

Qualitätsbericht 2012

DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG
BADEN-WÜRTTEMBERG

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

3	Vorwort: Qualität: We are the champions	32	3.2 Projekte der KVBW
4	1. EINFÜHRUNG	32	_ 3.2.1 AD(H)S
5	1.1 Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach Fachgruppen	33	_ 3.2.2 Frühe Hilfen – Vernetzung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe in ärztlichen Qualitätszirkeln
6	1.2 Theorie und Umsetzung	35	_ 3.2.3 Qualitätszirkel
14	1.3 Entwicklung genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989–2012	37	_ 3.2.4 Patientensicherheit: Mit der Hygiene im Reinen
16	2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG	40	3.3 Ausblick 2013
16	2.1 Abnahmeprüfungen und Konstanzprüfungen im Ultraschall	40	_ 3.3.1 Elektronische Dokumentation (eDoku)
19	3. QUALITÄTSFÖRDERUNG	41	4. QUALITÄTSSICHERUNG
19	3.1 Aktuelle Themen	41	4.1 Übersicht: Erteilte Genehmigungen 2012 im Vergleich zu 2011
19	_ 3.1.1 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	44	5. SERVICE
20	_ 3.1.2 MRSA (sogenannter multi-resistenter Staphylococcus aureus)	44	5.1 Fortbildungsveranstaltungen Bildempfänger-Systemen
21	_ 3.1.3 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Sonographie der Säuglingshüfte	46	5.2 Patientenservice
22	_ 3.1.4 Hörgeräteversorgung	46	_ 5.2.1 Die Gesundheitsbildung bietet Service für Ärzte und Bürger
23	_ 3.1.5 Neuropsychologische Therapie	48	_ 5.2.2 Patienteninformation „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit
24	_ 3.1.6 Molekulargenetik	51	ANHANG
25	_ 3.1.7 Tonsillotomie	142	IMPRESSUM
25	_ 3.1.8 Venentherapie		
25	_ 3.1.9 Darmkrebs-Früherkennung		
27	_ 3.1.10 Mammographie-Screening		
28	_ 3.1.11 Qualitätsmanagement – Ergebnisse der Stichprobe 2012		
30	_ 3.1.12 Fortbildungsverpflichtung		
31	_ 3.1.13 Patientenbegleitung		

Qualität: We are the champions

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ergebnisse des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beauftragten „Ärztemonitors 2012“ haben gezeigt, dass Arzt und Psychotherapeut nicht irgendein Beruf sind, sondern als Berufung empfunden werden. Die hohe Zufriedenheit und der Idealismus der Ärzte und Psychotherapeuten sind ein positives Signal an Politik und Krankenkassen. Sie müssen begreifen, dass die hohe Motivation das größte Kapital im Gesundheitswesen darstellt und daher alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um sie zu erhalten. Elementar ist dazu die Verbesserung der Rahmenbedingungen. Zu denken geben muss uns, dass die Ärzte und Psychotherapeuten beklagen, dass sie nicht ausreichend Zeit für ihre Kernaufgabe haben: die Behandlung der Patienten.

Bei der Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen bewegt sich die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) im Spannungsfeld zwischen dem ihr obliegenden Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag und dem für ihre Mitglieder notwendigen Bürokratieabbau. Das Credo dabei ist, die bestehende hohe Qualität in der Patientenversorgung aufrecht zu erhalten. Deshalb werden bereits vorhandene Qualitätssicherungsmaßnahmen regelmäßig überprüft. Hierbei konnten bereits erste Erfolge verzeichnet werden, indem in einzelnen Leistungsbereichen aufgrund der sehr guten Prüfergebnisse Qualitätsprüfungen ausgesetzt (z. B. Computertomographie) bzw. die Prüfintervalle bei Erfüllung der Qualitätsanforderungen erhöht wurden (z. B. Koloskopie).

Der Qualitätsbericht 2012 der KVBW unterstreicht auf ein Neues eindrucksvoll die von den Ärzten und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg sichergestellte hohe Qualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Schwerpunkt in der Berichterstattung aus der Versorgung



ist in diesem Jahr das Thema Abnahme- und Konstanzprüfung im Ultraschall. Diese neue Maßnahme beim Ultraschall hat sich bereits seit vielen Jahren bei der Röntgendiagnostik und bei der Nuklearmedizin als Standard etabliert. Die Ergebnisse belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Alter des Gerätes und der Anzahl der Beanstandungen gibt, was auch im Zusammenhang mit dem in der Niederlassung auf dem Boden der Vergütungssituation festgestellten Investitionsstau zu sehen ist. Dieser in Baden-Württemberg erkennbare Trend zeigt sich auch auf der Bundesebene.

Aus den vielfältigen aktuellen Themen im Qualitätsbericht möchte ich gerne exemplarisch auf den Beitrag zur Darmkrebs-Früherkennung eingehen. Die KVBW hat im „Darmkrebsmonat März“ die bundesweite Kampagne für die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von Darmkrebs intensiv unterstützt. Obwohl die Heilungschancen bei Früherkennung nachweislich sehr hoch sind, zeigen die erhobenen Daten, dass immer noch zu wenig Versicherte die angebotene Präventionsmaßnahme nutzen. Zur Sensibilisierung der Versicherten wurden für die Wartezimmer in den Arztpraxen ein Plakat mit dem Slogan „Große Probleme fangen oft winzig an“ und Flyer zum Auslegen zur Verfügung gestellt. Die bundesweite Präventionsinitiative wird im Jahr 2013 fortgesetzt.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Norbert Metke'. The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.

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

I. EINFÜHRUNG

Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg

Eine der Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ist die Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung der Patienten. Die Kassenärztliche Vereinigung ist für ihre Mitglieder, die Vertragsärzte und -psychotherapeuten, der direkte Ansprechpartner zu allen Themen rund um die Qualitätssicherung. Sie ist für die Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinien und -Vereinbarungen verantwortlich und garantiert damit der Bevölkerung in Baden-Württemberg eine hohe Qualität in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Zentraler Punkt in der Qualitätssicherung durch die KVBW ist die Prüfung der persönlichen Qualifikation und die Erfüllung der organisatorischen Voraussetzungen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei qualifikationsgebundenen Leistungen. Das heißt, ein Arzt beziehungsweise Psychotherapeut darf bestimmte Leistungen erst dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen, wenn ihm die erforderliche Genehmigung durch die KVBW erteilt wurde. Außerdem prüft die Kassenärztliche Vereinigung nach Erteilung der Genehmigung die Erfüllung von Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die der Aufrechterhaltung dieser Qualitätssicherungs-Genehmigungen dienen.

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

Der Qualitätsbericht 2012 gibt einen Gesamtüberblick über die vielfältigen Maßnahmen der KVBW zur Förderung und Sicherstellung der Qualität in der Patientenversorgung. Er gibt einen Einblick in das gesamte Genehmigungs- und Prüfgeschehen der Qualitätssicherung. Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben stehen der KVBW unterstützend auch Qualitätssicherungskommissionen zur Seite.

Kommissionen der Qualitätssicherung

Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen, die mit Ärzten besetzt sind, ist in allen Kassenärztlichen Vereinigungen institutionell verankert. 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 der KVBW koordinieren die einheitliche Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarungen durch die regionalen Qualitätssicherungskommissionen.

Die Qualitätssicherungskommissionen haben die Aufgabe, für 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. Besondere Verantwortung haben die Qualitätssicherungskommissionen außerdem bei den in einigen Leistungsbereichen stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen.

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

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

Fachgebiet	Anzahl*
Allgemeinmedizin	5.523
Anästhesiologie	516
Augenheilkunde	719
Chirurgie	791
Frauenheilkunde	1.550
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	493
Haut- und Geschlechtskrankheiten	465
Innere Medizin – hausärztlich	1.609
Innere Medizin – fachärztlich	1.497
Kinder- und Jugendmedizin	981
Kinder- und Jugendpsychiatrie	116
Kinder- und Jugendpsychotherapie	491
Laboratoriumsmedizin/Mikrobiologie	228
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	154
Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie	786
Neurochirurgie	103
Nuklearmedizin	90
Orthopädie	829
Pathologie	121
Physikalische und Rehabilitative Medizin	67
Psychologische Psychotherapie	1.893
Psychotherapeutische Medizin	866
Radiologie/Strahlentherapie	567
Urologie	369
Gesamtzahl	20.824

Quelle: KVBW Mitgliederstruktur (Stand 31.12.2012)

*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 bedarfsgerechte, 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 und -psychotherapeutischen Versorgung. Sie definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes beziehungsweise des Psychotherapeuten und der Praxismitarbeiter. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis

sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in allen Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. 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/Psychotherapeuten
- Eingangsprüfungen
- Prüfung apparativer und räumlicher Vorgaben
- Prüfung organisatorischer Voraussetzungen
- Prüfung von Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter

Strukturqualität zur Erhaltung der Genehmigung:

- Prüfung vorgegebener Frequenzen
- Nachweis von Fortbildungen
- Rezertifizierungen

Prozessqualität

Zur Erhaltung der Genehmigung:

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

Ergebnisqualität

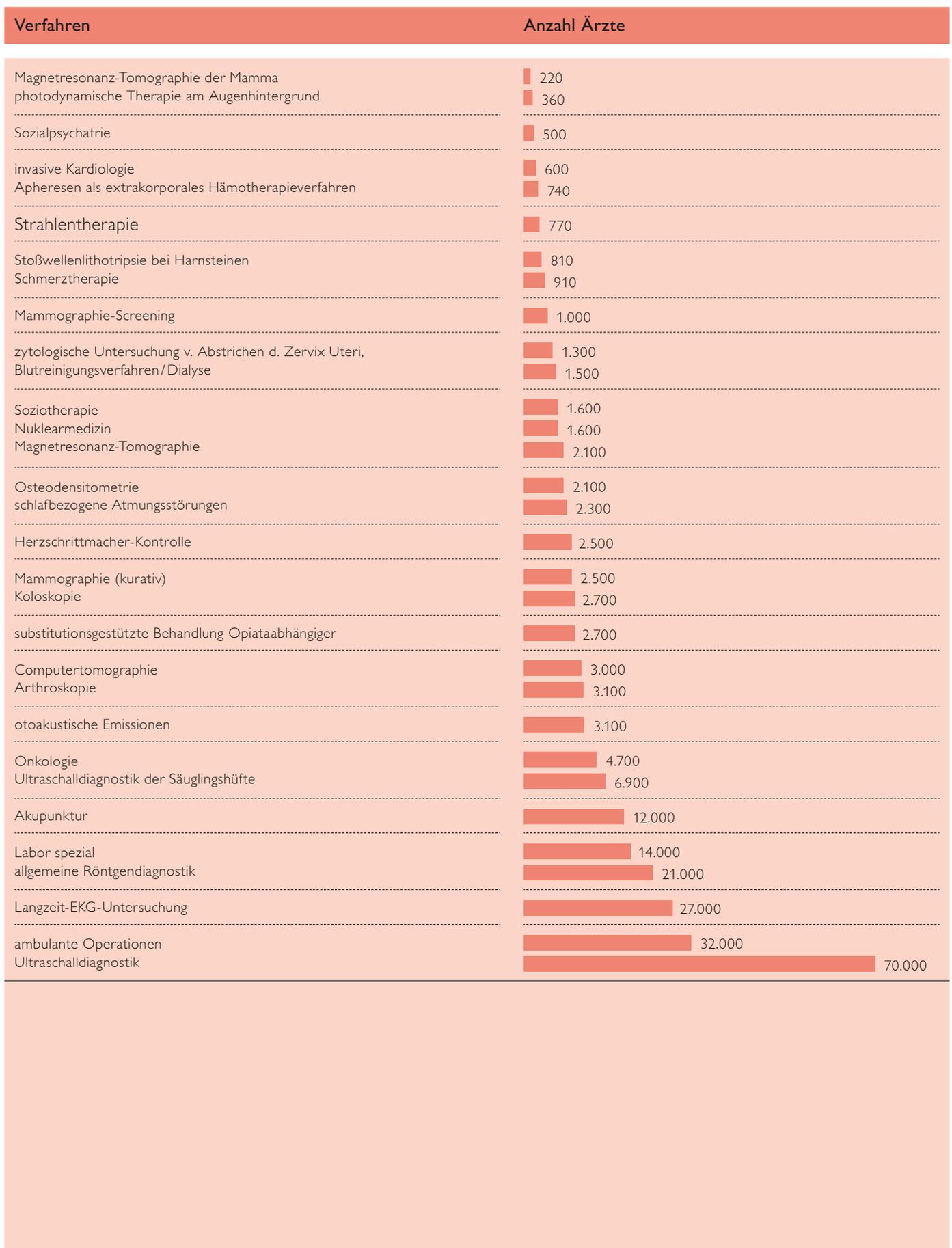
- Benchmarkberichte
- Rückmeldesysteme
- Jahresstatistiken

