%</b>

Vorsorgekoloskopien in Baden-Württemberg im Vergleich zum gesamten Bundesgebiet  
 Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung Berlin (2010)

Trotz aller bisherigen Anstrengungen, die Bevölkerung für die Vorsorgekoloskopie zu gewinnen, wird dieses Angebot in Baden-Württemberg nur von einem Viertel der Berechtigten in Anspruch genommen.<sup>1</sup> Vor dem Hintergrund dieser insgesamt unzu-

reichenden Teilnahme hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Anfang des Jahres 2012 die Präventionskampagne „Große Probleme fangen winzig an“ gestartet. Wir werden das Thema im Qualitätsbericht für das Jahr 2012 aufgreifen.

<sup>1</sup> Hochrechnung der 17,5 %igen Inanspruchnahme der Jahre 2003 – 2009 auf den gesamten Zehn-Jahres-Zeitraum von 2003 – 2012

### 3.1.5 Mammographie-Screening

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

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

Besondere Anforderungen werden an die so genannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessments). Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit als Programmverantwortlicher eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie u. a. die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

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

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

Im Jahr 2011 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 631.399 Frauen eingeladen, davon haben 331.419 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von rund 52 Prozent).

In dem ersten von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie veröffentlichtem Evaluationsbericht, der die Jahre 2005 bis 2007 umfasst, konnte gezeigt werden, dass die durch eine EU-Leitlinie vorgegebenen Referenzwerte mit Ausnahme der Teilnehmerate (angestrebt wird eine Beteiligung von mindestens 70 Prozent) erreicht wurden: So waren annähernd 20 Prozent der entdeckten Karzinome so genannte In-Situ-Karzinome und bei fast 70 Prozent der Patientinnen mit invasiven Karzinomen waren die Lymphknoten nicht befallen. Zusammengefasst zeigt die erste Evaluation des Früh-

erkenntnisprogramms den Trend, dass vermehrt Brustkarzinome im Anfangsstadium entdeckt werden. Daraus kann die Hoffnung abgeleitet werden, dass durch das Mammographie-Screening tatsächlich eine Reduktion der Brustkrebsmortalität erreicht werden kann. Ein Nachweis für diese Aussage liegt allerdings noch nicht vor, da die bisher ausgewerteten Indikatoren nur Surrogatparameter sind. Erst nach Aufbau der epidemiologischen und klinischen Krebsregister, mit dann systematischer Er-

fassung der Intervallkarzinome und harten Daten in Bezug auf die Überlebenszeit der Frauen mit Brustkrebsdiagnose, wird eine zuverlässige Aussage möglich sein.

Weitere Informationen zum Thema Mammographie-Screening finden Sie im Internet bei folgenden Adressen: [www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de](http://www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de) und [www.mammascreen-bw.de](http://www.mammascreen-bw.de)

### 3.1.6 Vertrag über die hausärztlich-pädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73b SGB V (Starke Kids)

Der in seiner Neufassung am 1. Oktober 2010 in Kraft getretene Vertrag zwischen der Service-Gesellschaft des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg (BKK-VAG) legt besonderes Gewicht auf eine optimierte hausärztlich-pädiatrische Versorgung für Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 14 Jahren. Der Vertrag fördert die koordinierte Behandlung auf qualitativ besonders hochwertigem Niveau, soll Doppeluntersuchungen vermeiden und zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise beitragen. Er gilt für zugelassene Kinder- und Jugendärzte sowie für Fachärzte für Allgemeinmedizin mit vollständiger, fünfjähriger Weiterbildung in Pädiatrie mit Praxissitz in Baden-Württemberg. Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig, jedoch an bestimmte qualifizierende Maßnahmen gebunden (zum Beispiel regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln zu pädiatrischen Themen, jährlicher Erwerb von Zertifizierungspunkten im Fach Pädiatrie).

Auch für Versicherte ist die Teilnahme am Vertrag freiwillig. Sie beinhaltet die Verpflichtung, den Untersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien, der Jugendgesundheitsuntersuchung sowie den zusätzlich angebotenen Vorsorgeuntersuchungen U 10

und U 11 nachzukommen und die von der STIKO empfohlenen Impfungen vornehmen zu lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ist nicht als Partner an diesem Vertrag beteiligt, sondern übernimmt gemäß einer mit der BKK-VAG geschlossenen Vereinbarung als Dienstleister die Abrechnung des Vertrages und die in diesem Zusammenhang erforderliche Datenaktualisierung und -bereitstellung. Die Zahl der teilnehmenden Ärzte ist in der Zeit vom 1. Oktober 2010 bis zum 31. Dezember 2011 von 594 auf 614 gestiegen. Die Anzahl der teilnehmenden Patienten hat sich in diesem Zeitraum von ca. 44.600 auf ca. 66.500 erhöht. Daraus resultiert ein beträchtliches Abrechnungs- und Datenvolumen, das von der KVBW quartalsbezogen zu bearbeiten ist.

### 3.1.7 Qualitätsmanagement-Richtlinie: Ergebnisse der Stichprobe 2011

#### Qualitätsmanagement – trotz guter Stichprobenergebnisse am Ball bleiben

Qualitätsmanagement (QM) ist in den Praxen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten längst angekommen. Das belegen die Stichproben der letzten Jahre, die von der KV Baden-Württemberg durchgeführt wurden.

Die auf der Basis einer Selbstauskunft ermittelten Ergebnisse waren durchweg gut bis sehr gut. Aus der letzten, für das Jahr 2011 erfolgten Berichterstattung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht hervor, dass eine große Mehrheit der baden-württembergischen Ärzte und Psychotherapeuten ein QM-System etabliert und damit ihre QM-Pflicht erfüllt hat. Nur 0,5 Prozent aller Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Stichprobe 2011 ausgewählt wurden, haben sich noch nicht mit QM beschäftigt.

Gerade in diesem Stadium gilt es nun, mit dem eingeführten QM-System am Ball zu bleiben. Qualitätsmanagement ist kein starrer Prozess. Jedes einrichtungsinterne Qualitätsmanagement hat einen Anfang, aber kein Ende. QM wird getragen von der Idee des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Das heißt: Die Qualität der eigenen Arbeit soll immer wieder aufs Neue unter die Lupe genommen werden, mit dem Ziel, die eigene Leistungsqualität zu sichern und zu verbessern.

#### Auf die Einführungsphase folgt die Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung

Nach Vorgabe der QM-Richtlinie des G-BA soll die Einführung von QM in den Praxen in vier Phasen erfolgen. Am Anfang stehen zwei Jahre der Planung, gefolgt von zwei Jahren der Umsetzung. Im fünften Jahr wird das QM überprüft und ab dem sechsten Jahr in der vierten und letzten Phase kontinuierlich weiterentwickelt. Dieser Zeitplan be-

gann mit Inkrafttreten der QM-Richtlinie am 1. Januar 2006. Für diejenigen, die später ihre Praxis gegründet haben oder noch gründen, laufen die Fristen erst ab dem Zeitpunkt der Niederlassung. Im Stichprobenjahr 2011 und damit im sechsten Jahr der QM-Verpflichtung befand sich demzufolge eine große Mehrheit der Praxen in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung.

#### Was heißt kontinuierliche Weiterentwicklung des praxisinternen QM-Systems?

In der Einführungsphase von QM werden alle Bereiche der Praxis, wie „Patientenversorgung“, „Praxisführung“, „Mitarbeiter“, „Organisation“ einer näheren Analyse unterzogen. Es werden Praxisroutinen hinterfragt, Rückschlüsse gezogen und Arbeitsabläufe neu organisiert. Weil das nur schrittweise erfolgen kann, formuliert man eine überschaubare Anzahl von Zielen, mit einem realistischen Zeithorizont, und geht in der Zielerreichung strukturiert (PDCA-Zyklus) vor. Die QM-Richtlinie nennt für diese systematische Vorgehensweise nicht nur die Grundelemente, die für ein einrichtungsinternes QM relevant sind (§ 3), sondern auch beispielhaft bewährte QM-Instrumente (§ 4).

#### Nachweise und Messungen der Qualität mit QM-Instrumenten

Jedes erreichte Ziel stellt für die Praxis einen Erfolg dar. Spätestens in Phase 4, der fortlaufenden Weiterentwicklung, werden die Ergebnisse und Erfolge der geleisteten Arbeit sichtbar. Die verschiedenen Instrumente, wie regelmäßige Teambesprechungen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement usw. sind etabliert, es liegen erste Erkenntnisse über den praktischen Nutzen vor. In der Weiterentwicklungsphase geht es darum, das „Verbesserungsprogramm“ fortzusetzen und die Wirksamkeit eingesetzter Instrumente zu messen; zum Beispiel:

- Wie viele Verbesserungen konnten im Anschluss an eine Patientenbefragung umgesetzt werden?
- Wie viele Maßnahmen konnten aus Mitarbeiterbefragungen umgesetzt werden?
- Welche nachweisbaren Auswirkungen hat ein eingeführtes Beschwerdemanagement in der Praxis?
- Wie viele telefonische Rückfragen waren auf Grund unzureichender Patienteninformati- onen zu verzeichnen?

**PDCA-Zyklus ist das „Herzstück“ der kontinuierlichen Weiterentwicklung**

Unerlässlich ist auch in der Phase der kontinuierlichen Weiterentwicklung eine mindestens jährliche Selbstbewertung der Praxis. Sie bestimmt die QM-Strategie der Praxis. Daraus lassen sich jedes Mal aufs Neue konkrete Ziele ableiten, die in einem professionellen QM nach dem gleichen Zyklus umgesetzt werden:

- Festlegen konkreter Qualitätsziele (P=plan)
- strukturiertes und planmäßiges Umsetzen (D=do)
- effizientes Überprüfen (C=Check)
- kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsqualität (A=act)

Der PDCA-Zyklus als „Herzstück“ jedes QM-Systems ist Bedingung und Voraussetzung für ein fortlaufendes und gelungenes QM in der Praxis. Seine Relevanz wird auch in der QM-Richtlinie verdeutlicht, „PDCA“ ist das erstgenannte QM-Instrument in § 4.

**Durchführung der Stichprobe 2011**

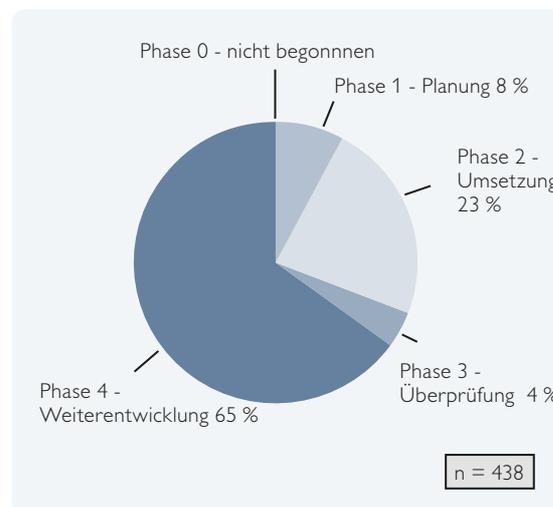
Im Dezember 2011 wurden 2,5 Prozent der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten der KVBW zufällig ausgewählt und gebeten, ihre Fortschritte bei der Einführung von QM schriftlich darzulegen. Hierzu erhielten 464 Teilnehmer einen Fragebogen und einen Selbstbewertungsbogen, auf dem die QM-Aktivitäten dokumentiert werden sollten. Die zufällige Auswahl ergab folgende Verteilung: 387 Vertragsärzte, 74 Vertragspsychotherapeuten und 3 Medizinische Versorgungszentren.

Wie bereits in den Vorjahren war die Rücklaufquote sehr hoch: Nach zwei Erinnerungsrunden haben von den 464 befragten Stichprobenteilnehmern 438 geantwortet. Das ergab eine Rücklaufquote von 94,4 Prozent.

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

Im Einzelnen sah der Umsetzungsstand folgendermaßen aus:

**Stand der QM-Umsetzung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Baden-Württemberg 2011**

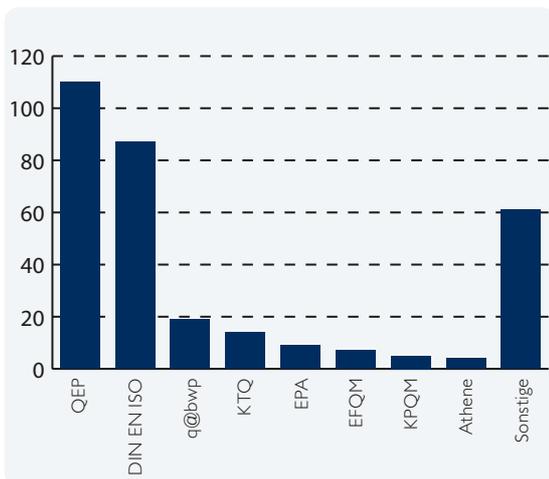


Die Teilnehmer an der Stichprobe werden auf Phasenkonformität überprüft – und zwar ausgehend vom Zeitpunkt der Niederlassung und dem von der Richtlinie vorgesehenen Zeitplan. Phasenkonformität ist dann gegeben, wenn sich der Stichprobenteilnehmer in der Phase befindet, in der er laut Richtlinie sein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

- 23,1 Prozent: nicht phasenkonform, das heißt mit der jeweiligen Phase noch nicht begonnen
- 71,3 Prozent: phasenkonform, davon
  - 9,9 Prozent: in der jeweiligen Sollphase, aber noch nicht abgeschlossen
  - 61,4 Prozent: alle Anforderungen der jeweiligen Sollphase erfüllt und abgeschlossen

Einer näheren Analyse wurden auch die freiwilligen Angaben zu einem gewählten QM-System unterzogen. Die QM-Richtlinie ist systemoffen, das heißt, es kann auch eine eigenständige QM-Systematik in der Praxis entwickelt werden. Die Stichprobe hat gezeigt, dass eine klare Mehrheit auf die etablierten QM-Systeme setzt. Insgesamt 328 Stichprobenteilnehmer teilten mit, dass sie ein QM-System nutzen. 316 Befragte gaben das gewählte System konkret an. Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

### Ausgewählte QM-Systeme (n=316)



### 3.1.8 Fortbildungsverpflichtung

Zum 1. Januar 2004 wurde die Fortbildungsverpflichtung auch in das SBG V aufgenommen (§ 95 d SGB V) und ist nicht mehr nur eine berufsrechtliche Anforderung. Für Vertragsärzte sowie Vertragspsy-

#### Fazit

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

Unabhängig von der gesetzlichen Verpflichtung ist heute unstrittig, dass ein etabliertes QM eine große Chance bietet für:

- Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung
- Wettbewerbsfähigkeit der Praxis
- Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und der Mitarbeiter.

### Unterstützung durch die KVBW

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder in jeder Phase der QM-Einführung und -Weiterentwicklung. Qualitätsmanagement in der Praxis ist mehr als nur die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen. Deshalb bietet das QM-Beraterteam im Geschäftsbereich Service & Beratung ein umfassendes Serviceangebot an: Neben der persönlichen Beratung zu allen Fragen rund ums QM, schauen die QM-Berater gerne auch auf erstellte Praxishandbücher 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.

chotherapeuten bedeutet dies, dass sie alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis über ihre Fortbildung führen müssen. Die Regelung gilt auch für Ermächtigte und Angestellte.