Beispiele sind hier

- Dialyse
- Disease-Management-Programme
- Vakuumbiopsie der Brust (Abgleich mit Histologie)
- Zytologie Jahresstatistik

Standards

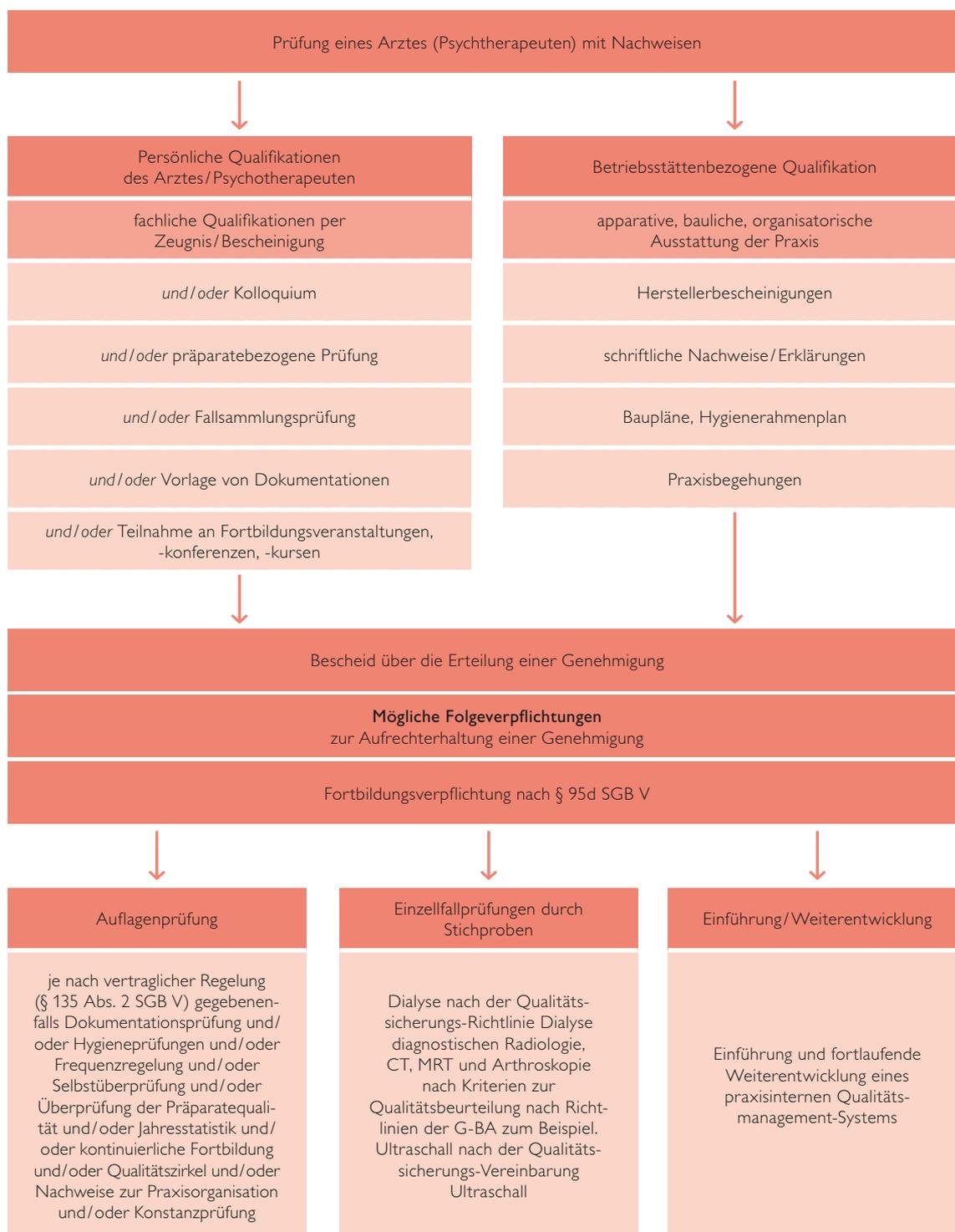
Wenn Qualitätssicherung vereinfacht gesagt bedeutet: „Das Richtige richtig zu tun“, so muss „das Richtige“ in verbindliche Standards für Diagnose und Therapieverfahren definiert sein. Nur so kann gemessen werden, dass/ob die richtigen Rahmenbedingungen eingehalten und ob „das Richtige“ getan wurde. Diese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



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

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

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, Computertomographie, 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 (beispielsweise geeignete Arznei- und Verbandsmittel) mit guter Prozessqualität (wie etwa steriles Arbeiten, regelmäßiger Verbandswechsel) gekoppelt ist.

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

Die KV Baden-Württemberg setzt schwerpunktmäßig folgende Qualitätssicherungsinstrumente ein:

Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen

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

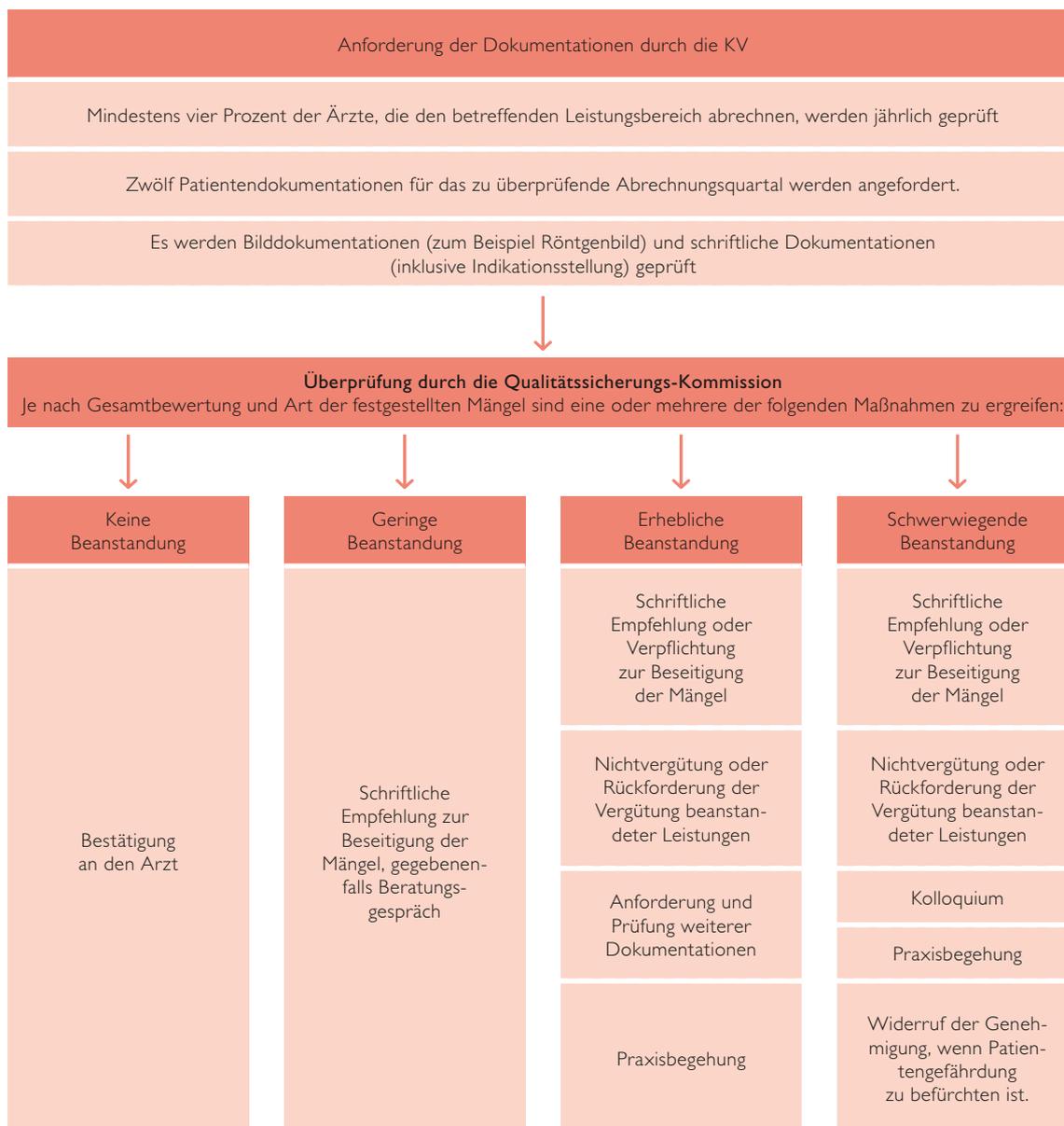
Eingangsprüfung

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

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/ Dokumentationsprüfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den geltenden Richtlinien und nach Maßgabe eigener Beschlüsse die Qualität von Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Bei den Qualitätssicherungsbereichen Diagnostische Radiologie, Computertomographie, 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 substituionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen, der Zytologie und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Kontrolle noch umfangreicher bis hin zu einer Vollerhebung.

Stichprobenprüfung nach § 136 Abs. 2 SGB V



Feedbacksysteme

Feedback-Systeme 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. Ab dem Jahr 2013 wird es Feedbackberichte auch in der Hörgeräteversorgung geben.

Die Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen zu den DMP's finden Sie im Mitgliederportal der KVBW (http://www.kvbawue.de/praxisalltag/qualitaetsicherung/genehmigungspflicht/genehmigungspfl_leist/DMP) Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Dialyse sind unter <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 Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

Rezertifizierung

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

Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

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

Kontinuierliche Fortbildung

Die Berufsordnungen schreiben eine kontinuierliche Fortbildung zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der zur Beraufsausübung erforderlichen fachlichen Kompetenzen vor. Daneben besteht seit dem Jahr 2004 für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten die gesetzliche Verpflichtung zum Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung (Paragraph 95d SGB V). Der Nachweis ist alle fünf Jahre gegenüber der KVBW in der Regel durch ein Kammerzertifikat zu führen.

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

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel (QZ) sind seit fast 20 Jahren eine etablierte Form ärztlicher und psychotherapeutischer Fortbildung: Ärzte sowie Psychotherapeuten tauschen sich in moderierten Arbeitskreisen über ihre Tätigkeit aus, um die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Qualitätszirkel sind damit ein wichtiges Instrument der Qualitätsförderung und -sicherung. Die KVBW unterstützt die Qualitätszirkelarbeit durch die Gewährung einer Moderatoren-Aufwandsentschädigung und durch gezielte Fortbildungsangebote für QZ-Moderatoren.

Kolloquium/Beratung

Die 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 verpflichtend vorgesehen ist. Des Weiteren kann die Durchführung eines Kolloquiums auch dazu dienen, die in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt zu

erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben beziehungsweise um zu überprüfen, ob der Vertragsarzt die fachlichen Anforderungen an die Leistungserbringung in dem speziellen Leistungsbereich noch erfüllt. Der Vertragsarzt hat dann die Möglichkeit, seine fachliche Befähigung in diesem Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen.

Qualitätsmanagement

Mit dem zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen 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 Entscheidungen der KV vorbereiten, sind mit Mitgliedern der KV besetzt, die selbst eine Genehmigung für den betreffenden Bereich haben und damit auch die alltägliche Umsetzung der gestellten Anforderungen aus eigenem Erleben kennen. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KV in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Auch in Dokumentations- und Stichprobenprüfungen sind die Kommissionen je nach Maßgabe der zu Grunde liegenden Vereinbarung/Richtlinie eingebunden.

Besetzung der Kommissionen

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

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

Geschäftsstellen

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

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

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

1.3 Entwicklung genehmigungspflichtiger Leistungsbereiche 1989 – 2012

1989	1990–1993	1994–1997	1998–2001
Chirotherapie	Apherese	Ambulantes Operieren	Ambulantes Operieren
Kernspin	Chirotherapie	Apherese	Apherese
Labor	Dialyse	Arthroskopie	Arthroskopie
Langzeit-EKG	Herzschrittmacher	Chirotherapie	Chirotherapie
Onkologie	Kernspintomographie	Dialyse	Dialyse
Psychotherapie	Labor	Herzschrittmacher	Herzschrittmacher
Röntgen	Langzeit-EKG	Kernspintomographie	invasive Kardiologie
Ultraschall	Mammographie	Labor	Kernspintomographie
Zytologie	Onkologie	Langzeit-EKG	Labor
	Psychotherapie	Lithotripsie	Langzeit-EKG
	Röntgen	Mammographie	Lithotripsie
	Schlafapnoe	Onkologie	Mammographie
	Substitution	Otoakustische Emissionen	Onkologie
	Ultraschall	Physikalisch medizinische Leistung	Otoakustische Emissionen
	Zytologie	Psychotherapie	Photodynamische Therapie
		Röntgen	Physikalisch medizinische Leistung
		Schlafapnoe	Psychotherapie
		Schmerztherapie	Röntgen
		Sozialpsychiatrie	Schlafapnoe
		Substitution	Schmerztherapie
		Ultraschall	Sozialpsychiatrie
		Zytologie	Substitution
			Ultraschall
			Zytologie

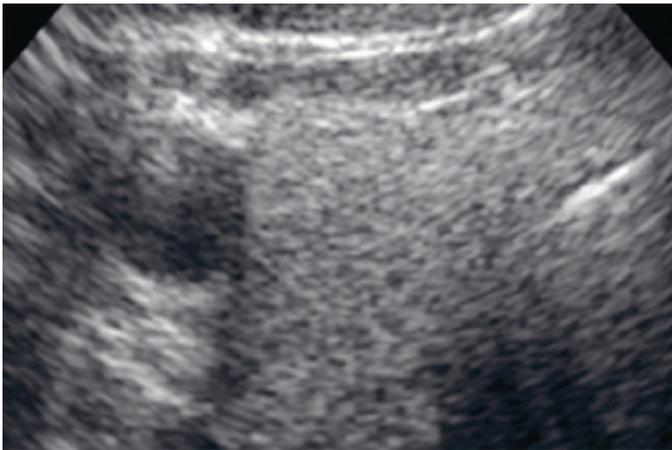
Genehmigungsbereiche in Fettdruck: Neue Vereinbarung gegenüber dem vorherigen Zeitraum

2002–2005	2006–2009	2010–2012
Ambulantes Operieren	Akupunktur	Akupunktur
Apherese	Ambulantes Operieren	Ambulantes Operieren
Arthroskopie	Apherese	Apherese
Chirotherapie	Arthroskopie	Arthroskopie
Diabetischer Fuß	Chirotherapie	Balneophototherapie
Dialyse	Diabetischer Fuß	Chirotherapie
DMP Brustkrebs	Dialyse	Diabetischer Fuß
DMP Diabetes mellitus Typ 2	DMP Asthma/COPD	Dialyse
DMP KHK	DMP Brustkrebs	DMP Asthma/COPD
Handchirurgie	DMP Diabetes mellitus Typ 1	DMP Brustkrebs
Herzschrittmacher	DMP Diabetes mellitus Typ 2	DMP Diabetes mellitus Typ 1
invasive Kardiologie	DMP Koronare Herzerkrankung	DMP Diabetes mellitus Typ 2
Kernspintomographie	Handchirurgie	DMP Koronare Herzerkrankung
Koloskopie	Hautkrebs-Screening	Handchirurgie
Labor	Herzschrittmacher	Hautkrebs-Screening
Langzeit-EKG	Histopathologie HKS	Herzschrittmacher
Lithotripsie	HIV/AIDS	Histopathologie HKS
Mammographie	Homöopathie	HIV/AIDS
Onkologie	Intervent. Radiologie	Hörgeräteversorgung
Otoakustische Emissionen	invasive Kardiologie	Homöopathie
Photodynamische Therapie	Kernspintomographie	Interventionelle Radiologie
Physikalisch medizinische Leistung	Koloskopie	Invasive Kardiologie
Psychotherapie	Labor	Kernspintomographie
Rehabilitation	Langzeit-EKG	Koloskopie
Röntgen	Lithotripsie	Labor
Schlafapnoe	Mammographie	Langzeit-EKG
Schmerztherapie	Mammographie-Screening	Lithotripsie
Sozialpsychiatrie	Magnetresonanztomographie	Mammographie
Soziotherapie	Onkologie	Mammographie-Screening
Substitution	Otoakustische Emissionen	Molekulargenetische Stufendiagnostik
Ultraschall	Photodynamische Therapie	Magnetresonanztomographie
Zytologie	Physikalisch medizinische Leistung	MRSA
	Psychotherapie	Neuropsychologische Therapie
	Phototherapeutische Keratektomie	Onkologie
	Rehabilitation	Otoakustische Emissionen
	Röntgen	Patientenbegleitung
	Schlafapnoe	Photodynamische Therapie
	Schmerztherapie	Physikalisch medizinische Leistung
	Sozialpsychiatrie	Psychotherapie
	Soziotherapie	Phototherapeutische Keratektomie
	Substitution	Rehabilitation
	Ultraschall	Röntgen
	Zytologie	Schlafapnoe
		Schmerztherapie
		Sozialpsychiatrie
		Soziotherapie
		Substitution
		Tonsillotomievereinbarung
		Ultraschall
		Venentherapie
		Zytologie

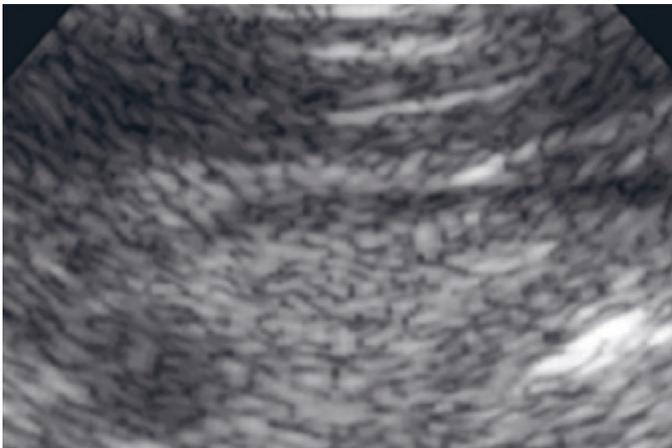
2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

2.1 Abnahmeprüfungen und Konstanzprüfungen im Ultraschall

Während im Bereich der Röntgendiagnostik oder der Nuklearmedizin bereits seit vielen Jahren eine regelmäßige Kontrolle der Bildqualität zum etablierten Standard gehört, gab es entsprechende Maßnahmen im Bereich der Ultraschalldiagnostik nicht. Dabei ist unbestritten, dass auch Schallköpfe einer technischen Alterung unterliegen. Dies hat zur Folge, dass Details zunehmend schlechter dargestellt werden, wie die beiden unten stehenden Abbildungen zeigen.



Neuer Schallkopf mit Sendefrequenz 7 MHz



Bildqualität nach langjährigem Gebrauch
größere Pixel (wie bei einer niedrigen Sendefrequenz),
Auflösungsverlust

Optimal könnte der Qualitätsverlust aufgrund der konstanten Bedingungen mit Hilfe von Phantomen nachgewiesen werden. Da es derzeit noch keine evaluierten Phantome für den Ultraschallbereich gibt, wurde mit der seit dem 1. April 2009 geltenden Ultraschallvereinbarung die Konstanzprüfung eingeführt. Sie kann ohne Störung des Praxisbetriebs kostengünstig vom Untersucher selbst durchgeführt werden. Auch sie liefert eine qualifizierte Rückmeldung über die technische Bildqualität eines Ultraschallgerätes.

Die Konstanzprüfung findet alle vier Jahre statt. Zur Durchführung der Konstanzprüfung fordert die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) eine vom Arzt selbst auszuwählende Bilddokumentation an. Sie sollte nicht älter als sechs Monate sein. Bei der Bildauswahl ist darauf zu achten, dass die charakteristischen Bildmerkmale dargestellt sind und die Aufnahme mit dem genehmigten Ultraschallsystem angefertigt wurde. Die ersten Konstanzprüfungen wurden seit 2013 durchgeführt; die betroffenen Ärzte wurden hierzu von der KVBW angeschrieben.

Basis für die Konstanzprüfungen sind die Abnahmeprüfungen der Ultraschallsysteme, die seit 2009 durchgeführt werden. Auch hierzu ist ein Bild eigener Wahl vorzulegen. Geräte, die die technischen Anforderungen nicht erfüllen, dürfen nur noch bis zum 31. März 2013 beziehungsweise 31. März 2015 verwendet werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der durchgeführten Abnahmeprüfungen und ihre Ergebnisse:

Apparative Ausstattung		
	Anzahl	Stichtag
Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2c	11.362	25.03.2013
Von 2009 bis 2012 erteilte Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen	663	25.03.2013
Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c	5.630 9.286	01.01.2012 31.12.2012
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme im Jahr 2013 gemäß § 2c	3.656**	
▪ davon ohne Beanstandungen		
▪ Baujahr des Systems: vor 1990*	13	
▪ Baujahr des Systems: 1990–1994*	91	
▪ Baujahr des Systems: 1995–1999*	411	
▪ Baujahr des Systems: 2000–2004*	994	
▪ Baujahr des Systems: 2005–2009*	1188	
▪ Baujahr des Systems: 2010 bis heute*	756	
▪ davon mit Beanstandungen		
▪ Baujahr des Systems: vor 1990*	20	
▪ Baujahr des Systems: 1990–1994*	37	
▪ Baujahr des Systems: 1995–1999*	64	
▪ Baujahr des Systems: 2000–2004*	28	
▪ Baujahr des Systems: 2005–2009*	43	
▪ Baujahr des Systems: 2010 bis heute*	11	

* Baujahr = Baujahr der Gerätekonsole des Systems

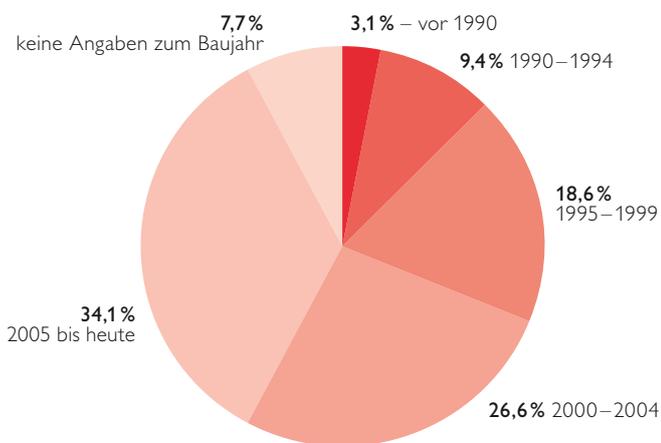
** Die Zahlen beziehen sich auf die Anzahl der Gerätekonsolen allein (nicht Anzahl Konsolen/Schallkopfkombination!). Die Zahl aller gemeldeten Konsolen/Schallkopfkombinationen beläuft sich in Baden-Württemberg auf 19.647.