Der Fünf-Jahres-Zeitraum berechnet sich nach dem Datum, das der Zulassungsausschuss als frühesten Beginn der Tätigkeit festsetzt. Der Nachweis musste erstmals zum 30. Juni 2009 geführt werden. Dies betraf alle Mitglieder der KVBW, die seit dem 30. Juni 2004 in der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren.

Wird der Nachweis nicht fristgerecht geführt, wird in den ersten vier Quartalen, die auf den Fünf-Jahres-Zeitraum folgen, das Honorar jeweils um zehn Prozent gekürzt. In den darauf folgenden Quartalen erfolgt eine Kürzung um jeweils 25 Prozent (§ 95d Abs. 3 Satz 3 SGB V). Die Honorarkürzung endet erst nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wurde. Ist nach zwei Jahren der Nachweis noch nicht erbracht, soll die KV laut Gesetz beim Zulassungsausschuss unverzüglich einen Antrag auf Entzug der Zulassung stellen (§ 95 d Abs. 3 S. 7 SGB V).

Innerhalb des Fünfjahreszeitraums sind mindestens 250 Fortbildungspunkte über ein Zertifikat der je-

weiligen Kammer nachzuweisen. 50 Punkte werden über das Literaturstudium anerkannt, der Rest kann sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden.

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

Im Jahr 2011 mussten insgesamt 826 Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber der KV Baden-Württemberg den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung führen, 41 konnten den Nachweis zum Stichtag nicht erbringen. Eine Übersicht zeigt die Entwicklung von 2009 (erstmaliger Nachweis) bis 2011:

Jahr	Nachweispflichtig	Davon fristgerecht erfüllt	Antrag auf Entzug der Zulassung
2009 (erstmaliger Nachweis zum 30.6.2009)	14.787	14.435	29
2010	859	849	3
2011	826	785	Noch kein Antrag gestellt, da die zweijährige Nachholfrist erst im Laufe des Jahres 2013 endet

## 3.2 PROJEKTE DER KVBW

### 3.2.1 Vernetzung lokaler Angebote im Rahmen „Früher Hilfen“ mit vertragsärztlichen Qualitätszirkeln – Das Projekt der KVBW bewährt sich

Im Qualitätsbericht 2010 berichteten wir bereits über das in jenem Jahr begonnene Vernetzungsprojekt zwischen Vertragsärzten/ Vertragspsychotherapeuten und Mitarbeitern der Jugendhilfe.

Ziel des Projekts ist die bessere Verständigung und Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen. Als Forum für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dienen tandemgeleitete Qualitätszirkel. Hierzu wurden je ein Mitarbeiter aus der Jugendhilfe und ein Arzt/Psychotherapeut aus einem Landkreis/ einer Stadt darin geschult, gemeinsam und interdisziplinär einen schon bestehenden oder neu gegründeten Qualitätszirkel zu moderieren. Der Austausch der unterschiedlichen professionellen Sichtweisen wird durch systematische Analyse von Einzelfällen erreicht, die am Ende in einen weiteren Versorgungsauftrag für den Arzt/Psychotherapeuten münden soll.

Der inhaltliche Schwerpunkt des Projektes zielt auf die bessere Annahme von Frühen Hilfen seitens der betroffenen Familien ab. Es handelt sich hierbei vorwiegend um präventive, niederschwellige und unbürokratisch vermittelbare Unterstützungsangebote (Familienhebammen, Willkommensbesuche durch Paten etc.). Sie sollen Schwangeren und Familien mit Kindern unter drei Jahren zukommen, bei denen psychosoziale Belastungen bestehen oder absehbar sind.

Am 16. November 2011 wurden im Rahmen eines Symposiums in Stuttgart erste Ergebnisse des Projektes vorgestellt ([www.kvbawue.de/praxisalltag/qualitaetssicherung/fruehe\\_hilfen/](http://www.kvbawue.de/praxisalltag/qualitaetssicherung/fruehe_hilfen/)). Folgende Effekte konnten durch die gemeinsame Arbeit im Qualitätszirkel festgestellt werden:

- mit der Familienfallkonferenz wächst die Kompetenz zur Fallarbeit
- die Teilnehmer haben in der Kommunikation mit der anderen Berufsgruppe einen Kompetenzzuwinn

- das professionelle Bewusstsein zu eigenen Handlungsgrenzen wird gefördert
- es entsteht ein respektvolleres Verständnis für die berufliche Situation der anderen Profession
- das Bewusstsein über die Komplexität von Problemlagen steigt
- das steigende Bewusstsein führt aber auch zu Verunsicherung im Hinblick auf präzisere Risikoeinschätzung und das eigene Handeln

Gerade der letzte Punkt weist darauf hin, dass Ärzte/Psychotherapeuten ein Indikationsinstrument brauchen, um in vertretbarer Zeit den weiteren Handlungsbedarf zu überprüfen.

Dem Projekt kommt mit dem Inkrafttreten des neuen Bundeskinderschutzgesetzes im Januar 2012 zunehmend Bedeutung zu. Danach sollen alle Heilberufler, die mit der genannten Zielgruppe zu tun haben, sich in Netzwerke zur gegenseitigen Information und Kooperation einbringen. Im Fall einer Kindeswohlgefährdung gibt es zukünftig für Geheimnisträger ein Verfahren zur Vorgehensweise und einen Anspruch auf Beratung durch eine insofern erfahrene Fachkraft (§ 8a und b SGB VIII) über das Jugendamt.

Dass die KVBW mit ihrem Projekt auf dem richtigen Weg ist, zeigt sich auch daran, dass die Laufzeit des Projektes bis zum 31. August 2013 verlängert wurde. Die Förderung übernimmt weiterhin das über das Bundesfamilienministerium geförderte Nationale Zentrum Frühe Hilfen.

Inzwischen konnten weitere 14 und damit jetzt insgesamt 29 interdisziplinäre Tandems zusammengestellt werden. Diese werden im Jahr 2012 an jeweils zwei Tagen für die zukünftige Zusammenarbeit und das Erlernen der Methode „Familienfallkonferenz“ geschult. Für 2013 ist noch eine weitere Tandemschulung geplant. Eine Übersicht über den aktuellen Stand bietet die folgende Abbildung:



### 3.2.2 Qualitätszirkel

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

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

Die hohe Bedeutung, die der Qualitätszirkelarbeit zukommt, ist auch daran zu erkennen, dass von der KVBW eine Kooperationsberatungsstelle für Ärzte und Selbsthilfegruppen (KOSA) gegründet wurde. Die Aufgabe der KOSA besteht darin, gemeinsame Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Selbsthilfegruppen anzubieten sowie

ärztliche Referenten an Selbsthilfegruppen zu vermitteln. Ärzte können bei der KOSA Informationen über das jeweilige regionale Angebot von Selbsthilfegruppen erhalten oder sich an Selbsthilfekontaktstellen wenden. Die KVBW stellt ihrerseits interessierten Selbsthilfegruppen Informationen über kooperationsbereite Qualitätszirkel zur Verfügung. Im Gegenzug können sich bei der KOSA auch Selbsthilfegruppen melden, die Interesse an einer Zusammenarbeit mit Ärzten in Qualitätszirkeln haben.

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

Zum 31. Dezember 2011 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 869 aktive Qualitätszirkel, das heißt Qualitätszirkel, die im Jahr 2011 regelmäßig (= mindestens viermal) getagt und die zwischen fünf bis 20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten.

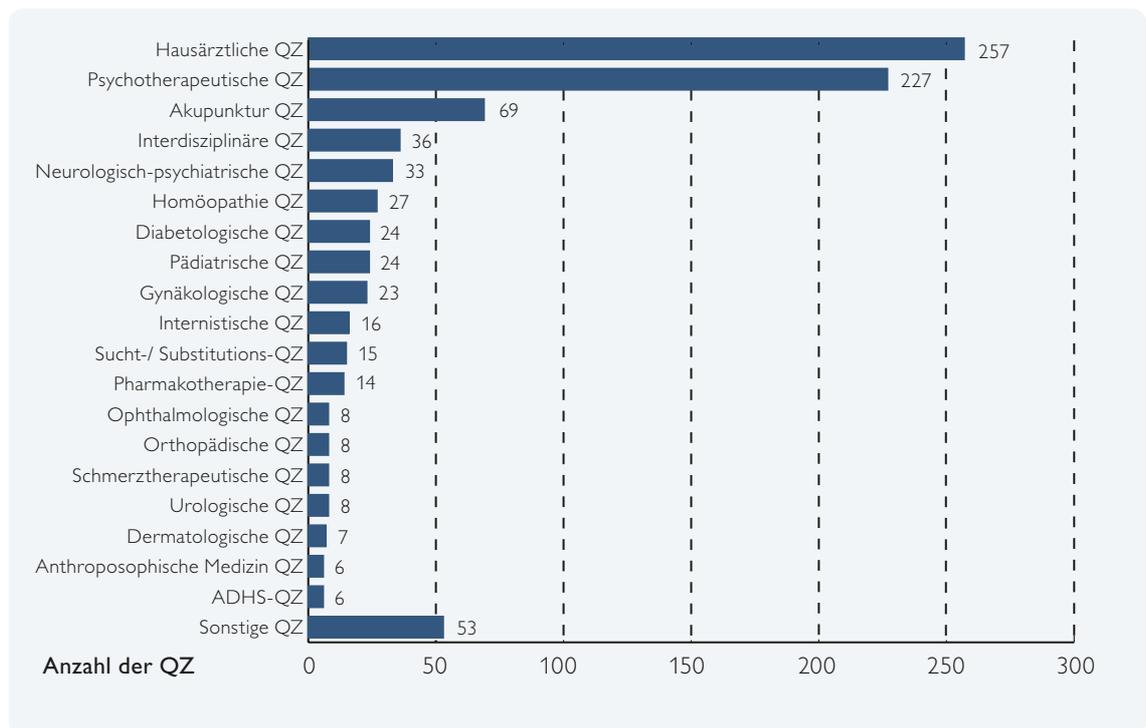
Die Zahl der von der KVBW anerkannten und entsprechend finanziell geförderten Qualitätszirkel ist im Jahr 2011 landesweit um circa sechs Prozent gestiegen (von 819 auf 869). Wie auch bereits im Vorjahr wurden mehr hausärztliche als psychotherapeutische Qualitätszirkel verzeichnet.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl von Qualitätszirkeln im Jahresvergleich 2011 zu 2010, jeweils aufgeteilt nach Bezirksdirektionen:

Bezirksdirektion	Anzahl Qualitätszirkel 2011	Anzahl Qualitätszirkel 2010	Veränderung im Jahresvergleich
Freiburg	201	193	+4 %
Karlsruhe	214	185	+15 %
Stuttgart	247	223	+11 %
Reutlingen	207	218	-5 %
<b>Gesamt Baden-Württemberg</b>	<b>869</b>	<b>819</b>	<b>+6 %</b>

Die 869 aktiven Qualitätszirkel wiesen ein breites Spektrum auf. Einen Überblick hierzu bietet die nachfolgende Abbildung.

**Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel in Baden-Württemberg 2011**



30 |

Die Eingruppierung unter „sonstige Qualitätszirkel“ wurde vorgenommen, wenn in einem Themenbereich bisher  $\leq 5$  Qualitätszirkel gegründet wurden. Im Jahresvergleich fällt der deutliche Anstieg bei den „sonstigen Qualitätszirkeln“ von 35 im Jahr 2010 auf 53 im Jahr 2011 auf. Hier scheint sich ein Trend zu stärkerer Spezialisierung abzuzeichnen

und die Bereitschaft sich interkollegial zu eher außergewöhnlichen Themen auszutauschen, scheint angestiegen zu sein. So gab es beispielsweise Qualitätszirkel zur Flug- oder Tauchermedizin und sechs Qualitätszirkel haben sich die anthroposophische Medizin als Thema ausgewählt.

## 4. QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGS- ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Die Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung basiert im Wesentlichen auf Vereinbarungen und Richtlinien auf der Grundlage von § 135 Absatz 2 SGB V und § 136 Absatz 2 SGB V. Diese Vereinbarungen und Richtlinien sind oft Grundlage für die Umsetzung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen auf Grund dieser Regelungen die persönlichen und betriebstättenbezogenen Qualifikationen, die Voraussetzung für eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen ist. Oft ist die Genehmigungserteilung zusätzlich verbunden mit Auflagen, wie beispielsweise Dokumentations- und Frequenzprüfungen und speziellen Fortbildungsverpflichtungen.

Die genehmigungspflichtigen Leistungen dürfen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ohne Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nicht erbracht und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Im Jahr 2011 hat der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KV Baden-Württemberg 8.841 Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen beschlossen, wovon

- 8.353 Abrechnungsgenehmigungen in 45 verschiedenen Genehmigungsbereichen erteilt wurden
- 488 ablehnende Bescheide erstellt wurden, weil die Ärzte die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt haben
- 52 Abrechnungsgenehmigungen in vier verschiedenen Genehmigungsbereichen wegen Qualitätsmängeln beziehungsweise Wegfall der Qualifikationsvoraussetzungen widerrufen werden mussten.

Dazu kommen noch Genehmigungen auf der Grundlage von regionalen Vereinbarungen wie Disease Management Programme, Genehmigungen zur Durchführung von akkreditierten Patientenschulungsprogrammen (zum Beispiel Diabetes und Hypertonie), Genehmigungen zur Teilnahme an regionalen Zusatzverträgen der Krankenkassen und Hausarztverträgen.

**4.1 Erteilte Genehmigungen 2011 im Vergleich zu 2010**

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	
							2011
Akupunktur	93	74	0	9	10	8	1.741
Apheresen	12	8	0	0	0	0	98
Ambulante Operationen	317	341	0	0	0	0	4.434
Arthroskopie	35	44	0	0	0	0	545
Balneophototherapie	18	62	2	-	0	0	74
Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	47	58	0	0	4	8	219
Herzschrittmacher- kontrolle	26	24	1	0	0	0	334
Histopathologie	4	2	0	3	0	0	81
Hautkrebs-Screening							
• Hausärzte	262	248	1	3	0	0	5.371
• Hautärzte	36	21	1	0	0	0	426
HIV-Infektionen/Aids- Erkrankungen	2	1	0	1	1	0	27
Interventionelle Radiologie	2	1	0	0	3	3	56
Invasive Kardiologie	9	1	1	10	3	0	78
Koloskopie	23	42	0	0	21	13	371
Künstliche Befruchtung	Genehmigung wird durch Ärztekammer erteilt						91
Laboratoriums- untersuchungen	78	65	5	7	0	323	1.595
Langzeit-EKG- Untersuchungen	178	143	2	0	1	0	2.930
Magnetresonanztomographie	75	26	3	0	28	2	410
Magnetresonanztomographie	40	18	6	2	0	0	282
Mammographie (kurativ)	46	46	3	8	0	1	318
Medizinische Rehabilitation	316	492	0	0	0	0	7.325
Onkologie-Vereinbarung	57	274	1	53	Keine Angaben möglich	2	431

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	
Otoakustische Emissionen	28	47	0	0	0	0	414
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	0	2	0	0	2	1	42
Phototherapeutische Keratektomie	2	1	0	0	2	0	18
Psychosomatische Grundversorgung	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	10.641
Psychotherapie	2.116	1.265	1	4	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	3.825*
Schlafbezogene Atmungsstörungen	59	37	0	0	0	1	384
Schmerztherapie	14	16	0	0	1	0	157
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	59	37	0	0	0	1	384
Soziotherapie	24	15	0	0	0	0	466
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	24	14	0	0	0	0	151
Strahlendiagnostik/-therapie							
• Konventionelle Röntgendiagnostik	334	332	21	13	12	8	2.677
• Computertomographie	92	104	8	5	0	1	466
• Osteodensitometrie	50	50	9	1	0	2	370
• Strahlentherapie	23	31	0	0	0	0	158
• Nuklearmedizin	32	52	0	0	0	0	230
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	7	5	0	0	8	11	346
Ultraschalldiagnostik	3.684**	3.242**	401**	304**	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich	10.488

Bemerkungen:

\* Ärzte und Psychotherapeuten

\*\* Anwendungsbereiche

Qualitätssicherungs- bereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	83	79	7	2	Keine Angaben möglich	56	1.016
Vakuumbiopsie der Brust	2	19	0	0	0	0	33
Zytologische Untersu- chungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales	6	5	0	4	0	5	147
<b>Genehmigungen auf Grundlage des EBM:</b>							
Diabetischer Fuß	42	63	10	19	0	0	1.505
Funktionsstörungen der Hand	37	26	1	0	0	0	461
Orientierende ent- wicklungsneurologische Untersuchung	6	22	1	5	0	0	364
Krebsfrüherkennung bei der Frau	2	8	1	2	0	0	887
Empfängnisregelung	3	9	2	5	0	0	868
Neurophysiologische Übungsbehandlung	0	0	0	0	0	0	90
Physikalische Therapie	2	0	0	2	0	0	114

## 5. SERVICE

### 5.1 FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Mit ihren für Ärzte, Psychotherapeuten und der Praxismitarbeiter maßgeschneiderten Fortbildungen hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg über ihre zertifizierte Management Akademie (MAK) im Jahr 2011 wieder ein interessantes Seminarangebot zusammengestellt.

Nahezu 300 Fortbildungsveranstaltungen aus den Bereichen Betriebswirtschaft, Praxisorganisation, Qualitätsmanagement und Informationstechnologie sowie zur Qualitätsförderung- und -sicherung wurden durchgeführt. Die meisten Seminare werden von der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg auf das Fortbildungszertifikat anerkannt.

Viele Seminarangebote aus dem Bereich der Qualitätssicherung und -förderung dienen dem Erwerb von Qualifikationen zur Erbringung und Abrechnung qualifikationsgebundener (genehmigungspflichtiger) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder dem Nachweis vertraglich festgelegter regelmäßiger Fortbildungsverpflichtungen.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Themen und Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen und Teilnehmer:

<b>Fortbildungsangebot der KVBW</b>	<b>Anzahl Fortbildungen</b>	<b>Anzahl Teilnehmer</b>
<b>Themen der Qualitätssicherung und -förderung im Einzelnen</b>		
Patienten-Schulungsprogramme für Diabetiker, Hypotoniker und Asthmatiker/COPD-Erkrankte	20	373
DMP-Fortbildungen	8	256
DiSko-Schulungen	4	79
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	4	100
Auffrischkurs zur Aktualisierung der Fachkunde / der Kenntnisse nach Röntgenverordnung / Strahlenschutzverordnung	4	245
Moderatorentraining für Qualitätszirkel	6	92
Symposium „Frühe Hilfen“	1	137
Projekt „Frühe Hilfen“	2	36
Fortbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln	3	53
Sachkundekurs zur Aufbereitung und Instandsetzung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis	14	412
Onkologische Fortbildung für medizinisches Fachpersonal	2	168
Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte zum Hautkrebs-Screening	4	151
Erfahrungsaustausch substituierender Ärzte	2	68
Sonographie der Säuglingshüfte	3	102
Kompaktkurs Fallkonferenz chronische Schmerzen	3	113

<b>Fortbildungsangebot der KVBW</b>	<b>Anzahl Fortbildungen</b>	<b>Anzahl Teilnehmer</b>
<b>Themen der Qualitätssicherung und -förderung im Einzelnen</b>		
<b>Weitere Themen in zusammengefasster Form:</b>		
Einzelseminare für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	62	1.359
Betriebswirtschaftliche Seminare	29	843
Seminare für das Praxisteam	61	1.271
Qualitätsmanagement-Kurse	35	770
EDV-Kurse	16	130
<b>Gesamt-Anzahl:</b>	<b>283</b>	<b>6.758</b>

### 5.1.1 Informationsbroschüre zur Dokumentationsprüfung im Ultraschall

Zum 1. April 2009 ist eine Neufassung der Qualitätssicherungsvereinbarung für die Durchführung sonographischer Untersuchungen in Kraft getreten. Neben einer Aktualisierung im Hinblick auf das Weiterbildungsrecht ergaben sich grundlegende Neuerungen im apparativen Teil. Es wurde – analog zum Röntgen – eine Abnahme- und eine Konstanzprüfung zur Überwachung der technischen Bildqualität eingeführt.

In Baden-Württemberg zeigte eine Zwischenbilanz der Dokumentationsprüfungen in der Ultraschalldiagnostik ein klares Bild: In vielen Fällen bedarf es nur weniger Änderungen an der Einstellung des Sonographiegerätes oder des Druckers, um die technische Qualität des vorgelegten Sonographiebildes zu optimieren und damit Beanstandungen zu vermeiden.

Die KVBW hat deshalb ihren Mitgliedern, die im Besitz einer Sonographie-Genehmigung sind, eine Broschüre mit den wesentlichen Informationen zur Prüfung der ärztlichen Dokumentation, zur Abnahme- und Konstanzprüfung zur Verfügung gestellt. Neben theoretischen Informationen gibt Herr Prof. Dr. med. Peter Haber von der Universitätskinderklinik Tübingen, Seminarleiter der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)

und Mitglied der Sonographie-Kommission der KVBW wertvolle Tipps und Hinweise zur Verbesserung der technischen Bildqualität.

Die Broschüre kann über die Homepage der KVBW herunter geladen werden unter: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de).



## 5.2 PATIENTENSICHERHEIT: HYGIENE UND MEDIZINPRODUKTE

### Überwachung und Begehungen von Arztpraxen durch verschiedene Behörden

Aus den Vorgaben verschiedener Gesetze, Verordnungen und Richtlinien leiten sich Überwachungsaufgaben und Praxisbegehungen durch staatliche Behörden ab.

#### I. Gesundheitsamt

Ambulant operierende Einrichtungen unterliegen nach dem Infektionsschutzgesetz der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Auch Arztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, können durch das zuständige Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden (§ 23 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz). Diese Überwachung durch das Gesundheitsamt schließt Praxisbegehungen mit ein.

Wenn Tatsachen festgestellt werden, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können oder der Verdacht besteht, dass solche Tatsachen vorliegen, kann das Gesundheitsamt zur Durchführung von Ermittlungen und zur Überwachung von angeordneten Maßnahmen Praxisbegehungen vornehmen und Unterlagen einsehen.

#### Situation in Baden-Württemberg:

- Das zuständige Gesundheitsamt überwacht die Einhaltung der Infektionshygiene.
- Begehungen durch das Gesundheitsamt sind meistens nur anlassbezogen (zum Beispiel nach einer Patientenbeschwerde).
- Begehungen werden im Regelfall angekündigt.
- Für Begehungen durch das zuständige Gesundheitsamt können (je nach hausinterner Gebührensatzung) Gebühren erhoben werden.

#### II. Regierungspräsidium

Einrichtungen, in denen Medizinprodukte betrieben oder angewendet oder Medizinprodukte aufbereitet werden, unterliegen gemäß Medizinproduktegesetz (MPG) der Überwachung der zuständigen Behörde (§ 26 MPG). Auch für diese Überwachung

hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für Praxisbegehungen geschaffen. Im Rahmen einer Begehung kann die Behörde Räumlichkeiten besichtigen, Medizinprodukte prüfen, Unterlagen einsehen, aber auch Proben entnehmen.

Die zu erfüllenden Anforderungen richten sich nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (Sachkunde, Dokumentationen, räumliche Voraussetzungen etc.) Zuständige Behörden für die Durchführung des Medizinproduktegesetzes sind in Baden-Württemberg die Regierungspräsidien (§ 3 Pharmazie- und Medizinprodukte-Zuständigkeitsverordnung)

#### Situation in Baden-Württemberg:

- Alle vier Regierungspräsidien in Baden-Württemberg - Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart, Tübingen - überwachen Arztpraxen, die Medizinprodukte aufbereiten.
- Die Begehungen der Regierungspräsidien haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen.
- Die Begehungen sind nicht nur anlassbezogen: Es ist davon auszugehen, dass sukzessive alle ambulant operierenden Arztpraxen begangen werden.
- Die Begehungen werden angekündigt.
- Hinsichtlich Auswahlverfahren und Vorgehensweisen sind regionale Unterschiede feststellbar.
- Die Begehungen der Regierungspräsidien sind kostenpflichtig.

#### III. Eichämter

Darüber hinaus finden auch noch Begehungen durch die Eichämter statt. Diese Begehungen finden in aller Regel unangekündigt statt.

#### Unterstützungsangebote durch die KVBW

Die Vielzahl und Komplexität der rechtlichen Vorgaben auf dem Gebiet der Hygiene und Medizinprodukte stellt für Arztpraxen eine besondere Herausforderung dar. Aus diesem Grund hat die

KVBW ein umfassendes Service- und Beratungsangebot zum Thema Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten zusammengestellt.

#### Die KVBW hat im Jahr 2011 Praxen zu folgenden Themen beraten und unterstützt:

- Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Normen in der Praxis
- Erstellung und Erarbeitung von Hygiene- und Desinfektionsplänen, Handschuh- und Hautschutzplänen
- Umsetzung der Inhalte des praxisinternen Hygieneplans (Hände- und Hauthygiene, 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
- Umgang mit übertragbaren Krankheiten und deren Meldepflicht
- Umgang mit und Erfassung von nosokomialen Infektionen und Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen
- Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
- Vorbereitung und Nachbereitung einer behördlichen Begehung und Umsetzung von eventuellen Auflagen
- Erstellung und Erarbeitung von Verfahrensweisungen und Standardarbeitsanweisungen, sowie deren Umsetzung in die Praxis
- Beratung bei Neubau- und Umbauvorhaben in der Praxis

#### Fortbildungsangebote

Die KVBW hat für ihre Mitglieder auf dem Gebiet Hygiene und Medizinprodukte im Jahr 2011 wieder in Zusammenarbeit mit der Management Akademie zwei Fortbildungsreihen angeboten:

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

Der Kurs „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis.“ dient der Auffrischung und Vertiefung der Hygienekenntnisse in den Arztpraxen. In diesem Kurs werden insbesondere die Inhalte eines Hygieneplans besprochen. Im Jahr 2011 nahmen an den zehn Veranstaltungen insgesamt 250 Personen teil.

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

Seit 2007 haben Praxen die Möglichkeit, die geforderte Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 der MPBetreibV für die Instandhaltung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis im Rahmen eines 5-tägigen Sachkundekurses bei der KVBW zu erwerben.

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

Die Inhalte des Sachkundekurses sind nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

### Inhalte des Sachkundekurses zur Aufbereitung von Sterilgut

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

Im Jahr 2011 wurden insgesamt **412 Mitarbeiter** in 13 Sachkundekursen für ambulant operierende Arztpraxen sowie einem Sachkundekurs für endoskopierende Arztpraxen erfolgreich fortgebildet. Die Teilnehmer kamen aus insgesamt 399 Arztpraxen in Baden-Württemberg. Die Verteilung der

teilnehmenden Praxen auf die Fachgebiete im Vergleich zu den Jahren 2008 - 2011 ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Der Sachkundekurs wurde als sehr effiziente Unterstützung der Qualitätsanstrengungen in der Praxis empfunden.

### Verteilung der an den Sachkundekursen der KVBW in den Jahren 2008 - 2011 teilgenommenen Praxen nach Fachgebieten

Facharztpraxen für	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2008	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2009	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2010	Anzahl der teilnehmenden Praxen 2011
Allgemeinmedizin	18	66	26	15
Anästhesiologie	4	6	6	6
Augenheilkunde	22	17	9	27
Chirurgie	39	36	43	62*
Frauenheilkunde und Geburtsmedizin	22	38	35	41
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10	10	25	40
Haut- und Geschlechtskrankheiten	31	41	58	93
Innere Medizin (hausärztlich)	-	-	6	4
Innere Medizin (fachärztlich)	57	29	19	20
Kinder- und Jugendmedizin	-	5	1	2
Laboratoriumsmedizin	-	-	1	-
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	11	8	5	13
Neurologie	1	-	-	-
Orthopädie	20	21	5	21
Physikalische und Rehabilitative Medizin	1	-	-	-
Urologie	26	27	27	55
Notfallpraxis	-	1	1	-
<b>Summe der Teilnehmer</b>	<b>262</b>	<b>305</b>	<b>267</b>	<b>399</b>

Bemerkung:

\* einschließlich jeweils zwei Praxen für Plastische und Ästhetische Chirurgie sowie Neurochirurgie

#### Bundesweite Projekte

Die KVBW beteiligt sich auch an bundesweiten Projekten zur Verbesserung der Praxishygiene: Als Mitglied der Arbeitsgruppe MRSA beim Kompe-

tenzzentrum für Patientensicherheit der KVWL und beim Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KV'en und KBV mit Sitz bei der KVBW.

## 5.3 PATIENTENSERVICE

### 5.3.1 Kooperationsberatung für Ärzte und Selbsthilfegruppen

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

Zur Unterstützung der Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg im Geschäftsbereich Service und Beratung, Sachgebiet Bürgerservice, die Kooperationsberatung für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen (KOSA) eingerichtet. Auf der Grundlage einer Mitgliederbefragung konnte die KVBW eine Datenbank errichten, die ausschließlich kooperationsinteressierte Ärzte und Psychotherapeuten enthält. Unter der Telefonnummer 07121 - 9172396 können sowohl Selbsthilfegruppen als auch Ärzte und Psychotherapeuten einen Kooperationspartner finden, der zu ihnen, das heißt zum Krankheitsbild der Selbsthilfegruppe oder zum Fachgebiet des Arztes beziehungsweise Psychotherapeuten passt.