Die Zahlen belegen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Alter des Gerätes und der Anzahl der Beanstandungen. Dieser Trend zeigt sich auch auf der

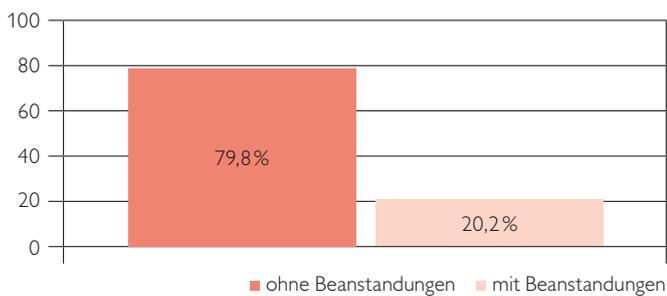
Bundesebene. Dies macht die nachfolgende Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus dem Jahr 2011 deutlich.

Geräteprüfungen Ultraschall Ergebnisse und Verteilung

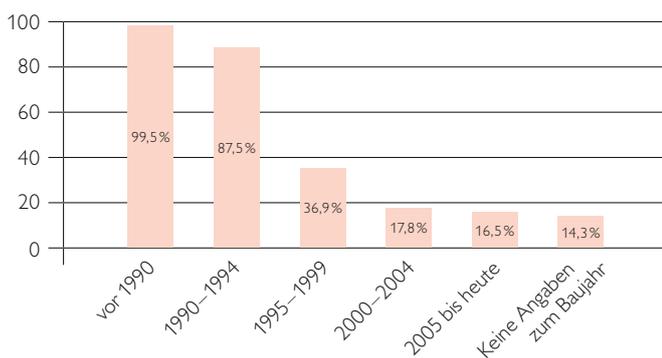
Verteilung der gemeldeten Ultraschallsysteme nach Baujahren – Stand 31.03.2010



Beanstandungen in Abhängigkeit vom Baujahr der Geräte Angaben zu 7.597 Prüfungen



Beanstandungen in Abhängigkeit vom Baujahr der Geräte Angaben zu 7.597 Prüfungen



Häufig sind es aber nur relativ kleine Änderungen am Gerät oder am Drucker, die zu einer deutlichen Verbesserung der Bildqualität führen: Aber wer kann hier einen Rat geben? Zur Unterstützung ihrer Mitglieder hat die KVBW in Zusammenarbeit mit Prof. Peter Haber von der Universitätsklinik Tübingen eine Broschüre herausgegeben. Peter Haber veröffentlicht dort wertvolle Tipps und Hinweise zur Verbesserung der technischen Bildqualität. Dank seines Bildmaterials wurde daraus ein lebendiges und instruktives Werk. Die KVBW ergänzt seine Ausführungen mit einer Darstellung der unterschiedlichen Dokumentationsprüfungen nach der neuen Ultraschallvereinbarung. Die Broschüre kann über die Homepage der KVBW herunter geladen werden: (http://www.kvbawue.de/praxisalltag/qualitaetssicherung/genehmigungspflicht/genehmigungspfl_leist/); weiter mit „Ultraschall“. Die Broschüre findet man unter „Hinweise zum Thema“.



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 Probetrieb 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.

Eine zentrale Vertrauensstelle wurde im Rahmen eines europaweiten Ausschreibungsverfahrens ausgewählt und ist seit 1. Juni 2012 in ihrer Doppelfunktion als Pseudonymisierungsstelle für patientenidentifizierende Daten und als Datenannahmestelle für selektivvertraglich tätige Leistungserbringer betriebsbereit.

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wurde im Jahr 2012 ein erster Probetrieb für die Indikation „Katarakt“ durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass nur wenige Augenärzte bereit waren, an dem Projekt teil-

zunehmen. Von den Augenärzten wurde kritisiert, dass der postoperative Verlauf der Kataraktoperation durch die von AQUA (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen) festgelegten Qualitätsindikatoren nicht ausreichend beurteilt werden könne. Zudem wurde der Zeitaufwand für die notwendige Organisation und Dokumentation als zu hoch eingeschätzt. Von den angesprochenen Softwareherstellern war schließlich nur eine Firma bereit, für den Probetrieb eine geeignete Software zu entwickeln. Für ein weiteres, ebenso im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein geplantes Projekt zur „Konisation“ konnte überhaupt keine Softwarefirma für die Zusammenarbeit gefunden werden, so dass dieser Probetrieb in Nordrhein nicht realisiert werden konnte.

Die Umsetzung der sQS hat sich aufgrund der Vielzahl und Komplexität der zu lösenden Aufgaben verzögert. Mit einer von der KBV beauftragten Machbarkeitsanalyse des IGES Instituts zur Implementierung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung konnten wesentliche Umsetzungshürden aufgezeigt werden. Eingeflossen sind in diese Analyse auch die Ergebnisse einer KBV-intern durchgeführten Bürokratiekostenschätzung für die ersten sQS-Verfahren (Katarakt-Operation, Konisation, Perkutane Koronarinterventionen). Durch die Machbarkeitsanalyse konnte im G-BA ein Diskussionsprozess zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung angestoßen werden. Das Ziel aller Beteiligten im G-BA ist, zunächst auf die Erprobung und die Implementierung machbarer Verfahren zu fokussieren, das heißt vor allem auf sektorgleiche Verfahren. Die KBV hat durch Vorlage der Ergebnisse der Machbarkeitsanalyse eine Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung initiiert. Derzeit ist daher die weitere Entwicklung und Umsetzung der sQS nur schwer einschätzbar.



3.1.2 MRSA (sogenannter multi-resistenter Staphylococcus aureus)

Die Ausbreitung von resistenten Erregern, zu denen als einer der wesentlichen der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) zählt, war früher fast ausschließlich an die besonderen Bedingungen von Krankenhäusern gebunden. Auch die Entwicklung von resistenten Staphylokokken („hospital-acquired“ [HA-] MRSA) fand sich zunächst nur in stationären Einrichtungen, da dort – durch den hohen Anteil von mit Antibiotika behandelten und gleichzeitig schwer erkrankten Patienten – ideale Bedingungen für diese Keime herrschen.

„Bei einzelnen Patienten entstehen MRSA also nicht de novo, sondern gehen nach dem Erwerb von Resistenzgenen durch Selektion (Antibiotika) aus einer anfänglichen Mischflora als Leitkeime (dominante Flora) hervor. Das erklärt, warum sich MRSA bei hospitalisierten Patienten unter Selektionsdruck viel leichter und somit häufiger als permanente Haut- und Schleimhautbesiedler nachweisen lassen.“ RKI Bulletin 26/2011

Für die Übertragung von MRSA ist ein direkter Kontakt erforderlich, der zum Beispiel im häuslichen Umfeld, aber auch durch eine unzureichende Händedesinfektion im medizinischen Bereich zustande kommen kann. Die Verhinderung einer Übertragung ist damit ein primäres Ziel und leichter zu bewerkstelligen als die spätere Eliminierung des Keimes (Eradikation) nach erfolgter Übertragung.

In den vergangenen zehn Jahren haben sich die MRSA-Keime auch außerhalb von Krankenhäusern ausgebreitet. Besonders betroffen von dieser Entwicklung sind die Industrienationen, allen voran die USA. Deutschland bewegt sich etwa im Mittelfeld, während Länder wie Dänemark oder die Niederlande durch gezielte Maßnahmen dieses Infektionsproblem weitgehend bewältigt haben. Zusätzlich wird derzeit auch die vermehrte Besiedelung von landwirtschaftlichen Nutztieren beobachtet, da diese durch einen zunehmenden Antibiotikaeinsatz ebenfalls häufig MRSA-Träger sind.

Um die Identifikation und Behandlung von Patienten mit einer MRSA-Besiedelung möglichst zielgerichtet vornehmen zu können, empfiehlt das Robert Koch-Institut die Untersuchung auf MRSA im Sinne einer „searchanddestroy“-Vorgehensweise nur für Patienten bestimmter Risikogruppen.

Zum 1. April 2012 ist, zunächst für die Dauer von zwei Jahren, in der vertragsärztlichen Versorgung eine Regelung in Kraft getreten, die auf die Betreuung und Behandlung von der vom Robert Koch-Institut beschriebenen Risikogruppen zielt.

Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer) und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen.

Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:

- chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe I)
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
- liegende Katheter (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
- Dialysepflichtigkeit
- Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

Für Patienten dieser Risikogruppen wird zunächst ein MRSA-Status (MRSA-Infektion oder -Kolonisation) erhoben. Ergibt sich bei der Staturerhebung eine MRSA-Trägerschaft, muss über die Notwendigkeit einer Eradikationstherapie entschieden werden, sofern keine sanierungshemmenden Faktoren (zum Beispiel infizierte Wunde, Dialysepflicht, antibiotische Therapie) gegeben sind. Anschließend Kontrollabstriche sollen den Erfolg einer solchen Maßnahme nachweisen. Ist ein Sanierungserfolg über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten nicht zu erzielen, ist es erforderlich, dass auch Kontaktpersonen aus dem häuslichen Umfeld des Patienten einbezogen werden.

Um die angestrebte Verbesserung der MRSA-Situation erkennen und darstellen zu können, wird durch den Gesetzgeber eine Evaluation aller beschriebenen Maßnahmen gefordert. Dies ist mittels der neu geschaffenen Gebührenordnungspositionen, die Diagnose und Behandlung differenziert abbilden, ohne weiteren bürokratischen Aufwand möglich.

Ärzte, die diese Gebührenordnungspositionen abrechnen wollen, müssen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) nachweisen, dass sie an einer speziellen dreistündigen Fortbildung teilgenommen haben. Diese Fortbildung kann entweder als Online-Fortbildung oder im Rahmen einer Präsenzveranstaltung absolviert werden. Die KVBW hat im Jahr 2012 zwölf Fortbildungsveranstaltungen zum Thema MRSA angeboten. Dabei wurden 360 Teilnehmer geschult. Damit hat die Hälfte der Genehmigungsinhaber zum Stand 31. Dezember 2012 von der Präsenzveranstaltung Gebrauch gemacht.

3.1.3 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Sonographie der Säuglingshüfte

Die Partner der Bundesmantelverträge konnten sich auf eine grundlegende Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung Säuglingshüfte (Anlage V der Ultraschallvereinbarung gemäß Paragraph 135 Abs. 2 SGB V) verständigen.

Im Wesentlichen wurde Folgendes geändert:

- Die Anforderungen an die Bild- und Schriftdokumentation wurden medizinisch-inhaltlich überarbeitet.
- Künftig sollen die ersten zwölf unmittelbar nach der Genehmigungserteilung durchgeführten und abgerechneten Hüftsonographien einer Dokumentationsprüfung unterzogen werden. So sollen mögliche Mängel der fachlichen Qualifikation möglichst frühzeitig erkannt und durch Einleitung von Qualitätssicherungs- und Förderungsmaßnahmen behoben werden. Bislang konnten theoretisch zwei Jahre vergehen, bis die Dokumentationen eines neu abrechnenden Arztes überprüft wurden.