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

Auch seitens der Selbsthilfegruppen und ihrer Verbände ist das Interesse an einer Zusammenarbeit mit den Ärzten und Psychotherapeuten beziehungsweise ihrer Organisation, der KVBW, groß. Zu den Serviceangeboten gehören maßgeschnei-

derte Beratungsangebote, gemeinsame Fachtagungen für Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Fachangestellte und Selbsthilfegruppen, zertifizierte Fortbildungsseminare für Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen der Management Akademie sowie die Vermittlung ärztlicher und psychotherapeutischer Referenten an Selbsthilfegruppen.

Unter dem Titel "Selbsthilfe – Unterstützung für Patienten und Entlastung für die Praxis", hat die KOSA in Kooperation mit den regionalen Selbsthilfekontaktstellen im Jahr 2011 acht Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte angeboten:

#### Fortbildungen 2011

Ort	Datum
Stuttgart	13. April 2011
Freiburg	11. Mai 2011
Stuttgart	1. Juni 2011
Freiburg	8. Juni 2011
Konstanz	21. September 2011
Karlsruhe	28. September 2011
Mannheim	9. November 2011
Reutlingen	23. November 2011
Teilnehmer gesamt	128
Anzahl vertretende Praxen	81

#### Evaluationsergebnisse

Soll-Wert 4,0 von maximal 5,0 Punkten	Ist-Wert
Gesamteindruck	4,72
Weiterempfehlungsquote	95,88 %
Fachl. Kompetenz der Referenten	4,79
Art der Präsentation durch Referenten	4,68

Weitere Informationen zur KOSA sind im Internet unter [www.kvbawue.de/buerger/selbsthilfegruppen/](http://www.kvbawue.de/buerger/selbsthilfegruppen/) abrufbar.

### 5.3.2 Patienteninformation „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“

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

Das medizinische Fachpersonal leistet 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/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten,
- Praxen mit einem behindertengerechten Zugang und entsprechenden Parkmöglichkeiten,
- Ärzten, Therapeuten sowie Praxispersonal mit speziellen Fremdsprachenkenntnissen,
- Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen,

- Selbsthilfegruppen, Gesundheitssportverbänden und Beratungsdiensten.

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

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

Der telefonische Beratungsservice ist unter der Rufnummer **01805 – 6 33 22 55\*** montags bis donnerstags von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr sowie freitags von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr zu erreichen.

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

#### Statistische Auswertung MedCall 2011

Anruferzahlen nach Themenbereichen:

Anrufgrund:	1/11	2/11	3/11	4/11	Gesamt
Arztadressen	5.508	5.236	5.289	5.136	21.169
Diagnostik-/Therapieverfahren	570	511	518	420	2.019
Krankenhaus / Reha / Selbsthilfegruppen	115	89	132	63	399
Beschwerden	563	498	525	531	2.117
Individueller Beratungswunsch	84	67	60	39	250
Sonstige Fragen	966	868	1.051	897	3.782
Praxisgebühr	39	52	73	55	219
Adresslistenversand	4	5	9	0	18
schriftliche Anfragen	57	67	61	67	252
<b>Summe:</b>	<b>7.906</b>	<b>7.393</b>	<b>7.718</b>	<b>7.208</b>	<b>30.225</b>

## Monatliche geführte Telefonate

Zeitraum	Summe/ Monat	Arbeitstage/ Monat	Anrufe Tages Ø
Januar 2011	2.447	17	144
Februar 2011	2.652	20	133
März 2011	2.807	23	115
April 2011	2.338	19	123
Mai 2011	2.887	23	126
Juni 2011	2.168	19	114
Juli 2011	2.734	21	130
August 2011	2.545	22	130
September 2011	2.439	23	106
Oktober 2011	2.494	21	119
November 2011	2.494	20	137
Dezember 2011	1.976	17	116
<b>Summe:</b>	<b>30.225</b>	<b>245</b>	<b>123</b>

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

43

## Evaluationsergebnisse

Mitgliederbewertung	
Soll-Wert 4,2 von maximal 5,0 Punkten	Ist-Wert
Praktischer Nutzen	4,8
Beratungsaufwand	4,9
Verständlichkeit der Beratung	4,9
Freundlichkeit der Mitarbeiter	5,0
Zufriedenheit	4,6
<b>Weiterempfehlungsquote</b>	<b>100 %</b>
Bewertung der psychotherapeutisch tätigen Mitglieder zur Koordinierungsstelle	
Soll-Wert 80%	Ist-Wert
Praktischer Nutzen	97 %
Zufriedenheit	97 %
<b>Weiterempfehlungsquote</b>	<b>92 %</b>

Weitere Informationen zum Patiententelefon „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ sind im Internet unter [www.kvbawue.de/bu-erger/patiententelefon\\_medcall/](http://www.kvbawue.de/bu-erger/patiententelefon_medcall/) abrufbar.

# IMPRESSUM

## **Qualitätsbericht 2011 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)**

### **Herausgeber**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

### **Redaktion**

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

### **Autoren KVBW**

Karin Artz  
Dr. med. Michael Dierich  
Susanne Flohr  
Sigrun Häußermann  
Roland Müller  
Corinna Pelzl  
Klaus Rees  
Wolfgang Wiedlin

### **Anschrift der Redaktion**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Freiburg  
Sundguallee 27  
79114 Freiburg  
Telefon: 0761 / 884-4380  
Telefax: 0761 / 884-483831  
E-Mail: [Qualitaetsbericht@kvbawue.de](mailto:Qualitaetsbericht@kvbawue.de)

### **Erscheinungstermin**

September 2012

### **Gestaltung und Realisation**

Uwe Schönthaler

### **Auflage**

1.500 mit CD-Beilage

### **Anmerkung:**

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

**Anhang:**

CD-Version des Qualitätsberichtes 2011 der  
KV Baden-Württemberg mit umfassendem Datenteil

Sollte die CD hier fehlen, wenden Sie sich bitte an die Redaktion:

Ute Noack

Telefon: 0761 / 884-4389

Telefax: 0761 / 884-483831

E-Mail: [Ute.Noack@kvbawue.de](mailto:Ute.Noack@kvbawue.de)

# Datenteil Qualitätsbericht 2011

# INHALTSVERZEICHNIS

## Anhang

<b>A</b>	<b>Kommissionen der Qualitätssicherung</b>	<b>48</b>
<b>B</b>	<b>Arztstruktur</b>	<b>50</b>
<b>C</b>	<b>Genehmigungsbereiche von A-Z</b>	<b>52</b>
C.1	ADHS	52
C.2	Akupunktur	53
C.3	Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren	56
C.4	Ambulante Operationen	58
C.5	Arthroskopie	59
C.6	Balneophototherapie	61
C.7	Blutreinigungsverfahren / Dialyse	62
C.8	DMP	64
C.9	Erweitertes Neugeborenen-Screening	68
C.10	Herzschrittmacher-Kontrolle	69
C.11	Hautkrebs-Screening	70
C.12	HIV-Infektionen /Aids-Erkrankungen	73
C.13	Interventionelle Radiologie	75
C.14	Invasive Kardiologie	77
C.15	Koloskopie	79
C.16	Künstliche Befruchtung	83
C.17	Laboratoriumsuntersuchung	84
C.18	Langzeit-EKG-Untersuchungen	85
C.19	Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)	86
C.20	Magnetresonanz-Angiographie	89
C.21	Mammographie (kurativ)	91
C.22	Mammographie-Screening	94

C.23	Medizinische Rehabilitation .....	<b>95</b>
C.24	Onkologie .....	<b>96</b>
C.25	Otoakustische Emissionen .....	<b>98</b>
C.26	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund .....	<b>99</b>
C.27	Phototherapeutische Keratektomie .....	<b>100</b>
C.28	Psychotherapie .....	<b>101</b>
C.29	Schlafbezogene Atmungsstörungen .....	<b>103</b>
C.30	Schmerztherapie .....	<b>104</b>
C.31	Sozialpsychiatrie .....	<b>105</b>
C.32	Soziotherapie .....	<b>106</b>
C.33	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen .....	<b>107</b>
C.34	Strahlendiagnostik/ -therapie .....	<b>107</b>
C.35	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger .....	<b>113</b>
C.36	Ultraschalldiagnostik .....	<b>115</b>
C.37	Vakuumbiopsie der Brust .....	<b>123</b>
C.38	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri .....	<b>125</b>
<b>D</b>	<b>Genehmigungen auf Grundlage des EBM .....</b>	<b>127</b>
D.1	Diabetischer Fuß .....	<b>127</b>
D.2	Funktionsstörungen der Hand .....	<b>127</b>
D.3	Orientierende Entwicklungsneurologie .....	<b>127</b>
D.4	Krebsfrüherkennung der Frau .....	<b>128</b>
D.5	Empfängnisregelung .....	<b>128</b>
D.6	Neurophysiologische Übungsbehandlung .....	<b>128</b>
D.7	Physikalische Therapie .....	<b>128</b>
<b>E</b>	<b>Rechtsgrundlagen und Instrumente .....</b>	<b>130</b>

# A KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2011 ggf. inklusive Kolloquien
Akupunktur	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV <b>8</b> stellvertretende Mitglieder der KV 1 Fachberater	2
Apherese	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Arthroskopie	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK <b>4 regionale Kommissionen</b> mit insgesamt <b>14</b> ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK	0 8
Diabetes	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder 1 beratendes ärztliches Mitglied für KHK	3
Dialyse	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Herzschrittmacher	<b>4 regionale Kommissionen</b> mit insgesamt 8 örtlichen Mitgliedern	0
HIV/Aids	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder	2
Hygiene	<b>Landesweite Kommission BW</b> 6 ärztliche Mitglieder	2
Invasive Kardiologie	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV	1
Koloskopie	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV <b>4 regionale Kommissionen</b> mit insgesamt 23 ärztlichen Mitgliedern der KV	0 12
Labor	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV <b>4 regionale Kommissionen</b> mit insgesamt 34 ärztlichen Mitgliedern der KV	1 14
Langzeit- EKG	<b>4 regionale Kommissionen</b> mit insgesamt 12 örtlichen Mitgliedern der KV	0
Mammographie	<b>4 regionale Kommissionen</b> <b>15</b> ärztliche Mitglieder der KV <b>7</b> stellvertretende Mitglieder der KV	8 (im Bereich der Ergebnisqualität)
Auswahlkommission Mammographie-Screening	<b>Landesweite Kommission BW</b> 2 ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztliches Mitglied der AOK BW 1 ärztliches Mitglied des MDK BW 2 ärztliche Mitglieder der Verwaltung der KVBW 1 juristisches Mitglied der Verwaltung der KVBW	1

## Kommissionen der Qualitätssicherung

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2011 ggf. inklusive Kolloquien
Magnetresonanztomographie	<b>Landesweite Kommission BW</b> mit insgesamt 8 ärztlichen Mitgliedern der KV	6 (je 3 im Bereich Struktur- und Ergebnisqualität)
Onkologie	<b>Landesweite Kommission BW</b> 6 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	1
Photodynamische Therapie/Phototherapeutische Keratektomie	<b>Landesweite Kommission BW</b> mit insgesamt 4 ärztlichen Mitgliedern der KV	1
Polygraphie/ Polysomnographie	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Qualitätsmanagement	<b>Landesweite Kommission BW</b> 5 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	2
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	<b>Landesweite Kommission BW</b>  <b>4 regionale Kommissionen</b>  <b>Gemeinsame Prüfkommision der KVBW und der Ärztlichen Stelle:</b> mit insgesamt <b>44</b> ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK 1 Leiter der Ärztlichen Stelle nach RöV  Routine- und Stichprobenprüfungen durch Ärztliche Stelle	0  15 (14 im Bereich Strukturqualität, 1 im Bereich Ergebnisqualität)  10 (im Bereich Ergebnisqualität)
Schmerztherapie	<b>Landesweite Kommission BW</b> 13 ärztliche Mitglieder der KV	4
Substitution	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 Mitglieder der Krankenkassen <b>4 regionale Kommissionen</b> mit insgesamt 12 ärztlichen Mitgliedern der KV 12 Mitgliedern der Krankenkassen	2  26
Ultraschall „Allgemein“	<b>Landesweite Kommission BW</b> 8 ärztliche Mitglieder der KV plus <b>4 regionale Kommissionen</b> mit insgesamt 152 Mitgliedern/Fachberatern	0  15
Ultraschall „Säuglingshüfte“ (Stichprobenprüfung)	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV plus <b>4 regionale Kommissionen</b> mit insgesamt 31 Mitgliedern/Fachberatern der KV	0  8
Zytologie	<b>Landesweite Kommission BW</b> 4 ärztliche Mitglieder der KV plus 2 Mitglieder des MDK	2

## B ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)

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

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

Arztgruppe	an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
<b>Chirurgen</b>	<b>779</b>
• darunter Gefäßchirurgen	111
• darunter Kinderchirurgen	11
• darunter Plastische Chirurgen	20
• darunter Thoraxchirurgen	15
• darunter Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	7
• darunter Unfallchirurgen	418
• darunter Visceralchirurgen	111
<b>Gynäkologen</b>	<b>1.515</b>
• darunter Gynäkologische Endokrinologen und Reproduktionsmediziner	22
• darunter Gynäkologische Onkologen	28
• darunter Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmediziner	20
<b>HNO-Ärzte</b>	<b>498</b>
• darunter Phoniatriker und Pädaudiologen	5
<b>Internisten</b>	<b>2.950</b>
• darunter Angiologen	80
• darunter Endokrinologen und Diabetologen	79
• darunter Gastroenterologen	259
• darunter Hämatologen	35
• darunter Hämatologen und internistische Onkologen	168
• darunter Infektiologen	1
• darunter Kardiologen	364
• darunter Lungen- und Bronchialheilkundler	7
• darunter Nephrologen	192
• darunter Pneumologen	115
• darunter Rheumatologen	86

## Arztstruktur

Arztgruppe	an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
<b>Kinderärzte</b>	<b>964</b>
• darunter Kinder- Endokrinologen u. Diabetologen	1
• darunter Kinder-Hämatologen u. -Onkologen	5
• darunter Kinderkardiologen	47
• darunter Neonatologen	106
• darunter Neuropädiater	70
<b>Nervenärzte / Neurologen / Psychiater</b>	<b>642</b>
• darunter Kinderneuropsychiater	1
<b>Orthopäden</b>	<b>787</b>
• darunter Rheumatologen	75
<b>Radiologen / Diagnostische Radiologen</b>	<b>535</b>
• darunter Kinderradiologen	11
• darunter Neuroradiologen	33
• darunter Strahlentherapeuten	11

Quelle: Bundesarztregister der KBV, Stand 31. Dezember 2011

## C GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z

### C.1 ADHS

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

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

Die begleitende Evaluation wird von der Universität Marbach durchgeführt.

<b>Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung), Rechtsgrundlage: § 73c SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2009</b>		
<b>Genehmigungen Stand</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>31.12.2010</b>
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	198	187
Anzahl beschiedene Anträge	22	26
• davon Anzahl Genehmigungen	22	26
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	6	5
<b>Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)</b>		
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise nach § 7 (4) erbracht haben	nicht geprüft**	55
<b>Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten</b>		
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	nicht geprüft**	nicht geprüft*

Bemerkungen:

\* der Prüfbeginn ist Quartal 2/2011

\*\* Prüfung nach Beschluss des Vertragsausschusses ausgesetzt

## C.2 AKUPUNKTUR

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

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

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

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

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

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

für Physikalische und Rehabilitative Medizin als vertragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

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

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

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

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

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

Die chronischen Schmerzen müssen seit mindestens sechs Monaten bestehen.

## Akupunktur

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2007					
Genehmigungen		31.12.2011		31.12.2010	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		1.741		1.731	
Anzahl beschiedene Anträge		93		74	
• davon Anzahl Genehmigungen		93		74	
• davon Anzahl Ablehnungen		0		0	
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs.5)		0		0	
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)		0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 6 Abs. 6)	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 6 Abs. 6)
		25	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung		10		8	
Dokumentationsprüfungen § 6 - Prüfprozess		2011		2010	
Anzahl abrechnende Ärzte (III. Quartal 2011)		1.552		Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben	
Anzahl geprüfte Ärzte		181		81	
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 6 Abs. 2)		Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden
		17	164	12	69
• davon bestanden		16	155	12	60
• davon nicht bestanden		1	9	0	9
Anzahl Wiederholungsprüfungen (§ 6 Abs. 6)		0	0	0	0
Kolloquien (§ 6 Abs. 6)		0	0	0	1
• davon bestanden		0	0	0	1
• davon nicht bestanden		0	0	0	0

## Akupunktur

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse	2011		2010	
	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
Anzahl geprüfter Dokumentationen	2.172	2.952	907	664
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	59	74	29*	89*
• davon unvollständig i.S.v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0	0	29*	89*
• davon nicht nachvollziehbar begründet	0	0	0	0
• davon unvollständig i.S.v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 <b>und</b> eingeschränkt oder nicht nachvollziehbar begründet	59	74	0	0
<b>Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2</b>	<b>2011</b>		2010	
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 6 vorgelegt haben	1.521		1.552	

Bemerkung:

\* Diese Fälle waren alle unvollständig, jedoch eingeschränkt nachvollziehbar.

## C.3 APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

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

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

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	98	93
Anzahl beschiedene Anträge	12	8
• davon Anzahl Genehmigungen	12	8
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0

*Bemerkung:*

*Die Genehmigungen sind in Baden-Württemberg an die Betriebsstätte gebunden.*

**LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung**

Stand	2011	2010
Anzahl Erstanträge	1	0
• davon angenommen	1	0
• davon abgelehnt	0	0
Anzahl Folgeanträge	4	5
• davon angenommen	4	5
• davon abgelehnt	0	0

## Apheresen

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

Stand	2011	2010
Anzahl Erstanträge	6	3
• davon angenommen	2	3
• davon abgelehnt	4	0
Anzahl Folgeanträge	53	55
• davon angenommen	53	55
• davon abgelehnt	0	0

**LDL-Apherese** bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Stand	2011	2010
Anzahl Erstanträge	7	7
• davon angenommen	4	5
• davon abgelehnt	3	2
Anzahl Folgeanträge	8	2
• davon angenommen	8	2
• davon abgelehnt	0	0

**Immunapherese** bei aktiver rheumatoider Arthritis

Anzahl Erstanträge	0	0
--------------------	---	---

## C.4 AMBULANTE OPERATIONEN

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

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

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

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

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Neufassung: vom 1.12.2011; Vertrag nach § 115b Abs. 1 Satz SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus - (AOP-Vertrag), Rechtsgrundlage: § 115 b SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2006**

Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung*	4.434	4.403
Anzahl beschiedene Anträge	317	341
• davon Anzahl Genehmigungen	317	341
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0

Bemerkung:

\* einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115b SGB V

## C.5 ARTHROSKOPIE

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

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1994; Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 3.3.2010		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	545	535
Anzahl beschiedene Anträge	35	44
• davon Anzahl Genehmigungen	35	44
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2011	2010
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	380	Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben
Anzahl geprüfter Ärzte	58	52
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	56	48
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	2	4
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte <b>unter 4 %</b> der abrechnenden Ärzte lag	entfällt, da innerhalb 2 Jahre nach Inkrafttreten 10 % der Ärzte geprüft werden müssen	entfällt, da innerhalb 2 Jahre nach Inkrafttreten 10 % der Ärzte geprüft werden müssen
• falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde		
• sonstige Kommentare		

## Arthroskopie

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2011		2010	
	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
<b>Prüfergebnisse</b> zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:				
• <b>keine</b> Beanstandungen	5	0	1	0
• <b>geringe</b> Beanstandungen	8	1	16	2
• <b>erhebliche</b> Beanstandungen	12	0	5	1
• <b>schwerwiegende</b> Beanstandungen	31	1	26	1
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine <b>schriftliche Empfehlung / Verpflichtung</b> zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	58		51	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem <b>Beratungsgespräch</b> aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine <b>Nichtvergütung oder Rückforderung</b> bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	48		40	
<b>Kolloquien</b> gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	2		1	
• davon bestanden	0		1	
• davon nicht bestanden	2		0	
Anzahl der <b>Genehmigungswiderrufe</b> gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	0		0	
Anzahl der mit <b>Auflagen versehenen Genehmigungen</b> gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0		0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine <b>Praxisbegehung</b> stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0		0	

## C.6 BALNEOPHOTOTHERAPIE

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erkannte Anfang 2008 die Balneophototherapie als Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung an. Einzelheiten zu den fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen wurden in der zum 01.10.2010 in Kraft getretenen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie) geregelt.

Die Leistung kann durch niedergelassene und ermächtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten erbracht werden. Voraussetzung ist

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

- **Fachlich:** Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung und Durchführung (gegebenenfalls unter Anleitung) von mindestens 20 abgeschlossenen balneophototherapeutischen Behandlungszyklen, davon mindestens 5 zur Photosoletherapie und mindestens 5 zur Bade-PUVA-Therapie, Nachweis von Kenntnissen über die Behandlung von akuten Nebenwirkungen der Therapie
- **Apparativ:** Gerät(e) für Ganzkörper-Rundumbestrahlung;
- **Organisatorisch:** unter anderem ein aktueller Wartungsnachweis für das Bestrahlungsgerät sowie ein aktueller Nachweis über die Leuchtmittelüberprüfung, Einweisung des Personals
- **Räumlich:** unter anderem freie Zugänglichkeit der Wanne an mindestens zwei Seiten, Patientendusche in unmittelbarer Nähe, Lüftungsmöglichkeit

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2010</b>		
<b>Genehmigungen Stand</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>31.12.2010</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	74	62
Anzahl beschiedene Anträge	20	62
• davon Anzahl Genehmigungen	18	62
• davon Anzahl Ablehnungen	2	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§9 Abs. 5)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
<b>Wartungsnachweise § 8 möglich ab 2011 (Gerätewartung) beziehungsweise 2012 (Leuchtmittel)</b>		
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	73	
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 8 Abs. 2)	Prüfungen ab 2012	

## C.7 BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

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

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

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigerungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigerungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1997, zuletzt geändert: 1.7.2009								
Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 1.7.2009								
Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 24.6.2006, zuletzt geändert 1.1.2011								
Genehmigungen Stand	31.12.2011				31.12.2010			
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	219				211			
Anzahl beschiedene Anträge	47				58			
• davon Anzahl Genehmigungen	47				58			
• davon Anzahl Ablehnungen	0				0			
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0				0			
Anzahl Praxisbegehungen (§7 Abs. 3)	0				0			
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0				0			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	4				8			
Patienten								
Anzahl Patienten	10.070				9.596			
Aus den Tätigkeitsberichten der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. - 31.12.								
Stand	2011				2010			
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen (§ 2 Abs. 1)	I/ 11	II/11	III/11	IV/11	I/ 10	II/10	III/10	IV/10
	76	77	78	78	76	77	76	75
Anzahl der Kommissionssitzungen (§ 7 Abs. 4)	4				4			
Zusammensetzung der Kommission	4 niedergelassene Ärzte 2 Ärzte des MDK							
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	46				46			
• davon ohne Beanstandungen	45				44			
• davon mit Beanstandungen	1				2			

## Blutreinigungsverfahren / Dialyse

Stand	2011	2010
<b>Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen nach (§ 8 Abs. 1)</b>		
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln (§ 10 Abs. 1 S. 1)	1	2
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche (§ 10 Abs. 1 S. 2)	1	2
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0	0
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen (§ 10 Abs. 2 S. 2)	0	0

## C.8 DMP

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

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

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

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

Zur dauerhaften Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme sollen regelmäßige Evaluationen der Programme beitragen. Die gesetzlichen Neuregelungen zur Einführung der Disease-Management-Programme erfolgten mit dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen

Krankenversicherung“, das am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist. Dieses Gesetz eröffnete die Möglichkeit zur Etablierung von Strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten und legte die Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als Zulassungsbehörde für diese Programme fest.

## Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	221	212
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	198	189
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	35	34
• darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0	0
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2011)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind	
Patienten Stand	Dezember 2011	31.12.2010
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	12.324	11.061

## Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.552	6.537
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.507	6.505
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	636	647
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern im DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind	
Patienten Stand	Dezember 2011	31.12.2010
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	397.204	365.691

## Brustkrebs

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau), KN	
Ärzte Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1.021	1.082
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.021	1.082
• Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2011)	549	234
Patienten Stand	Dezember 2011	31.12.2010
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	8.654	8.314

## Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.159	6.108
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.030	5.984
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	261	249
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	68	65
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2011)	2.467	2.512
Patienten Stand	Dezember 2011	31.12.2010
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	156.275	142.303

## Asthma bronchiale

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.989	5.872
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.973	2.120
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	206	203
• Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Asthma und COPD identisch sind.	
Patienten Stand	Dezember 2011	31.12.2010
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	68.191	59.274

## Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.609	5.508
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.600	5.500
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	95	94
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2010)	Nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Asthma und COPD identisch sind.	
Patienten Stand	Dezember 2011	31.12.2010
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte)	55.878	48.959

## C.9 ERWEITERTES NEUGEBORENEN-SCREENING

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

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

Der Qualitätsbericht der Universität Heidelberg für das Berichtsjahr 2011 lag zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichts 2011 der KVBW noch nicht vor.

## C.10 HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL)	334	329
Anzahl beschiedene Anträge	27	25
• davon Anzahl Genehmigungen	26	24
• davon Anzahl Ablehnungen	1	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

## C.11 HAUTKREBS-SCREENING

### C.11.1 HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

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

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

Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

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

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2011			31.12.2010		
	neu	erneut (§ 5 Abs.5)	erneut (§ 8 Abs. 6)	neu	erneut (§ 5 Abs.5)	erneut (§ 8 Abs. 6)
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	81			76		
Anzahl beschiedener Anträge	4	0	0	2	0	0
• davon Anzahl Genehmigungen	4	0	0	2	0	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0

## Histopathologie Hautkrebs-Screening

Genehmigungen Stand	31.12.2011		31.12.2010	
Kolloquium § 9 Abs. 6	0		0	
Praxisbegehungen § 9 Abs. 5	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Wegen Nichtreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)	Wegen Nichtreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)
	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0		0	
<b>Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2</b>		<b>2011</b>		
Anzahl Ärzte mit .... vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung	< 1.000		≥ 1.000	
	0		76	
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben	4		entfällt	
<b>Dokumentationsprüfungen § 8 - Prüfprozess</b>		<b>2011</b>		
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2		3		
• davon bestanden		2		
• davon nicht bestanden		1		
• Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5a		0		
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5b		0		
<b>Dokumentationsprüfung § 8 - Mängelanalyse</b>		<b>2011</b>		
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate		30		
• davon vollständig und nachvollziehbar		26		
• davon vollständig aber nicht nachvollziehbar		0		
• davon nicht vollständig aber nachvollziehbar		3		
• davon weder vollständig noch nachvollziehbar		1		

Bemerkung:

\* Die Prüfung erfolgte für die Quartale 4/2009 bis 3/2010. Zu diesem Zeitpunkt hatten 76 Ärzte die Genehmigung für die GOP 19315

### C.11.2 HAUTKREBS-SCREENING (FRÜHERKENNUNG)

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung)	5.371	5.281
Anzahl beschiedener Anträge	263	260
• davon Anzahl Genehmigungen	262	248
• davon Anzahl Ablehnungen	1	12
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Genehmigung zum Hautkrebs-Screening	426	419
Anzahl beschiedener Anträge	37	21
• davon Anzahl Genehmigungen	36	21
• davon Anzahl Ablehnungen	1	0

## C.12 HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV / Aids), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2009									
Genehmigungen									
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	1.1.2011		31.12.2011		1.1.2010		31.10.2010		
	26		27		25		26		
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 8 Abs. 4)	erneut (§ 10 Abs. 5)	neu	erneut (§ 8 Abs. 4)	erneut (§ 10 Abs. 5)			
		2	0	0	1	0	0		
• davon Anzahl Genehmigungen	2	0	0	1	0	0			
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0			
Kolloquium § 11 Abs. 4	0				0				
Kolloquium § 11 Abs. 5 Nr.2	0				0				
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 3)	mangelnde Fortbildung (§ 10 Abs.4)	Unterschreitung Mindestfallzahl (§ 10 Abs. 4)	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 3)	mangelnde Fortbildung (§ 10 Abs.4)	Unterschreitung Mindestfallzahl (§ 10 Abs. 4)			
	0	0	0	0	0	0			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	1				0				
Frequenzregelung § 10 Abs. 1 Nr. 1	2011			2010					
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	< 25	≥ 25		< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	> 24
	1	26		0	1	0	0	0	25
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen	0	entfällt		0	0	0	0	0	entfällt
• davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	1	entfällt		0	0	1	0	0	entfällt

## HIV-Infektionen (AIDS-Erkrankungen)

Fortbildung § 10 Abs. 1 Nr. 2	2011	2010
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung (§ 10 Abs. 1 Nr. 2)	27	25
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 8) – Prüfprozess</b>		
Anzahl geprüfter Ärzte § 8 Abs. 2	4	4
• davon bestanden	4	4
• davon nicht bestanden	0	0
Aufforderung zur Stellungnahme § 8 Abs. 3	1	0
• davon Begründung ausreichend	1	0
• davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0	0
Kolloquium § 8 Abs. 3	1	0
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 8) – Mängelanalyse</b>		
Anzahl geprüfter Dokumentationen	40	40
• davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	36	38
• davon vollständig, aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
• davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	4	2
• davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0

## C.13 INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.7.2006, zuletzt geändert: 1.10.2010				
Diagnostische Katheterangiographien				
Genehmigungen (gem. § 3 Abs. 1)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2011	31.12.2011	1.1.2010	31.12.2010
	5	4	7	5
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)	neu	erneut (§ 7 Abs. 6)
	0	0	1	0
• davon Anzahl Genehmigungen	0	0	1	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquium	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Nichterreichen Mindestzahl	Sonstige Gründe	Nichterreichen Mindestzahl	Sonstige Gründe
	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1		3	
Frequenzregelung	2011		2010	
Anzahl Ärzte mit ...vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen	< 100	> 100	< 100	> 100
	2	2	1	3
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	2	entfällt	1	entfällt

## Interventionelle Radiologie

Diagnostischen Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe				
Genehmigungen § 3 Abs. 2				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	<b>1.1.2011</b>	<b>31.12.2011</b>	1.1.2010	31.12.2010
	52	52	54	53
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)
	2	0	6	0
• davon Anzahl Genehmigungen	2	0	6	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2		7	
Frequenzregelung	2011		2010	
Anzahl Ärzte mit .... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützten therapeutischen Eingriffen	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
	32	16	39	9
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	27	entfällt	31	entfällt
Anzahl Ärzte mit .... vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützten therapeutischen Eingriffen	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
	35	13	42	6
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	29	entfällt	34	entfällt

## C.14 INVASIVE KARDIOLOGIE

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

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

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1999				
Diagnostische Katheterisierungen				
Genehmigungen (gemäß § 7 Abs. 2)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.1.2011	31.12.2011	1.1.2010	31.12.2010
	19	20	18	19
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)
	4	0	1	0
• davon Anzahl Genehmigungen	4	0	1	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Nichterreichen Mindestzahl	Sonstige Gründe	Nichterreichen Mindestzahl	Sonstige Gründe
	0	0	0	0
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz <b>und</b> alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	Keine Angaben möglich			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	3		0	
Frequenzregelung*	2011		2010*	
Anzahl Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
	14	5	9	7
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	13	entfällt	7	entfällt

Bemerkung:

\* Zwei Ärzte haben ihre Frequenzen ausschließlich durch Nachweise erbracht und ein Arzt mit Neu-Genehmigung muss erst nach zwölf Monaten Tätigkeit geprüft werden.