- Ärzte, die erfolgreich an der Initialprüfung und an der – in einem Zeitraum von zwei Jahren daran anschließenden – Dokumentationsprüfung teilnehmen, sollen künftig nur noch alle fünf Jahre überprüft werden. Ärzte, deren Dokumentationen in der Gesamtbewertung mittelgradige Mängel aufweisen, müssen nun einheitlich erst innerhalb von zwölf Monaten – statt vormals drei beziehungsweise sechs Monate – erneut überprüft werden.
- Bei in der Gesamtbewertung der Dokumentationen festgestellten schwerwiegenden Mängeln soll die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Hüftsonographien künftig ausgesetzt werden; bislang musste hier ein formaljuristisch problematischer Genehmigungswiderruf allein aufgrund einer Stichprobe erfolgen. Weisen die betreffenden Ärzte innerhalb eines Jahres die erfolgreiche Teilnahme an einem Fortbildungskurs zur Sonographie der Säuglingshüfte nach, so kann unmittelbar nach diesem Nachweis wieder eine Abrechnung der Leistungen erfolgen. Ein neues Antragsverfahren ist nicht mehr erforderlich. An dieser Stelle wird also verstärkt auf den Aspekt der Qualitätsförderung gesetzt bei gleichzeitigem Abbau von bürokratischem Aufwand für den Arzt und die KV: Fortbildung und daran anschließende Abrechnungsmöglichkeit anstatt Genehmigungswiderruf und Neuantrag.
- Im Anhang der Qualitätssicherungsvereinbarung sind die Anforderungen an die Kursinhalte eines Fortbildungskurses definiert. Die Kursinhalte orientieren sich eng an den vom Berufsverband der Orthopäden und von der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) in Zusammenarbeit mit einigen Kassenärztlichen Vereinigungen bereits angebotenen und durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen (so genannte „Refresher-Kurse“). Bis zu einer flächendeckenden Etablierung dieser Kurse ist alternativ auch die Teilnahme an einem Abschlusskurs nach den Vorgaben der Ultraschallvereinbarung möglich.

Die Änderungen traten zum 1. April 2012 in Kraft.

3.1.4 Hörgeräteversorgung

Zum 1. Januar 2012 sind Gebührenordnungspositionen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden. Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen für Jugendliche und Erwachsene setzt ab dem 1. April 2012 eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß Paragraph 135 Abs. 2 SGB V voraus. Für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder ist eine Genehmigung zu der ab dem 1. Juli 2012 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder notwendig.

Ziel dieser beiden Vereinbarungen ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden.

Die Gebührenordnungspositionen können von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen) berechnet werden. Zusätzlich ist für Ärzte, die Jugendliche oder Erwachsene behandeln wollen, der Nachweis einer selbstständigen Indikationsstellung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung sowie von zehn themenspezifischen Fortbildungspunkten innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung gefordert.

Ärzte, die Säuglinge, Kleinkinder und Kinder betreuen wollen, müssen neben ihrer Facharztqualifikation nachweisen, dass sie 50 elektrische Reaktionsaudiometrien im Kindesalter, 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter sowie eine selbständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter durchgeführt haben. Auch sie müssen zehn themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragsstellung nachweisen.

Orientiert an den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie dem „Muster 15“ (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) beschreiben und definieren die Qualitätssicherungsvereinbarungen den Umfang der ärztlichen Hörgeräteversorgung von der Verordnung eines Hörgerätes über die erste Kontrolluntersuchung (Abnahme) bis hin zu möglicherweise notwendigen Nachsorgen. Auch die gegebenenfalls erforderliche Rück- und Absprache mit dem Hörgeräteakustiker wurde in den Umfang der Hörgeräteversorgung aufgenommen. So soll die kooperative Zusammenarbeit zwischen dem verordnenden Arzt und dem Hörgeräteakustiker gefördert werden.

Der Arzt ist nicht nur verpflichtet, „Muster 15“ auszufüllen, sondern muss weitere Angaben zur Hörgeräteverordnung machen. Integriert in diese Dokumentation ist die Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten mittels eines geeigneten validierten Befragungsinstruments. Aus diesem kann auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden. Hier soll der so genannte APHAB-Fragebogen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit) verwendet werden. In den Vorgaben zur Dokumentation bei der Behandlung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist kein Patientenfragebogen vorgesehen. Auch sind die Inhalte, angepasst dem Alter der Patienten, reduziert.

Die gesonderte Dokumentation der Verordnungsparameter und das Ergebnis nach Versorgung des Patienten mit einem Hörgerät wird erst 2013 umgesetzt werden. Bei der Umsetzung werden neue Wege beschritten, da sie auf elektronischem Weg erfolgen wird. Die KVBW wird im Qualitätsbericht 2013 ausführlich darüber berichten.

Die Anforderungen an die Praxisausstattung richten sich nach den geltenden DIN-Normen (DIN ISO 8253-1 und 8253-2), den Bestimmungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Als Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung muss der Arzt mindestens einmal jährlich die Durchführung einer messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte sowie sieben themenspezifische Fortbildungspunkte innerhalb von zwei Jahren vorlegen.

3.1.5 Neuropsychologische Therapie

Seit Februar 2012 ist die neuropsychologische Therapie Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-Richtlinie) erweitert und die neuropsychologische Therapie als anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode in die Anlage I aufgenommen.

Von dieser neuen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in der ambulanten Versorgung profitieren Patienten mit erworbenen hirnorganischen Erkrankungen, zum Beispiel nach einem Schädelhirntrauma oder Schlaganfall. Bisher konnten sich betroffene Patienten nur stationär behandeln lassen. Durch die Neuregelung kann eine während der Akutphase begonnene neuropsychologische Therapie ambulant fortgeführt werden, was die Chancen auf einen Behandlungserfolg deutlich verbessert.

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnorganisch verursachten Störungen geistiger (kognitiver) Funktionen, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und der Krankheitsverarbeitung sowie der damit verbundenen Störungen psychosozialer Beziehungen. Die Behandlungsmethode vereint verschiedene therapeutische Maßnahmen, um sowohl biologische Funktionen als auch Verhaltensweisen wiederherzustellen und auch Ersatz- und Bewältigungsstrategien zu erlernen.

Die Indikationsstellung für die neuropsychologische Therapie erfolgt nach Vorgabe der MVV-Richtlinie zweistufig:

- In der Stufe 1 klärt der Arzt ab, ob der Patient an einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung leidet (somatische Abklärung). Zur Feststellung der Indikation in Stufe 1 sind berechtigt: Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Hierfür bedarf es keiner Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW).
- In der Stufe 2 prüft ein Arzt oder Psychotherapeut mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation nach Feststellung der Diagnose, ob eine neuropsychologische Therapie für den Patienten infrage kommt. Die Diagnostik der Stufe 2 und Therapie setzt eine bestimmte fachliche Qualifikation voraus. Deshalb ist die Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Diagnostik und Therapie erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung erhalten folgende Ärzte und Psychotherapeuten bei Nachweis der fachlichen Anforderungen:
 - Alle bei der Stufe 1 bereits genannten Fachärzte
 - Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach Paragraph 13 der Psychotherapie-Richtlinie

jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie.

Aus Qualitätssicherungsgründen darf die Diagnostik der Stufe 1 nicht von dem gleichen Arzt/Psychotherapeut durchgeführt werden, der gegebenenfalls die neuropsychologische Therapie durchführt.

Als Teil der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung ist neben der Genehmigungspflicht eine Dokumentation vorgeschrieben. Ärzte und Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung zur neuropsychologischen Therapie sind verpflichtet, unter anderem die Befunde, den Therapieplan sowie den Behandlungsverlauf, Änderungen im Therapieplan, die Anzahl und Dauer der Behandlungen pro Woche und die Gesamtbehandlungsanzahl zu dokumentieren.

Die Überprüfung der sachgerechten Dokumentation sowie der Indikation wird zukünftig durch Stichproben im Einzelfall erfolgen. Die KV Baden-Württemberg wird dazu speziell für den Leistungsbereich der ambulanten neuropsychologischen Therapie eine Qualitätssicherungskommission einrichten.

3.1.6 Molekulargenetik

Mit Wirkung zum 1. Januar 2011 wurde der Abschnitt 11.4 „Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik“ neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Für die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 11.4.2 EBM „Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen“ hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vereinbart, eine korrespondierende Qualitätssicherungsvereinbarung abzuschließen. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 11.4.2 EBM setzt gemäß der Präambel Nr. 5 bereits jetzt die Einhaltung einer entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung voraus. Mit den Krankenkassen wurde vereinbart, dass diese Leistungen bereits ab dem 1. Januar 2011 auch ohne Abschluss einer Qualitätssicherungsvereinbarung berechnungsfähig waren.

Die neue „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGBV zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) ist zum 01. April 2012 in Kraft getreten.

Entsprechend den geltenden EBM-Bestimmungen (Präambel Nr. 7 des Abschnittes 12.1, Präambel Nr. 1 des Abschnittes 11.1) gilt die fachliche Qualifikation für Fachärzte für Humangenetik, Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin als nachgewiesen (Paragraph 3 Abs. 1 Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik). Die Gebührenordnungsposition 11430 ist darüber hinaus auch für (Neuro-) Pathologen nach neuer Weiterbildungsordnung oder mit der fakultativen Weiterbildung Molekularpathologie abrechnungsfähig (vergleiche Paragraph 3 Abs. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik und Präambel Nr. 7 des Abschnittes 12.1 EBM). Für Ärzte, die nicht den aufgeführten Facharztgruppen angehören und die vor der Einführung der molekulargenetischen Stufendiagnostik in den EBM regelmäßig molekulargenetische Untersuchungen als Auftragsleistungen erbracht haben, gilt eine Übergangsregelung (Paragraph 11 Abs. 1 Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik).

Anforderungen an die Leistungserbringung

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik legt zudem die allgemeinen Anforderungen an die Indikationsstellung, die Durchführung, Organisation und Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von molekulargenetischen Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung fest. So darf die molekulargenetische Untersuchung erst durchgeführt werden, wenn die Indikationsstellung aus den Auftragshinweisen geprüft und beurteilt werden kann (vergleiche Paragraph 6 Abs. 1). Die Ärzte müssen außerdem entsprechend den Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen („Labor-Richtlinie“) ein System der internen Qualitätssicherung sowie die regelmäßige Teilnahme an geeigneten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ringversuche) nachweisen (vergleiche Paragraph 5).

Es ist ferner zu einem späteren Zeitpunkt geplant, die Qualitätssicherungs-Vereinbarung Molekulargenetik um Indikationskriterien für ausgewählte Krankheiten zu ergänzen (vergleiche Paragraph 1 Abs. 2 und Paragraph 6 Abs. 2).

Jahresstatistik zur Dokumentation

Ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherungsvereinbarung ist die Einführung einer Jahresstatistik für Leistungen des neuen Abschnittes 11.4.2 EBM (vergleiche Paragraph 8 Abs. 1). Diese wird nicht arztbezogen, sondern jeweils für eine Betriebsstätte erstellt. Die Datenübertragung soll in einem elektronischen Dokumentationsverfahren erfolgen (vergleiche Anlage 1 der Anlage). Die erste Jahresstatistik für die Quartale II bis IV des Jahres 2012 muss bis zum 31. März 2013 eingereicht werden (vergleiche Paragraph 8 Abs. 2 und Paragraph 11 Abs. 2). Hierüber wird ausführlich im Qualitätsbericht für das Jahr 2013 berichtet werden.

3.1.7 Tonsillotomie

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat mit der AOK Baden-Württemberg in Abstimmung mit den Berufsverbänden der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte (HNO-Ärzte) einen Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Tonsillotomie (Teilentfernung der Gaumenmandel) geschlossen, der zum 1. September 2012 in Kraft getreten ist. Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene und ermächtigte Fachärzte für HNO-Heilkunde im Bereich Baden-Württemberg, die über eine Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen verfügen und definierte organisatorische, technische und fachliche Voraussetzungen erfüllen.