## Invasive Kardiologie

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen				
Genehmigungen (gemäß § 7 Abs. 1)				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	<b>1.1.2011</b>	<b>31.12.2011</b>	1.1.2010	31.12.2010
	54	58	54	54
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)
	6	0	1	0
• davon Anzahl Genehmigungen	5	0	1	0
• davon Anzahl Ablehnungen	1	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2		0	
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermess- platz <b>und</b> alleiniger Nutzung (Protokoll- notiz zu § 7)	Keine Angaben möglich			
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrech- nungsgenehmigungen	0		1	
<b>Frequenzregelung</b>	<b>2011</b>		<b>2010*</b>	
Anzahl Ärzte mit .... <b>insgesamt</b> abgerech- neten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291, 34292)	< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
	36	18	29	16
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Min- destfrequenz von 150 erreicht haben	34	entfällt	23	entfällt
Anzahl Ärzte mit .... abgerechneten the- rapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
	42	12	15	15
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Min- destfrequenz von 50 erreicht haben	38	entfällt	11	entfällt

Bemerkung:

\* Neun Ärzte haben ihre Frequenzen ausschließlich durch Nachweise erbracht.

## C.15 KOLOSKOPIE

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

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

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

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

## Koloskopie

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2002, zuletzt geändert: 1.10.2006				
Genehmigungen				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur <b>kurativen</b> Koloskopie	<b>1.1.2011</b>	<b>31.12.2011</b>	1.1.2010	31.12.2010
	37	35	30	29
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>kurativen und präventiven</b> Koloskopie	336	336	329	339
Anzahl beschiedene Anträge ( <b>ausschließlich</b> zur <b>kurativen</b> Koloskopie)	neu	erneut gemäß (§ 6 Abs. 5)	neu	erneut gemäß (§ 6 Abs. 5)
	0	0	0	1
• davon Anzahl Genehmigungen	0	0	0	1
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl beschiedene Anträge ( <b>kurative</b> und <b>präventive</b> Koloskopie)	neu	erneut gemäß (§ 6 Abs. 5)	neu	erneut gemäß (§ 6 Abs. 5)
	22	1	34	7
• davon Anzahl Genehmigungen	22	1	34	7
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl genehmigter Anträge zur <b>Erweiterung der Genehmigung</b> (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)		1		1
Anzahl <b>Kolloquien</b> (Antragsverfahren)		0		0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4		0		0
Anzahl <b>Widerrufe</b> von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7		1		10
• wegen Überprüfung <b>Hygienequalität</b> gemäß § 7		0		0
• davon <b>ausschließlich</b> wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei <b>&lt; 200 totalen Koloskopien</b>	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	0	0	0	3
• davon <b>ausschließlich</b> wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei <b>&lt; 10 Polypektomien</b>	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	1	0	6	0
• <b>sowohl</b> wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei <b>totalen Koloskopien als auch</b> wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei <b>Polypektomien</b>	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e § 6 Abs. 4b-c	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e § 6 Abs. 4b-c	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	0	0	1	0
Anzahl <b>Rückgabe / Beendigungen</b> von Abrechnungsgenehmigung		21		13

## Totale Koloskopien

Frequenzregelung	2011		2010	
	< 200	≥ 200	< 200	≥ 200
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien	58	287	49	273
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	53	entfällt	48	entfällt
<b>Dokumentationsprüfungen*</b>				
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	344		320	
• davon bestanden	336		312	
• davon nicht bestanden	8		8	
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt		Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	6		8	
• davon bestanden	5		6	
• davon nicht bestanden	1		2	
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	1		2	
• davon bestanden	1		2	
• davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0		0	
• davon nicht bestanden wegen Nichterreichender Mindestzahl	0		0	

Bemerkung:

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

## Polypektomien

Frequenzregelung	2011		2010	
	< 10	≥ 10	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten Polypektomien	30	315	18	304
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	30	entfällt	18	entfällt
<b>Dokumentationsprüfungen*</b>				
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	336		304	
• davon bestanden	327		281	
• davon nicht bestanden	9		23	
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfljahr erteilt		Genehmigungen wurden im laufenden Prüfljahr erteilt	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	9		18	
• davon bestanden	9		17	
• davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0		1	
• davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0		0	

Bemerkung:

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

## Prüfungen zur Hygienequalität

Stand	2011	2010
Anzahl überprüfter Praxen (nicht Koloskope)	301	302
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	601	594
• davon bestanden	574	571
• davon nicht bestanden	27	23
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	27	23
• davon bestanden	27	19
• davon nicht bestanden	0	4
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	0	4
• davon bestanden	0	4
• davon nicht bestanden	0	0

## C.16 KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	90	91
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	35	34

## C.17 LABORATORIUMSUNTERSUCHUNG

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

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

Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen / vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 9.5.1994		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen	1.595	1.620
Anzahl beschiedene Anträge	83	66**
• davon Anzahl Genehmigungen	78	65**
• davon Anzahl Ablehnungen	5	7**
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	57	32
• davon bestanden	51	32
• davon nicht bestanden	7*	3***
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	323****

Bemerkungen:

\* Teile des Kolloquiums nicht bestanden.

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

\*\*\* Teile nicht bestanden.

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

## C.18 LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

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

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1992		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur zur Aufzeichnung</b>	1.232	1.277
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>Aufzeichnung und Auswertung</b> , Stand 31.12.2009	1.698	1.656
Anzahl beschiedene Anträge	180	143
• davon Anzahl Genehmigungen	178	143
• davon Anzahl Ablehnungen	2	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	0

## C.19 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 Kernspintomographie der

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.10.2001		
Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001		
Genehmigungen Allgemeine Kernspintomographie	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	347	329
Anzahl beschiedene Anträge	63	26
• davon Anzahl Genehmigungen	60	26
• davon Anzahl Ablehnungen	3	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	4	6
• davon bestanden	3	6
• davon nicht bestanden	1	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	28	2
Genehmigungen Kernspintomographie der Mamma	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	63	57
Anzahl beschiedene Anträge	15	7
• davon Anzahl Genehmigungen	15	7
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	6	6
• davon bestanden	6	6
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

## Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

Frequenzregelung	2011		2010	
Kernspintomographie der Mamma				
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	noch nicht abgeschlossen		51 (+ 4 Ärzte, die 2011 nachweisen müssen)	
• mind. 50 Untersuchungen	28 (gemäß Abrechnung)		45	
• weniger als 50 Untersuchungen	32 (gemäß Abrechnung)		6	
Stichprobenprüfung § 136 Abs. 2 SGB V)	2011		2010	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	319		Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben	
Anzahl geprüfter Ärzte	23		49	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	20		49	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	3		0	
Begründungen:	entfällt		entfällt	
<ul style="list-style-type: none"> <li>falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag</li> <li>falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde</li> <li>sonstige Kommentare</li> </ul>				
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
• <b>keine</b> Beanstandungen	12	2	28	0
• <b>geringe</b> Beanstandungen	4	0	11	0
• <b>erhebliche</b> Beanstandungen	4	1	9	0
• <b>schwerwiegende</b> Beanstandungen	0	0	1	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine <b>schriftliche Empfehlung / Verpflichtung</b> zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	10		26	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem <b>Beratungsgespräch</b> aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		3	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine <b>Nichtvergütung oder Rückforderung</b> bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0		0	

## Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1 (noch nicht durchgeführt)	1
• davon bestanden	noch keine Angaben möglich	1
• davon nicht bestanden	noch keine Angaben möglich	0
Anzahl der <b>Genehmigungswiderrufe</b> gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	0	0
Anzahl der mit <b>Auflagen versehenen Ge- nehmigungen</b> gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine <b>Praxisbege- hung</b> stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0

## C.20 MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

## Magnetresonanz-Angiographie

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007				
Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2001				
Genehmigungen Stand	1.1.2011	31.12.2011	1.1.2010	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	271	282	256	271
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 7 Abs. 10)	neu	erneut (§ 7 Abs. 10)
	46	0	20	0
• davon Anzahl Genehmigungen	40		18	
• davon Anzahl Ablehnungen	6		2	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 5)	0		0	
Praxisbegehungen	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 7 Abs. 9)	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		0	
<b>Dokumentationsprüfung § 7</b>	<b>2011</b>		2010	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	253		Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben	
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 7)	46		62	
• davon ohne Beanstandungen	36		55	
• davon mit Beanstandungen	10		7	
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach 3 Monaten (§ 7 Abs. 9)	3		7 (stehen noch aus)	
• davon ohne Beanstandungen	2		Es können noch keine Angaben gemacht werden	
• davon mit Beanstandungen	1		Es können noch keine Angaben gemacht werden	
Kolloquien (§ 7 Abs. 9)	1 (noch nicht durchgeführt)		0	
<b>Dokumentationsprüfung § 7 – Mängelanalyse</b>	<b>2011</b>		0	
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	ohne Venen	Venen	ohne Venen	Venen
	536	23	722	81
• darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	494	12	681	56
• darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	483	12	698	76
• darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	501	23	702	77
• davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	499	12	679/15	54/24
• davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	37	11	28	3

## C.21 MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

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

- Beurteilung einer Fallsammlung nach Abschnitt C zum Nachweis der fachlichen Befähigung
- Beurteilung einer Fallsammlung nach Abschnitt D zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung in zweijährigem Abstand

- regelmäßige stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 11.2.2011				
Genehmigungen Stand	1.1.2011	31.12.2011	1.1.2010	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	314	318	323	317
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut	neu	erneut
	49	0	54	0
• davon Anzahl Genehmigungen	46	0	46	0
• davon Anzahl Ablehnungen	3	0	8	0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung (§ 14 Abs. 8)	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7	0		0	
Beurteilung von Mammographieaufnahmen (Fallsammlung) im Rahmen des Genehmigungsverfahrens gemäß Abschnitt C				
Anzahl Prüfungen	1. Prüfung 2011	Wiederholungsprüfung	1. Prüfung 2010	Wiederholungsprüfung
	22	6	25	4
• davon bestanden	13	2	17	1
• davon nicht bestanden	9	4	8	3

## Mammographie (Kurativ)

Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D			
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	reguläre Selbstüberprüfung		Wiederholungsprüfung
	2011	154	*
2010	44		8
• davon erfolgreiche Teilnahme	2011	*	*
	2010	40	7
• davon nicht erfolgreiche Teilnahme	2011	*	*
	2010	4	1
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§ 11 Abs. 2e)	2011		2010
		0	0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b		0	0
Widerruf der Genehmigung (§ 11 Abs. 3c)		0	1

Bemerkung:

\* Die Ergebnisse der Selbstüberprüfungen lagen zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichts noch nicht vor. Folglich wurden auch noch keine Wiederholungsprüfungen durchgeführt.

Überprüfung der Dokumentation im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung nach Abschnitt E				
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	reguläre Prüfungen		Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 7 a) innerhalb sechs Monaten	Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 7 b) innerhalb drei Monaten
	2011	109		3
2010	173		1	9
• davon erfüllt	2011	101	0	0
	2010	153	1	8
• davon nicht erfüllt	2011	entfällt	3	5
	2010	entfällt	0	1
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder mindestens 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt - geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	2011	3	entfällt	entfällt
	2010	4	entfällt	entfällt
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	2011	5	entfällt	entfällt
	2010	16	entfällt	entfällt
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	2011		0	
	2010		0	

## Mammographie (Kurativ)

Rückgaben/Beendigungen von Genehmigungen oder Widerrufe § 14 Abs. 5		
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 a nicht nachgekommen sind (§ 11 Abs. 1)	2011	0
	2010	1
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 b nicht nachgekommen sind (§ 14 Abs.5)	2011	0
	2010	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2 c nicht nachgekommen sind (§ 14 Abs.6)	2011	0
	2010	0
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	2011	0
	2010	1

## C.22 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.

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

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

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

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

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

Im Jahr 2011 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 631.399 Frauen eingeladen, davon haben 331.419 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von 52,5%).

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

[www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de](http://www.kooperationsgemeinschaft-mammographie.de) und [www.mammascreen-bw.de](http://www.mammascreen-bw.de)

**Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 1.1.2004, zuletzt geändert 1.4.2011**  
**Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), Abschnitt B Nr. 4-7, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 1.1.2004, zuletzt geändert 1.5.2010**  
**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.1993; Neufassung 1.1.2007, zuletzt geändert 1.4.2011**

Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
<b>programmverantwortliche Ärzte</b>	19	20
• davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsie	6	5
<b>kooperierende Ärzte:</b>		
• Befunder von Mammographieaufnahmen	68	69
• histopathologische Beurteilung	21	20
• Erbringung von Stanzbiopsien	22	28
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsie	22	26
• ermächtigte Krankenhausärzte	84	101

## C.23 MEDIZINISCHE REHABILITATION

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

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

Eine Genehmigung erhält, wer entweder

- bestimmte Gebiets- oder Zusatzbezeichnungen führt oder

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7.325	7.279
Anzahl beschiedene Anträge	316	492
• davon Anzahl Genehmigungen	316	492
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

## C.24 ONKOLOGIE

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

Weiter ist zur Aufrechterhaltung der Onkologie-Genehmigung grundsätzlich die Erzielung einer gewissen Mindestfrequenz erforderlich. Laut Umsetzungsvereinbarung mit den Krankenkassen in Baden-Württemberg wurde eine Prüfung bis zum 30. Juni 2012 ausgesetzt sowie die Fallzahlen für Organonkologen für 2010 bis 2012 gesenkt.