Ziel des Vertrages ist es, den Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs mindestens das 2., das 7. Lebensjahr jedoch noch nicht vollendet haben, die Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Tonsillotomie zu ermöglichen. Mit dieser gegenüber der Tonsillektomie (vollständige Entfernung der Gaumenmandeln) weniger risikoreichen Operation soll Kindern ein nicht notwendiger stationärer Krankenhausaufenthalt erspart bleiben und sichergestellt werden, dass intra- und postoperative Komplikationen minimiert und Rezidive vermieden werden. Zugleich soll Kindern, die infolge der Vergrößerung der Gaumenmandel oftmals unter Schlaf- und/oder Gedeihstörungen leiden oder chronische Mittelohrentzündungen und/oder Paukenergüsse haben, wirksam geholfen werden.

Bis Ende April 2013 haben 124 HNO-Ärzte eine Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Tonsillotomie erhalten.

3.1.8 Venentherapie

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg hat mit der AOK Baden-Württemberg in Abstimmung mit dem Berufsverband der Phlebologen einen Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation) geschlossen, der zum 1. September 2012 in Kraft getreten ist. Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene und ermächtigte Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Chirurgie und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie im Bereich Baden-Württemberg, die über eine Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen verfügen und definierte organisatorische, technische und fachliche Voraussetzungen erfüllen.

Ziel des Vertrages ist es, den Versicherten der AOK Baden-Württemberg die Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Behandlung von Varizen zu ermöglichen und dadurch nicht notwendige stationäre Behandlungen zu vermeiden. Zugleich soll Patienten mit bestimmten und im Vertrag definierten Formen der Veneninsuffizienz wirksam geholfen werden.

Bis Ende April 2013 haben 105 Ärzte eine Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie erhalten.

3.1.9 Darmkrebs-Früherkennung

Seit Herbst 2002 haben gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland ab dem 55. Lebensjahr zweimal im Abstand von zehn Jahren Anspruch auf eine Darmspiegelung (Koloskopie) zur Früherkennung von Darmkrebs. Dieser Anspruch betrifft etwa 16,7 Millionen Versicherte (in der KV Baden-Württemberg circa 2,7 Millionen Versicherte) im Alter zwischen 50 und 74 Jahren. Tatsächlich durchgeführt werden auf Bundesebene jährlich etwa 500.000 Untersuchungen - in Baden Württemberg waren es rund 47.000 Früherkennungskoloskopien im Jahr 2012.

Derzeit gibt es in Baden-Württemberg 329 Ärztinnen und Ärzte, die die Genehmigung zur Durchführung von Koloskopien haben. Sie müssen sich umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterziehen (siehe auch Anhang Datenteil, Kapitel C.17 Koloskopie). Bei der Früherkennungskoloskopie sind zudem alle Untersuchungsdokumentationen standardisiert elektronisch zu erfassen. Es werden für alle entdeckten Darmkrebsfälle und aufgetretenen Komplikationen Nacherhebungen durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) vorgenommen. Diese erfolgen im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung, mit der das Zentralinstitut von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen zeitgleich mit der Einführung der Darmspiegelung als Früherkennungsmaßnahme beauftragt wurde. Die Ergebnisse dieser Erhebungen finden Sie im Internet unter <http://www.zi.de/cms/projekte/studien/>.

Bei etwa einem Drittel der koloskopierten Personen werden Adenome oder Polypen entdeckt, die noch während der Untersuchung entfernt werden. Da etwa 80 Prozent der kolorektalen Karzinome über einen längeren Zeitraum aus Adenomen entstehen, ist zu erwarten, dass das Entfernen (Polypektomie) ein Zurückgehen des Darmkrebses bewirkt.

Nach Schätzungen des Robert Koch-Institutes erkranken derzeit durchschnittlich einer von 13 Männern und eine von 19 Frauen im Alter von 50 Jahren in den nächsten zehn Jahren an Darmkrebs. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Darmkrebs spiegeln sich auch in den Koloskopiebefunden wieder, denn auch Adenome werden bei dieser Untersuchung häufiger bei Männern als bei Frauen gleichen Alters entdeckt. Das Darmkrebsrisiko selber zeigt bei Frauen und Männern einen ausgeprägten Alterstrend mit einer Zunahme der Häufigkeit der Erkrankung gegenüber der jeweils jüngeren 5-Jahres-Altersgruppe um 25 bis zu 50 Prozent.

Der Anteil der Patienten mit Polypektomien hat in den Jahren 2003 bis 2010 deutlich zugenommen, was mit der relativen Zunahme von Adenomen/Polypen einhergeht. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass über diese interventionellen Eingriffe auch zunehmend vollständiger berichtet wird.

Früherkennungs-Koloskopien stellen eine (früh-)diagnostische Maßnahme mit Interventionscharakter dar, was sich auch in der Zahl der mit dieser Maßnahme einhergehenden Komplikationen niederschlägt. Bei etwa zwei bis drei pro 1.000 Patienten tritt eine Komplikation auf, die in der Mehrzahl der Fälle blutungsbedingt und meist Folge einer Polypektomie ist. Mit einer gewissen Untererfassung ist zu rechnen, da ein Teil der Ereignisse erst nach der Untersuchung bemerkt wird, und diese die Patienten entweder zum Hausarzt oder ins Krankenhaus führt, so dass sie der Wahrnehmung des koloskopierenden Arztes gelegentlich entgehen können.

Nach Einführung des Programms konnte auch dank der starken Unterstützung durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit zunächst eine kontinuierliche Zunahme der Vorsorgeuntersuchungen beobachtet werden. Nach einem Maximalanstieg im ersten Quartal 2004 sanken die Untersuchungszahlen in den folgenden Quartalen jedoch kontinuierlich.

Die KBV hat gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Jahr 2012 eine Informationsoffensive gestartet, um die Bürger stärker für das Thema Vorsorge zu sensibilisieren. Für die Wartezimmer in den Arztpraxen wurde unter anderem ein Plakat mit dem Slogan „Große Probleme fangen oft winzig an“ erstellt. Es gibt darüber hinaus eine Reihe von Informationen für den Arzt zum Download. Das Plakat und Flyer zum Auslegen für die Praxen können über die KBV bestellt werden. (<http://www.kbv.de/themen/39961.html>)

Seit Jahren organisiert die KVBW gemeinsam mit den Volkshochschulen im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Arzt-Patienten-Forum“ Vortragsabende zu unterschiedlichen gesundheitlichen Themen, auch zum Darmkrebs. Die Veranstaltungsorte und -termine sind auf der KVBW-Homepage unter Bürger/Veranstaltungen zu finden.

3.1.10 Mammographie-Screening

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

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

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

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.

Seit Einführung des Screenings haben in Baden-Württemberg mehr als 1,5 Millionen Frauen am Früherkennungsprogramm teilgenommen (Teilnahmerate circa 54 Prozent und damit im Bundesdurchschnitt). Erstmals liegen nun auch Ergebnisse aus den „Folgerunden“ vor, also von den Frauen, die bereits wiederholt (im Zwei-Jahres-Intervall) in Baden-Württemberg am Screening teilgenommen haben. Gemäß der vorläufigen Evaluation des Referenzzentrums in Marburg wird für das Jahr 2011 bei 0,52 Prozent der Teilnehmerinnen ein Brustkrebs entdeckt. Unter 1.000 Frauen, die zum wiederholten Mal an der Früherkennung teilnehmen, wird demnach in Baden-Württemberg bei etwa fünf ein Brustkrebs gefunden. Die durchschnittliche Wiedereinstellungsrate beträgt in den Folgerunden rund 2,4 Prozent (Sollwert nach EU-Leitlinie < 5 Prozent). Erfreulich ist, dass viele Erkrankungen in einem frühen Stadium diagnostiziert werden können. Unter den invasiven Karzinomen war der durchschnittliche Anteil der Karzinome, die mit einer Größe unter 15 mm Durchmesser entdeckt wurden, bei über 52 Prozent (Sollwert nach EU-Leitlinie > 50 Prozent). Für die Prognose besonders günstig ist die Feststellung, dass bei fast 79 Prozent der in Baden-Württemberg im Screening entdeckten Karzinome kein Lymphknotenbefall vorlag (Sollwert EU-Leitlinie > 75 Prozent). Alle Vorgaben für die Leistungsparameter, die in den Europäischen Leitlinien für Qualitätssicherung festgelegt sind, wurden erfüllt. Diese Ergebnisse sind für das Mammographie-Screening sehr erfreulich und sprechen für die Effektivität des Programms. Schon heute lässt sich nachweisen, dass sich durch die häufigere Entdeckung kleiner Tumoren eingreifende therapeutische Maßnahmen vermeiden lassen. Lediglich in Bezug auf die Teilnahmerate wird die Zielvorgabe der EU-Leitlinie noch nicht erreicht (Sollwert nach EU-Leitlinie > 70 Prozent). Durch ein gutes Zusammenwirken zwischen den im Screening tätigen Ärzten und den Frauen- und Hausärzten besteht die begründete Hoffnung, dass die Teilnahmerate in Zukunft gesteigert werden kann.

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

3.1.II Qualitätsmanagement – Ergebnisse der Stichprobe 2012

Qualitätsmanagement (QM) ist in den Praxen von Vertragsärzten und -psychotherapeuten längst angekommen. Das belegen einmal mehr die Ergebnisse der QM-Stichprobe für 2012, die von der KV Baden-Württemberg durchgeführt wurde. Die auf der Basis einer Selbstauskunft ermittelten Ergebnisse waren durchweg gut bis sehr gut.

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 Gemeinsamen Bundesausschuss (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 begann 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 Jahr 2012 befanden 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 (Paragraph 3), sondern auch beispielhaft bewährte QM-Instrumente (Paragraph 4).

Nachweise und Messungen der Qualität mit QM-Instrumenten

Jedes erreichte Ziel stellt für die Praxis einen Erfolg dar. Spätestens in Phase 4, der kontinuierlichen Weiterentwicklung, werden die Ergebnisse und Erfolge der geleisteten Arbeit sichtbar. Die verschiedenen Instrumente, wie regelmäßige Teambesprechungen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement und so weiter 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 Patienteninformationen 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 erst genannte QM-Instrument in Paragraph 4.

Durchführung der Stichprobe 2012

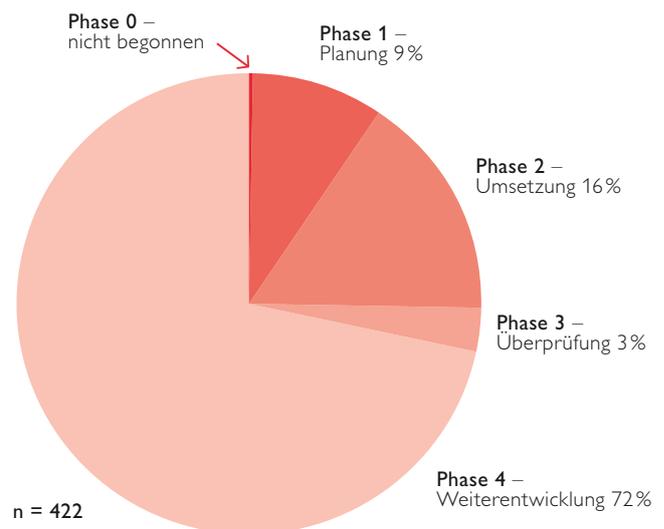
Im Dezember 2011 wurden 2,5 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten der KVBW zufällig ausgewählt und gebeten, ihre Fortschritte bei der Einführung von QM schriftlich darzulegen. Hierzu erhielten 464 Teilnehmer einen Fragebogen und einen Selbstbewertungsbogen, auf dem die QM-Aktivitäten dokumentiert werden sollten.