<b>Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2011</b>				
<b>Genehmigungen Stand</b>	<b>1.1.2011</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>1.1.2010</b>	<b>31.12.2010</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	401	431	129	403
• darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2010 in Neu-/Jungpraxen	Eine Differenzierung nach Jungpraxen erfolgte in BW nicht, da erst 2011 laut Vereinbarung mit den Krankenkassen eine Prüfung der Fallzahlen vorzunehmen ist			
• darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2011 in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0		0	
Anzahl beschiedene Anträge	58		327	
• davon Anzahl Genehmigungen	57		274	
• davon Anzahl Ablehnungen	1		53	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
• davon bestanden	0		0	
• davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich		2	
<b>Dokumentationsprüfung § 10</b>	<b>2011</b>		<b>2010</b>	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	420		Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben	
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	33		10	
• davon ohne Beanstandungen	29		5	
• davon mit Beanstandungen	4		5	
<b>Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.</b>				
Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	401		257	

## Onkologie

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

**Bemerkungen:**

- \* Aufgrund regionaler Vereinbarung wurden die Fallzahlen zum Teil reduziert. Die Differenzierung nach Jungpraxen war 2011 ebenfalls wegen regionaler Absprachen nicht nötig.
- \*\* Aufgrund regionaler Vereinbarung mit den Krankenkassen wurde 2010 noch keine Frequenzprüfung durchgeführt.

## C.25 OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

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

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

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 5: Bestimmung der otoakustischen Emissionen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	414	404
Anzahl beschiedene Anträge	28	47
• davon Anzahl Genehmigungen	28	47
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

## C.26 PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Photodynamische Therapie (PDT) regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung der PDT am Augenhintergrund mit Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen. Die Vereinbarung bein-

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.8.2001 zuletzt geändert: 1.7.2011				
Genehmigungen Stand	1.1.2011	31.12.2011	1.1.2010	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	44	42	43	44
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut (§ 6 Abs. 6)	neu	erneut (§ 6 Abs. 6)
	0	0	2	0
• davon Anzahl Genehmigungen	0	0	2	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 8 Abs. 2)	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2		1	

## C.27 PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

Die Qualitätssicherungsvereinbarung PTK regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Durchführung der PTK. Die Vereinbarung beinhaltet außerdem Vorgaben für die Dokumentation

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2007		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	18	18
Anzahl beschiedene Anträge	2	1
• davon Anzahl Genehmigungen	2	1
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren § 9 Abs. 2)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	0
Genehmigungen Stand	2011	2010
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	5	Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben
Anzahl geprüfter Ärzte	3	6
• davon ohne Beanstandungen	0	4
• davon mit Beanstandungen	3	2
Anzahl Wiederholungsprüfungen (nach § 7 Abs. 5)	1	0
Kolloquien (nach § 7 Abs. 5)	1	0

## C.28 PSYCHOTHERAPIE

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

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

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

### Richtlinienverfahren

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

### Psychosomatische Grundversorgung

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

**Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: Neufassung 1.1.1999, zuletzt geändert: 1.1.2008**  
**Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 8.7.2011**

Verwaltungsaufwand	2011	2010
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	2.117	1.269
• davon Anzahl Genehmigungen	2.116	1.265
• davon Anzahl Ablehnungen	1	4
Richtlinienverfahren		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Therapeuten mit <b>mindestens einer</b> Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	3.825	3.738
• davon Ärzte	1.618	1.617

## Psychotherapie

im Einzelnen						
	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
	2011	2010	2011	2010	2011	2010
• Therapeuten mit Genehmigung zur <b>tiefenpsychologisch fundierten</b> Psychotherapie	1.756	1.886	291	288	441	512
• davon Ärzte	1.170	1.287	172	172	87	144
• Therapeuten mit Genehmigung zur <b>Verhaltenstherapie</b>	996	1.092	319	307	163	281
• davon Ärzte	232	248	29	27	45	62
• Therapeuten mit Genehmigung zur <b>analytischen</b> Psychotherapie	563	626	143	144	303	347
• davon Ärzte	289	336	69	70	2	36
<b>Befreiung von der Gutachterpflicht</b>	<b>2011</b>				2010	
Anzahl Therapeuten mit <b>Befreiung von der Gutachterpflicht</b>	2.492				2.305	
• davon Ärzte	820				805	
<b>Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren</b>						
<b>Genehmigungen Stand</b>	<b>31.12.2011</b>				31.12.2010	
Ärzte mit Genehmigung zur <b>Psychosomatischen Grundversorgung</b>	10.641				10.118	
Therapeuten mit Genehmigung zum <b>autogenen Training</b>	1.828				1.843	
• davon Ärzte	1.363				1.402	
Therapeuten mit Genehmigung zur <b>Jacobson'schen Relaxation</b>	1.629				1.615	
• davon Ärzte	1.016				1.035	
Therapeuten mit Genehmigung zur <b>Hypnose</b>	943				934	
• davon Ärzte	560				572	

## C.29 SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

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

Schlafbezogene Atmungsstörungen im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen

Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie,	384	360
• davon Genehmigungen <b>ausschließlich</b> zur Polygraphie	342	314
• davon Genehmigungen zur Polygraphie <b>und</b> Polysomnographie	63	39
• davon Genehmigungen <b>ausschließlich</b> zur Polysomnographie	9	7
Anzahl beschiedene Anträge	59	37
• davon Anzahl Genehmigungen	59	37
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	1

## C.30 SCHMERZTHERAPIE

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

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

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 1.4.2005</b>		
<b>Genehmigungen Stand</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>31.12.2010</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	157	158
Anzahl beschiedene Anträge	14	16
• davon Anzahl Genehmigungen	14	16
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren - § 4 Abs. 3 Nr. 4)	1	0
• davon bestanden	1	0
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	0
<b>Versorgung</b>		
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	0	0
<b>Dokumentationsprüfung</b>		
Anzahl Prüfungen nach § 7 Abs. 2	143	142
• davon ohne Beanstandungen	89	114
• davon mit Beanstandungen	54	28
<b>Nachweispflicht § 5 Abs. 5</b>		
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	143	142
Anzahl Ärzte, die gemäß § 5 Abs. 4 nachgewiesen haben, dass sie überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandeln	wird zur Zeit nicht geprüft	wird zur Zeit nicht geprüft

## C.31 SOZIALPSYCHIATRIE

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

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

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

Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	74	70
Anzahl beschiedene Anträge	5	7
• davon Anzahl Genehmigungen	5	6
• davon Anzahl Ablehnungen	0	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

## C.32 SOZIOThERAPIE

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

In den Soziotherapie-Richtlinien sind die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall

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

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 1.1.2002		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	466	459
Anzahl beschiedene Anträge	24	15
• davon Anzahl Genehmigungen	24	15
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

### C.33 STOSSWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

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

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

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.11.1995		
Genehmigungen Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	151	144
Anzahl beschiedene Anträge	24	14
• davon Anzahl Genehmigungen	24	14
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

### C.34 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 jewei-

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

### C.34.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

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

Genehmigungen § 4 und § 5 Stand	31.12.2011		31.12.2010	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2.677		2.687	
Anzahl beschiedene Anträge	355		345	
• davon Anzahl Genehmigungen	334		332	
• davon Anzahl Ablehnungen	21		13	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	13		9	
• davon bestanden	12		9	
• davon nicht bestanden	1		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		1	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	12		8	
<b>Stichprobenprüfung</b>	<b>2011</b>		<b>2010</b>	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	2.395		Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben	
Anzahl geprüfter Ärzte	233		184	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	225		180	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	8		4	
Begründungen: • falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag • falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde • sonstige Kommentare	entfällt		entfällt	
<b>Prüfergebnisse</b> zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), <b>unterschieden</b> nach:	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
<b>keine</b> Beanstandungen	156	4	122	3
<b>geringe</b> Beanstandungen	49	1	48	0
<b>erhebliche</b> Beanstandungen	13	2	9	1
<b>schwerwiegende</b> Beanstandungen	7	1	1	0

## Konventionelle Röntgendiagnostik

	2011	2010
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine <b>schriftliche Empfehlung / Verpflichtung</b> zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	50	43
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem <b>Beratungsgespräch</b> aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine <b>Nichtvergütung oder Rückforderung bereits</b> geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	2	0
<b>Kolloquien</b> (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	1	0
Anzahl der <b>Genehmigungswiderrufe</b> (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	0
Anzahl der mit <b>Auflagen versehenen Genehmigungen</b> (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine <b>Praxisbegehung</b> stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	0

### C.34.2 Computertomographie

Genehmigungen § 4 und § 7 Stand	31.12.2011		31.12.2010	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	466		477	
Anzahl beschiedene Anträge	100		109	
• davon Anzahl Genehmigungen	92		104	
• davon Anzahl Ablehnungen	8		5	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1		2	
• davon bestanden	1		2	
• davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0		1	
Stichprobenprüfung § 136 Abs. 2 SGB V	2011		2010	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	356		Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben	
Anzahl geprüfter Ärzte	14		22	
• Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	14		21	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0		1	
Begründungen:	CT-Prüfung ausgesetzt, bereits angeforderte wurden noch geprüft		entfällt	
<ul style="list-style-type: none"> <li>falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag</li> <li>falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde</li> <li>sonstige Kommentare</li> </ul>				
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte (§ 6), unterschieden nach:	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wegen § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
keine Beanstandungen	14	0	21	1
geringe Beanstandungen	0	0	0	0
erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0
schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0

## Computertomographie

	2011	2010
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine <b>schriftliche Empfehlung / Verpflichtung</b> zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem <b>Beratungsgespräch</b> aufgefordert wurden (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a)	0	0
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine <b>Nichtvergütung oder Rückforderung bereits</b> geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	0
<b>Kolloquien</b> (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c)	1	0
• davon bestanden	1	0
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der <b>Genehmigungswiderrufe</b> (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1)	0	0
Anzahl der <b>mit Auflagen versehenen Genehmigungen</b> (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz)	0	0
Anzahl Ärzte, bei denen eine <b>Praxisbegehung</b> stattgefunden hat (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8)	0	0

### C.34.3 Osteodensitometrie

Genehmigungen § 4 und § 8 Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	370	371
Anzahl beschiedene Anträge	59	51
• davon Anzahl Genehmigungen	50	50
• davon Anzahl Ablehnungen	9	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	2

### C.34.4 Strahlentherapie

Genehmigungen § 9 Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	158	153
Anzahl beschiedene Anträge	23	31
• davon Anzahl Genehmigungen	23	31
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

### C.34.5 Nuklearmedizin

Genehmigungen § 10 Stand	31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	230	241
Anzahl beschiedene Anträge	32	52
• davon Anzahl Genehmigungen	32	52
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	2
• davon bestanden	1	2
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

## C.35 SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIATABHÄNGIGER

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

Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Be-

handlungsfälle im Quartal. Ferner werden alle Substitutionsbehandlungen nach jeweils 5 Jahren Substitution überprüft.

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

<b>Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 12.6.2010</b>		
<b>Genehmigungen Stand</b>	<b>31.12.2011</b>	<b>31.12.2010</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	346	346
Anzahl beschiedene Anträge	7	5
• davon Anzahl Genehmigungen	7	5
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	8	11
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	117	107
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen Stand 31.12.2010	1	1
• davon Einrichtungen nach § 12	1	1
<b>Dokumentationsprüfungen (§ 9 Abs. 3)</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>
Anzahl geprüfter Ärzte	-	-
Anzahl geprüfter Fälle	732	827
• davon ohne Beanstandungen	549	641
• davon mit geringen Beanstandungen	114	156
• davon mit erheblichen Beanstandungen	53	30
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	16	0

## Substitution

5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)		
Anzahl geprüfter Fälle	583	495
• davon ohne Beanstandungen	449	411
• davon mit Beanstandungen	134	84
2 Jahres-Überprüfungen Patienten (§ 3 Abs. 6)		
Patienten		
Anzahl geprüfter Fälle	Prüfung ab 2012	
Anzahl Patienten im Jahr	9.297	9.079
• davon Patienten mit Diamorphinsubstitution	28	16
An- / Abmeldungen	2011	2010
Summe Anzahl Patientenanmeldungen und -abmeldungen im Jahr	7.819	8.332

## C.36 ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Am 1. April 2009 trat eine neue bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft (Rechtsgrundlage: § 135

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

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

### **Strukturqualität**

Die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Die Genehmigung ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen

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

### **Abnahme- und Konstanzprüfung**

Alle erfassten Ultraschallgeräte werden nun bis zum 31.03.2013 einer Abnahmeprüfung unterzogen werden. Nach erfolgreich durchgeführter Ab-

nahmeprüfung folgt dann 4 Jahre später jeweils die Konstanzprüfung.

### **Stichprobenprüfung**

Es werden von mindestens 3% aller Ärzte mit einer Ultraschallgenehmigung jeweils 5 Dokumentationen überprüft.

## Säuglingshüfte

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

eingeführt. In diesem Zusammenhang wurden alle 2 Jahre von allen Ärzten, die diese Untersuchungen durchführen, jeweils zwölf Dokumentationen (Bild und schriftliche Dokumentation) angefordert und von den zuständigen Fachkommissionen der Kas senärztlichen Vereinigungen bundesweit nach einheitlichen Prüfkriterien beurteilt. Die Anlage V wurde zum 1. April 2012 geändert.