Die zufällige Auswahl ergab folgende Verteilung: 378 Vertragsärzte, 80 Vertragspsychotherapeuten und sechs Medizinische Versorgungszentren. Von insgesamt 26 Fachgebieten waren 21 vertreten.

Wie bereits in den Vorjahren war die Rücklaufquote sehr hoch: Nach zwei Erinnerungsrunden haben von den 464 befragten Stichprobenteilnehmern 422 geantwortet. Das ergab eine Rücklaufquote von 91 Prozent.

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

Stand der QM-Umsetzung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg 2012



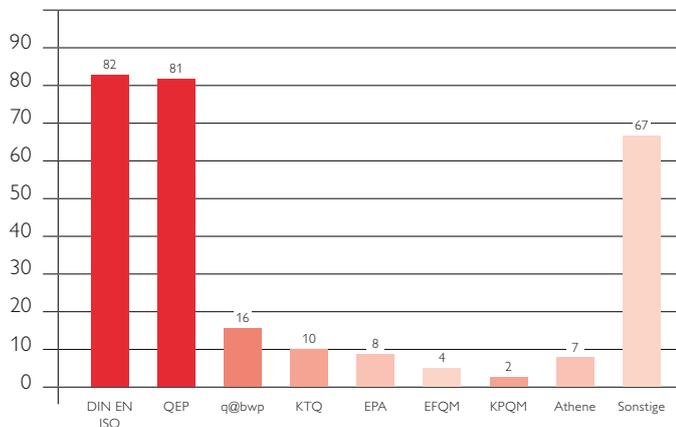
Die Teilnehmer an der Stichprobe werden auf Phasenkonformität überprüft – und zwar ausgehend vom Zeitpunkt der Niederlassung und dem von der Richtlinie vorgesehenen Zeitplan. Phasenkonformität ist dann gegeben, wenn sich der Stichprobenteilnehmer in der Phase befindet, in der er laut Richtlinie sein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

- 20,1 Prozent: nicht phasenkonform, das heißt mit der jeweiligen Phase noch nicht begonnen
- 79,9 Prozent: phasenkonform, davon
 - 7,8 Prozent: in der jeweiligen Sollphase, aber noch nicht abgeschlossen
 - 72,1 Prozent: alle Anforderungen der jeweiligen Sollphase erfüllt und abgeschlossen

Große Akzeptanz für QEP und DIN ISO

Obwohl die QM-Richtlinie kein bestimmtes QM-System vorschreibt, haben 313 Befragte angegeben, sich an einem System zu orientieren. 277 davon nannten das von ihnen gewählte QM-System. Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

Ausgewählte QM-Systeme (n=277)



Zertifizierungen nehmen zu

Obwohl die QM-Richtlinie keine Zertifizierung des eingeführten QM-Systems vorsieht, entscheiden sich zunehmend mehr Praxen für eine Überprüfung durch einen neutralen Sachverständigen. Das zeigt die Auswertung der freiwilligen Angabe über vorliegende Zertifizierungen. Seit der ersten von der KVBW durchgeführten Stichprobe ist hier ein deutlicher Trend festzustellen: Während im Jahr 2007 4,3 Prozent der an der Stichprobe teilnehmenden Praxen eine Zertifizierung nachweisen konnten, waren es in der Stichprobe 2012 bereits 18,5 Prozent Praxen mit Zertifikat.

Fazit und Ausblick

Die guten bis sehr guten Ergebnisse der bisher durchgeführten Stichproben belegen, dass QM in den Praxen angekommen ist und sich als Managementmethode durchgesetzt hat. Mit einem implementierten QM-System erfüllen die Praxen nicht nur eine gesetzliche Verpflichtung, sondern können insgesamt ihre Wettbewerbsfähigkeit und ihre wirtschaftliche Situation stärken.

Unterstützung durch die KVBW

Die KVBW unterstützt ihre Mitglieder in jeder Phase der QM-Einführung und -Weiterentwicklung. Das QM-Beraterteam im Geschäftsbereich Service & Beratung bietet 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 und geben Tipps bei der Durchführung von Patientenbefragungen oder helfen bei der Entscheidung für ein bestimmtes QM-System.

3.1.12 Fortbildungsverpflichtung

Neben den Berufsordnungen verpflichtet auch das SGB V alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten zu einer kontinuierlichen Fortbildung (Paragraf 95d SGB V).

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen – unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind – innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Für Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits am 30. Juni 2004 zugelassen waren, endete der erste Nachweiszeitraum am 30. Juni 2009. Dies betraf für diesen Stichtag rund 15.000 Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW).

Der Nachweis der Fortbildungsverpflichtung ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich durch ein Kammerzertifikat zu führen. Fortbildungspunkte können sowohl durch den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne (zum Beispiel Vorträge, Seminare, Fachtagungen) als auch durch die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln, das Literaturstudium oder die Nutzung von Online-Fortbildungsangeboten erworben werden.

Einen kontinuierlichen Überblick über ihren Punktestand erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch Punktekonto, die bei den Kammern geführt werden. Stimmt der Arzt oder Psychotherapeut der Weiterleitung seines Zertifikats an die KVBW zu, erhält diese automatisch eine Mitteilung über die Ausstellung eines Zertifikats mit dem entsprechenden Ausstellungsdatum.

Die KVBW schreibt alle betroffenen Mitglieder mindestens drei Monate vor dem Ende der Fünf-Jahres-Frist an. Diese errechnet sich aus dem individuellen Niederlassungs- beziehungsweise Anstellungsdatum. Ein Ruhen der Zulassung verlängert die Nachweisfrist automatisch. Konnte jemand seine Tätigkeit mindestens drei Monate lang nicht ausüben, besteht auch die Möglichkeit, einen Antrag auf Verlängerung der Fortbildungsfrist zu stellen.

Wird die Frist zum Nachweis der Fortbildungsverpflichtung nicht eingehalten, sieht der Gesetzgeber in Paragraph 95d Abs. 3 SGB V folgende Sanktionen vor:

- Honorarkürzungen für vier Quartale um zehn Prozent, ab dem fünften Quartal um 25 Prozent bis zum Nachweis der Fortbildung,
- Verpflichtung zum Nachholen der Fortbildungsverläufe innerhalb von zwei Jahren,
- Einleitung eines Verfahrens auf Zulassungsentzug beim Zulassungsausschuss, wenn der Fortbildungsnachweis auch nach Ablauf der zweijährigen Nachfrist nicht erbracht wird.

In der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg waren im Jahr 2012 849 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. 807 haben den Nachweis gegenüber der KV erbracht, dies entspricht gut 95 Prozent. Gegen 42 Nachweispflichtige wurden die gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen eingeleitet.

Abschließend lässt sich feststellen: Für die Mitglieder der KVBW ist die Fortbildung kein Problem, auch der Nachweis nicht. Das damit verbundene Verfahren in der Verwaltung läuft „rund“; die Ärzte und Psychotherapeuten werden damit in bürokratischer Sicht so wenig wie möglich belastet.

Insofern sieht der zuständige Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement auch gelassen dem 30. Juni 2014 entgegen. An diesem Tag endet die zweite Nachweisfrist für einen Großteil der Mitglieder der KVBW.

3.1.13 Patientenbegleitung

Der Vertrag zur Durchführung der Versorgungssteuerung und Patientenbegleitung wird in der Anlage zum Gesamtvertrag gemäß Paragraph 83 SGB V geregelt.

Dieser Vertrag soll eine effizientere und an den individuellen Behandlungsbedürfnissen orientierte Versorgung ermöglichen. Ziel des Vertrages zur Durchführung der Versorgungssteuerung und Patientenbegleitung in Baden-Württemberg ist eine bessere Koordinierung der medizinischen Betreuung und Behandlung und damit eine bessere Patientenversorgung.

Der Vertrag sieht die gemeinsame Steuerung des Patienten durch den behandelnden Arzt und die Patientenbegleitung seiner Betriebskrankenkasse bei bestimmten Diagnosen vor. Ziel ist eine schnelle berufliche (Re)Integration und die Sicherung der Selbständigkeit des Patienten.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Berechtig sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg teilnehmenden niedergelassenen Ärzte.

Zunächst gilt der Vertrag für die Betriebskrankenkassen Scheufelen, Mahle und WMF.

Vertrag nach Paragraph 83 SGB V zur Durchführung der Versorgungssteuerung und Patientenbegleitung in Baden-Württemberg, Gültigkeit 1. April 2012

Genehmigung, Stand	31.12.2010
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	66
Anzahl beschiedene Anträge	66
davon Anzahl Genehmigungen	66
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

3.2 PROJEKTE DER KVBW

3.2.1 AD(H)S

Das Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter mit Auswirkungen auf viele Aspekte der kindlichen Entwicklung. Aktuelle Prävalenzschätzungen zufolge sind in Deutschland circa fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren betroffen. Gemäß den Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) wurden im vierten Quartal 2012 bei rund 51.000 Kindern- und Jugendlichen zwischen vier und 17 Jahren die Diagnose AD(H)S gestellt. Allerdings sollten diese Zahlen kritisch bewertet werden, da die Diagnose sorgfältig gestellt werden muss und nicht in jedem Fall sichergestellt ist, dass der Patient auch wirklich an dem Syndrom leidet. Eine sichere Diagnosestellung ist auch deswegen wichtig, weil die Diagnose für Patient und Familie häufig stigmatisierend ist und zu einer medizinisch nicht notwendigen Medikation, mit entsprechenden Kosten und Nebenwirkungen, führen kann.

Genau an diesen Punkten setzt der Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S an, der seit 1. April 2009 besteht. Vertragspartner sind die der Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen angehörenden BKK, die DAK, die KVBW und die KBV. Besonderes Gewicht wird auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differentialdiagnostischen Untersuchung gelegt, so dass nur Patienten mit einer gesicherten Diagnose einer multimodalen Therapie zugeführt werden. Wichtige Aspekte des Vertrages zielen auf die Verbesserung der koordinierten Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ab. In interdisziplinären Teams sollen Ärzte und Psychotherapeuten anhand von Fallkonferenzen die optimale, leitliniengemäße Therapie gemeinsam festlegen und regelmäßig kontrollieren. Der Medikamenteneinsatz ist nur nach gesicherter Indikation möglich, stationäre Behandlungen sollen vermieden oder zumindest reduziert werden. Wichtig ist auch eine verstärkte Förderung von AD(H)S-spezifischem Elterntraining.

Folgende Fachgruppen sind teilnahmeberechtigt:

- Kinder- und Jugendpsychiater
- Kinder- und Jugendärzte
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Seit Vertragsbeginn ist die Zahl der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten beständig gestiegen. Ende 2012 waren insgesamt 212 Ärzte und Psychotherapeuten eingeschrieben.

Die Zahl der in den Vertrag aufgenommenen Patienten stieg ebenso kontinuierlich an (siehe nachstehende Abbildung), so dass Ende 2012 insgesamt 2.180 Patienten im Rahmen des Vertrages betreut wurden. Besonders erfreulich ist, wie vielfältig die Behandlungsmöglichkeiten geworden sind. Kaum ein Patient muss rein medikamentös therapiert werden.