### a) Genehmigungserteilung

Vereinbarungen von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: 2. Neufassung 1.4.2009, zuletzt geändert 1.7.2009; zuvor 1. Neufassung 1.4.1993, zuletzt geändert: 1.4.2005				
Genehmigungen Stand	1.1.2011	31.12.2011	1.1.2010	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit <b>mindestens einer</b> Genehmigung	10.242	10.488	10.012	10.260
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)**	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7
	990	4	867	0
• davon Anzahl Genehmigungen**	1.580	2	Anzahl 2010 nicht erhoben	0
• davon Anzahl Ablehnungen**	180	2	Anzahl 2010 nicht erhoben	0
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	Neu 4.081	Erneut 4	3.546	0
• davon Anzahl Genehmigungen	3.682	2	3.242	0
• davon Anzahl Ablehnungen	399	2	304	0
Anzahl Kolloquien gemäß	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7*
	199	2	226	0
• davon bestanden	184	2	Anzahl 2010 nicht erhoben	
• davon nicht bestanden	15	0	Anzahl 2010 nicht erhoben	
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	6		0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	7		0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	Keine Angabe möglich		Keine Angabe möglich	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	Keine Angabe möglich		Keine Angabe möglich	

Bemerkung:

\* Doppelung zur Anzahl erneut beschiedener Anträge

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

## b) Genehmigungsstand

Anwendungsbereiche		31.12.2011	31.12.2010
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand			
AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	381	385
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	198	195
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	235	231
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	442	415
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich) Speicheldrüsen, B-Modus	1.149	1.088
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	3.776	3.684
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	629	623
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	114	105
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	59	53
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	2	3
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	248	244
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	2	1
AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.560	1.496
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	12	14
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	1.140	1.131
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.077	6.012
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	49	37
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	38	33
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.184	1.181
AB 8.1	Urogenitalorgane, B-Modus, transkutan	2.955	2.711
AB 8.2	Urogenitalorgane, B-Modus, transkavitär	232	191
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus,	1.567	1.563
AB 9.1	Geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus,	1.505	1.494
AB 9.2	Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus,	827	885
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus,	1.005	994
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus,	1.015	1.614
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus,	1.056	1.032
AB 12.1	Haut, B-Modus,	12	7
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus,	37	28
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.180	1.162
AB 20.2	CW-Doppler - extremitätenver- /entsorgende Gefäße	1.136	1.133
AB 20.3	CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße	31	18
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	222	232
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	428	335

## b) Genehmigungsstand

Anwendungsbereiche		31.12.2010	31.12.2009
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand			
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	740	701
AB 20.7	Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	161	153
AB 20.8	Duplex-Verfahren - extremitätenver- / entsorgende Gefäße	670	543
AB 20.9	Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße	32	13
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	715	479
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	229	220
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	563	554
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	119	108
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Neugeborende, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	54	50
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie, (einschl. Duplex), Neugeborende, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	2	2
AB 22.1	Duplex-Verfahren – Fetales kardiovaskuläres System	103	95
AB 22.2	Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	421	405

### Bemerkung:

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

## c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Baujahre der Ultraschallsysteme, die bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung verwendet wurden § 16 Abs. 6 (Übergangsregelung)		
Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2 c	Anzahl	Stichtag
	19.735	31.03.2012
Apparative Ausstattung § 9 (Abnahmeprüfung)		
Anzahl abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2 c	1.1.2011	31.12.2011
	2.257	6.904
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme gemäß § 2c insgesamt (neue oder Alt-Systeme**)	4.647	
• davon ohne Beanstandungen 2011		
• Baujahr des Systems: vor 1990*	Keine Angabe möglich	
• Baujahr des Systems: 1990-1994*		
• Baujahr des Systems: 1995-1999*		
• Baujahr des Systems: 2000-2004*		
• Baujahr des Systems: 2005-2009*		
• Baujahr des Systems: 2010-heute*		

## Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

• davon mit Beanstandungen	
• Baujahr des Systems: vor 1990*	87
• Baujahr des Systems: 1990-1994*	181
• Baujahr des Systems: 1995-1999*	98
• Baujahr des Systems: 2000-2004*	35
• Baujahr des Systems: 2005-2009*	39
• Baujahr des Systems: 2010-heute*	0
Zusätzlich bei Beanstandungen:	
• im Jahr 2011 erlassene Bescheide zu ab dem 1.4.2013 nicht mehr zugelassener US-Systeme	440

Bemerkung:

\* Baujahr = Baujahr der Gerätekonsole des Systems

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

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

## d) Dokumentationsprüfungen

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11				
Anzahl Prüfungen	2011		2010	
Anzahl geprüfter Ärzte	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
	313	33	330	2
• davon ohne Mängel	223	19	254	2
• davon mit Mängeln	90	14	76	0
Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)				
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bemerkung: Gemeint ist die Anzahl der geprüften Ultraschall-Untersuchungen, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	1.565	165	1.650	10
• davon <b>ohne</b> Beanstandungen	1.146	87	1.276	10
• davon <b>mit</b> Beanstandungen	419	78	374	0
Bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:				
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung beziehungsweise Indikation der Untersuchung*	117	4	169	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: gegebenenfalls eingeschränkte Untersuchungsbedingungen beziehungsweise Beurteilbarkeit*	11	3	60	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden*	44	20	76	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-) Diagnose*	74	8	66	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen*	148	16	110	0
Bei Beanstandungen der Bilddokumentation:				
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6*	190	26	228	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund*	82	4	116	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund*	122	17	86	0
Kolloquien (§ 11 Abs. 6)				
• davon bestanden	2		0	
• davon nicht bestanden	1		0	
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung				
	Ärzte	Anwendungsbereiche	Ärzte	Anwendungsbereiche
	1	1	0	0

Bemerkung:

\* Mehrfachnennungen sind möglich, d. h. die Summe dieser acht Zeilen kann größer als die der Zahl der beanstandeten Dokumentationen sein.

## e) Säuglingshüfte

Genehmigungen Stand		2011			2010			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	<b>Stand 1.1.</b>	1.002			995			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	<b>Stand 31.12.</b>	1.016			992			
Anzahl beschiedene Anträge		Neu	erneut (§ 11 Abs. 3)	Neu	erneut (§ 11 Abs. 3)			
		87	3	73	8			
• davon Anzahl Genehmigungen		81	2	72	7			
• davon Anzahl Ablehnungen		6	1	1	1			
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		2			10			
• davon bestanden		1			9			
• davon nicht bestanden		1			1			
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)		18			26			
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		Keine Angaben möglich			56			
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)								
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i. V. m. § 3) Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und ... in Stufe III	<b>Stufe II</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>&gt;5</b>
	<b>2011</b>	97	31	37	15	10	8	36
	<b>2010</b>	89	27	39	5	10	7	29
	<b>Stufe III</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>&gt;5</b>
	<b>2011</b>	222	8	4	0	0	0	0
	<b>2010</b>	195	4	5	1	1	0	0
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) – Anzahl Ärzte		sachgerecht gem. § 9	Wiederholungsprüfung 6 Monate	Wiederholungsprüfung 3 Monate	Widerruf			
		<b>2011</b>	165	51	14	4		
		<b>2010</b>	141	54	10	1		
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2) Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis...in Stufe II und ... in Stufe III	<b>Stufe II</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>&gt;5</b>
	<b>2011</b>	13	5	5	4	9	2	6
	<b>2010</b>	20	11	10	1	20	6	12
	<b>Stufe III</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>&gt;5</b>
	<b>2011</b>	38	2	1	3	0	0	0
	<b>2010</b>	52	5	3	0	1	0	1
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs.2) Anzahl Ärzte		sachgerecht gem. § 9	erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate	Widerruf				
		<b>2011</b>	23	15	6			
		<b>2010</b>	26	25	11			

## Säuglingshüfte

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung)								
Beurteilung erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S.4) Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis in Stufe II und...in Stufe III	<b>Stufe II</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>&gt;5</b>
	<b>2011</b>	3	4	4	4	0	0	4
	2010	5	5	12	2	1	2	10
	<b>Stufe III</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>&gt;5</b>
	<b>2011</b>	15	4	0	0	0	0	0
	2010	30	5	1	0	1	0	0
Ergebnis erneuter Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S.4) Anzahl Ärzte		sachgerecht gem. § 9			Widerruf			
<b>2011</b>		11			8			
2010		23			14			

## C.37 VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

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

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

In der am 1. Oktober 2009 in Kraft getretenen Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V wurde unter anderem die 2008 aktuali-

sierte Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland berücksichtigt. Präzisiert werden in der Vereinbarung Fallzahlenforderungen als Genehmigungsvoraussetzung, eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien, apparative Anforderungen (zum Beispiel automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel Erstellung von Kontrollaufnahmen, Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen.

## Vakuumbiopsie der Brust

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.2009, zuletzt geändert: 1.1.2011								
Genehmigungen Stand								
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	1.1.2011		31.12.2011		1.1.2010		31.12.2010	
	31		33		24		40	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§ 8 Abs. 5)	erneut (§ 90 Abs. 6)	neu	erneut (§ 8 Abs. 5)	erneut (§ 9 Abs. 6)		
	2	0	0	19	0	0		
• davon Anzahl Genehmigungen	2	0	0	19	0	0		
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0		
Anzahl Kolloquium gemäß § 12 Abs. 2	0			0				
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0			0				
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Nichterreichen Mindestzahl (§ 8 Abs.4)	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 9 Abs. 5)		Nichterreichen Mindestzahl (§ 8 Abs.4)	Mängel in der Dokumentationsprüfung (§ 9 Abs. 5)			
	0	0		0	0			
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0			0				
Dokumentationsprüfung § 9 - Prüfprozess			2011		2010			
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)			23		Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben			
Anzahl geprüfter Ärzte § 9 Abs. 1			0		0			
Wiederholungsprüfungen § 9 Abs. 5 a			0		0			
Kolloquium § 9 Abs. 5 b			0		0			
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Dokumentationsprüfung § 9) - Mängelanalyse			2011		2010			
Anzahl geprüfter Dokumentationen			steht noch aus		0			
Frequenzregelung			2011		2010			
Anzahl Ärzte mit .... abgerechneten Vakuumbiopsien			< 25	≥ 25	< 25	≥ 25		
			7	30	24	9		
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben			7	entfällt	noch keine Angabe möglich		entfällt	

## C.38 ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

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

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

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

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

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

Genehmigungen Stand	1.1.2011		31.12.2011	1.1.2010		31.12.2010
	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	nach Widerruf gem. § 8 Abs. 4	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	nach Widerruf gem. § 8 Abs. 4
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	150		147	155		149
Anzahl beschiedene Anträge	6	0	0	9	0	0
• davon Anzahl Genehmigungen	6	0	0	5	0	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	4	0	0
Anzahl Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	2			6		
• davon bestanden	1			2		
• davon nicht bestanden	1			4		
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0			0		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung (§ 7 Abs. 6)	Mängel in der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4)	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung (§ 7 Abs. 6)	Mängel in der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4)		
	0	0	0	0		
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0			0		

## Zytologie

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess				
	2011		2010	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal 2011)	142		Anzahl abrechnender Ärzte 2010 nicht erhoben	
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 7 Abs. 3)	49		84	
• davon bestanden	48		83	
• davon nicht bestanden	1		1	
Anzahl Wiederholungsprüfungen (§ 7 Abs. 6)	1		0	
• davon bestanden	1		0	
• davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 6)	0		0	
Anzahl Widerrufe (§ 7 Abs. 6)	0		0	
Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse				
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztliche Dokumentation	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)
	588	12	1.008	0
• davon ohne Beanstandungen	586	12	1.007	0
• davon mit Beanstandungen	2	0	1	0
- darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität*	1	0	1	0
- darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung*	1	0	0	0
- darunter mit unvollständiger Dokumentation*	0	0	1	0

Bemerkung:

\* Mehrfachnennungen möglich

Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) - Prüfprozess		2011	
Anzahl abrechnender Praxen (Prüfjahr 2010)	128		
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	128		
• davon ohne Auffälligkeiten	104		
• davon mit Auffälligkeiten	24		
Anzahl Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahmen	24		
Anzahl Kolloquien	0		
Fortbildungsverpflichtung (§9)		2011	
Anzahl Ärzte, die 2010 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	140		
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2010 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2	
	354	348	

## 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 DIABETISCHER FUSS

Die Behandlung des diabetischen Fußes (Nr. 02311 EBM) kann nur durch Vertragsärzte durchgeführt und abgerechnet werden, die im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung je Quartal mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus behandelt haben und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen können. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie, Dermatologie und Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie sowie alle Vertragsärzte mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie benötigen seit dem 1. Januar 2009 keine Genehmigung durch die KVBW. Die Qualifikation zur Behandlung des diabetischen Fußes ist durch die Weiterbildung nachgewiesen.

Die Qualifikation zur Behandlung des diabetischen Fußes ist durch die Weiterbildung nachgewiesen.

### D.2 FUNKTIONSTÖRUNG DER HAND

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

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

### D.3 ORIENTIERENDE ENTWICKLUNGSNEUROLOGISCHE UNTERSUCHUNG UND ORIENTIERENDE UNTERSUCHUNG DER SPRACHENTWICKLUNG

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

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

#### **D.4 KREBSFRÜHERKENNUNG DER FRAU**

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltene Leistung nach der Nr. 01730 EBM „Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat. Ab dem 1. Januar 2008 wurde die Nr. 01735 EBM „Beratung gemäß §4 der

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

#### **D.5 EMPFÄNGNISREGELUNG**

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

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

#### **D.6 NEUROPHYSIOLOGISCHE ÜBUNGSBEHANDLUNG**

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

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

#### **D.7 PHYSIKALISCHE THERAPIE**

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

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

**D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM**

Leistung Rechtsgrundlage EBM		Diabetischer Fuß	Funktions- störung der Hand	Orientierende entwicklungs- neurologische Untersuchung	Krebsfrüh- erkennung bei der Frau	Empfängnis- regelung	Neurophy- siologische Übungsbe- handlung	Physikalische Therapie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2011	1.505	461	364	887	868	90**	114**
	2010	1.515	460	373	922	891	121	246
Anzahl beschiedener Anträge	2011	52	37	7	3	4*	0	2
	2010	89	28	9	6	8	0	2
• davon Genehmigungen	2011	42	36	6	2	3	0	2
	2010	70	28	4	4	3	0	0
• davon Ablehnungen	2011	10	1	1	1	2	0	0
	2010	19	0	5	2	5	0	2
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2011	0	0	0	0	0	0	0
	2010	0	0	0	0	0	0	0

Bemerkungen:

\* Eine Teilablehnung/Teilgenehmigung

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

## E RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

	Rechtsgrundlage	Akkreditierung (Prüfung fachlicher, apparativer oder organisatorischer Voraussetzungen)	Eingangsprüfung (Fallbatteries-, Präparateprüfung)	Kolloquium (bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung)	Frequenzregelung	Rezertifizierung/Wartungsnachweis/ Konstanzprüfung	Praxisbegehung/Hygieneprüfung (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelmäßige Prüfung)	Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung	Fortbildung /Qualitätszirkel	Rückmeldesysteme/Benchmarkberichte/ Evaluation (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	Beratung (durch die Kassennärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollektiver Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)
ADHS	§ 73c SGB V	✓			✓				✓	✓	
Akupunktur	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	✓	✓	✓	✓
Ambulantes Operieren	§ 135 Abs. 2 § 136	✓			✓		✓	(✓)		(✓)	(✓)
Apherese	§ 135 Abs. 1 § 135 Abs. 2	✓		✓				✓		✓	
Arthroskopie	§ 135 Abs. 2 § 136	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Balneophototherapie	§ 135 Abs. 2	✓		✓		✓	✓				
Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	§ 135 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV § 136	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Computertomographie	§ 135 Abs. 2 § 136	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Disease-Management- Programme	§ 137f § 137g	✓						✓	✓	✓	
Herzschrittmacher- Kontrolle	§ 135 Abs. 2	✓		✓			✓	(✓)		(✓)	(✓)
Histopathologie im Hautkrebs-Screening	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
HIV/Aids	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓			✓	✓		✓
Interventionelle Radiologie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓			
Invasive Kardiologie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓			
Koloskopie	§ 135 Abs. 2	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
Konventionelle Röntgendiagnostik	§ 135 Abs. 2 § 136	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Labor-Spezial	§ 75 Abs. 7 § 135 Abs. 2	✓		✓							

## Rechtsgrundlagen und Instrumente

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

## Rechtsgrundlagen und Instrumente

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

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

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

Alles Gute.