Übersicht eingeschriebene Versicherte

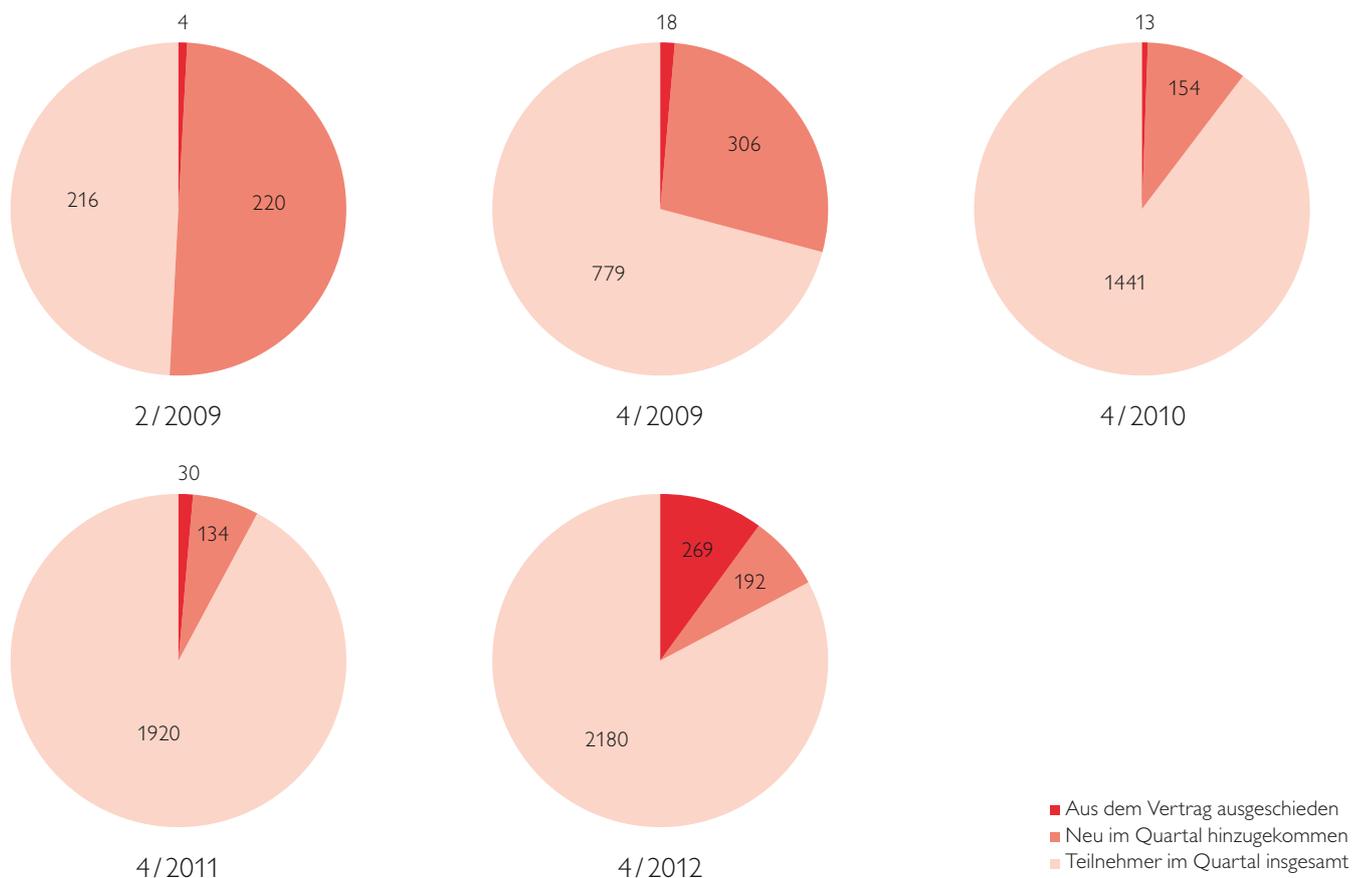


Abbildung: Entwicklung der teilnehmenden Versicherten von 2/2009 bis 4/2012

Jeder am Vertrag teilnehmende Arzt oder Psychotherapeut ist Teil eines regionalen AD(H)S-Teams, welches je nach Vorhandensein und Verfügbarkeit der Berufsgruppen vor Ort zu bilden ist. Dem Team gehören mindestens ein Kinder- und Jugendarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und ein Psychotherapeut an. Bis Ende 2012 haben sich in Baden-Württemberg 45 Teams etabliert, so dass annähernd eine flächendeckende Versorgung erreicht wurde.

Von den beteiligten Berufsverbänden wird der Vertrag als wichtige Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung der AD(H)S-Patienten gesehen und als deutlich wahrnehmbare Wertschätzung der an den Patienten geleisteten Arbeit empfunden. Durch die kollegiale Vernetzung und Kooperation innerhalb der beteiligten Fachgruppen wird eine qualitativ hochwertige Versorgung erreicht. Das Versorgungskonzept gilt als wegweisend und ist seiner Zeit voraus. Für die jugendlichen Patienten bleibt zu hoffen, dass das baden-württembergische Beispiel bald überall Schule macht.

3.2.2 Frühe Hilfen – Vernetzung von Gesundheitswesen und Jugendhilfe in ärztlichen Qualitätszirkeln

Das im Jahr 2010 begonnene Vernetzungsprojekt zwischen Vertragsärzten/-psychotherapeuten und Mitarbeitern der Jugendhilfe entwickelt sich sehr erfolgreich weiter.

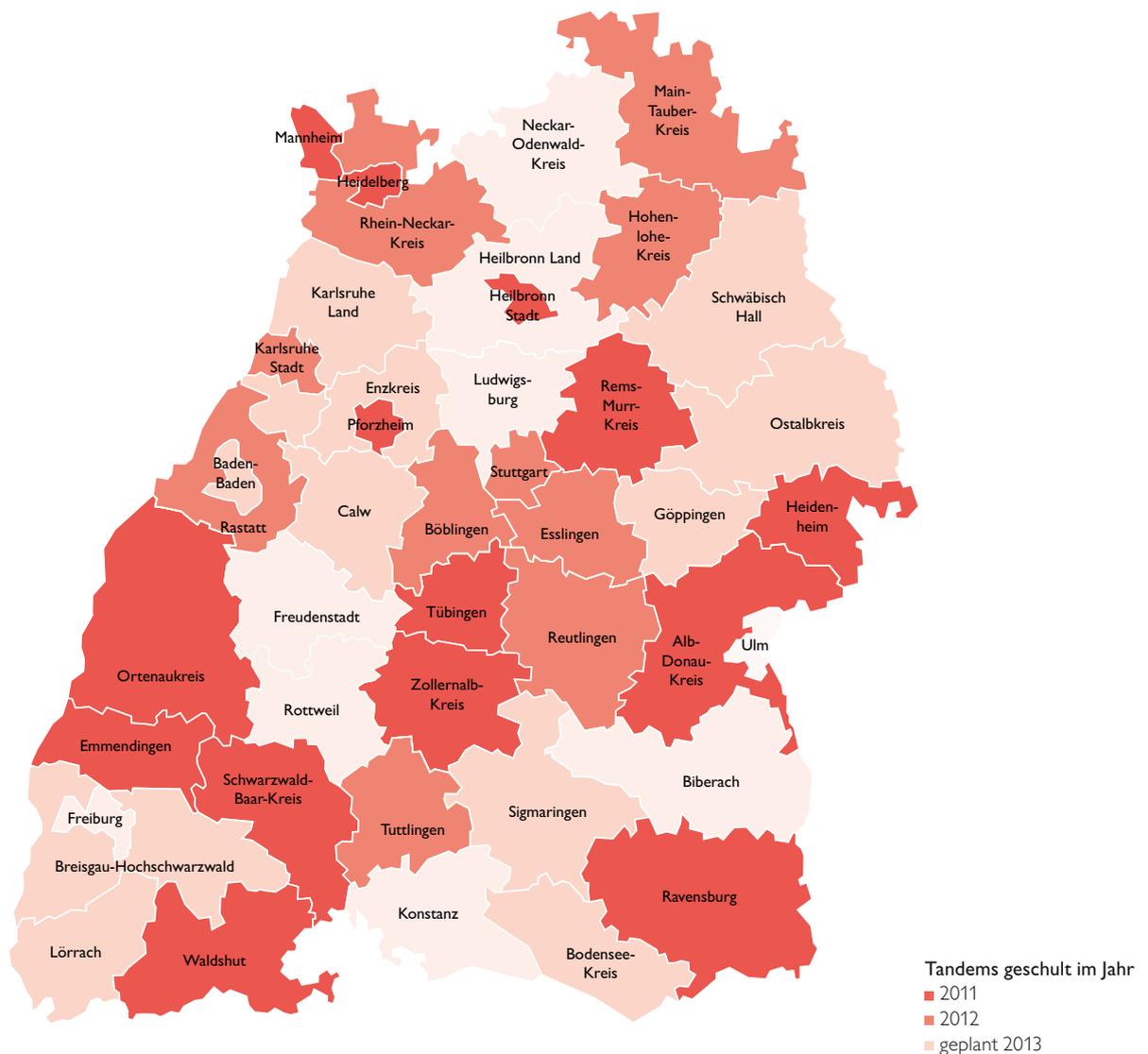
Wie bereits in früheren Qualitätsberichten beschrieben, ist es Ziel des Projekts, eine bessere Verständigung und Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen zu erreichen. Als Forum für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dienen tandemgeleitete Qualitätszirkel. Hierzu wurden je ein Mitarbeiter 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.

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, Besuche durch Paten etc.). Diese sollen Schwangere und Familien mit Kindern unter drei Jahren erhalten, bei denen psychosoziale Belastungen bestehen oder absehbar sind und bei deren Nichtbewältigung gesundheitliche Risiken für die Kinder erwachsen können.

Seit Ende 2012 gibt es in 24 Stadt- und Landkreisen ausgebildete Moderatoren-Tandems, die in interdisziplinären Qualitätszirkeln meist mit der Methode „Familienfallkonferenz“, einer strukturierten und von Moderationsplakaten begleiteten Fallbesprechung, arbeiten. Somit wurde in gut zwei Jahren eine Flächendeckung in Höhe von 50 Prozent erreicht.

Weitere Stadt- und Landkreise sind für 2013 vorge-merkt. Eine Übersicht über den aktuellen Stand bietet die folgende Abbildung:

Ausgebildete Qualitätszirkel-Moderatoren-Tandems 2011–2012



Die Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Finanzierung der ärztlichen Unterstützung bei der Hilfeaufnahme von belasteten Familien wurden weitergeführt. Das wirklich Neue an solch einer Vereinbarung ist, dass es hier um eine Zusammenarbeit über die Grenzen des SGB V hinaus hin zum SGB VIII geht. Die von den Krankenkassen zu tragenden ärztlichen Leistungen müssen aber im SGB V abbildbar sein.

Um die Nachhaltigkeit des Projektes zu gewährleisten, ist es notwendig, die Koordinationsstelle bei der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) des bis zum 31. August 2013 vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen geförderten Projektes auch in Zukunft finanziell abzusichern. Es eröffnet sich die Möglichkeit, über die „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ eine Finanzierung durch das Land Baden-Württemberg zu erhalten. Der entsprechende Antrag wurde gestellt und die Aussichten auf eine Bewilligung sind sehr positiv.

Prof. Dr. Marcus Siebolds und Brigitte Münzel, die das Projekt wissenschaftlich begleiten, haben die Erarbeitung einer Dramaturgie und eines Manuals zur Durchführung der Familienfallkonferenz abgeschlossen. Diese wird in Kürze in der Neuauflage des Qualitätszirkel-Handbuchs der KBV veröffentlicht. Somit steht den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen diese Arbeitshilfe für die Vernetzung in Qualitätszirkeln zur Verfügung.

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

Die KVBW plant für die Zukunft, die Qualitätszirkelarbeit noch intensiver zu betreuen. Angedacht ist die Erstellung eines elektronischen Newsletters, der allen Moderatoren regelmäßig zugeschickt werden soll und zu verschiedensten Themen Informationen bietet.

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

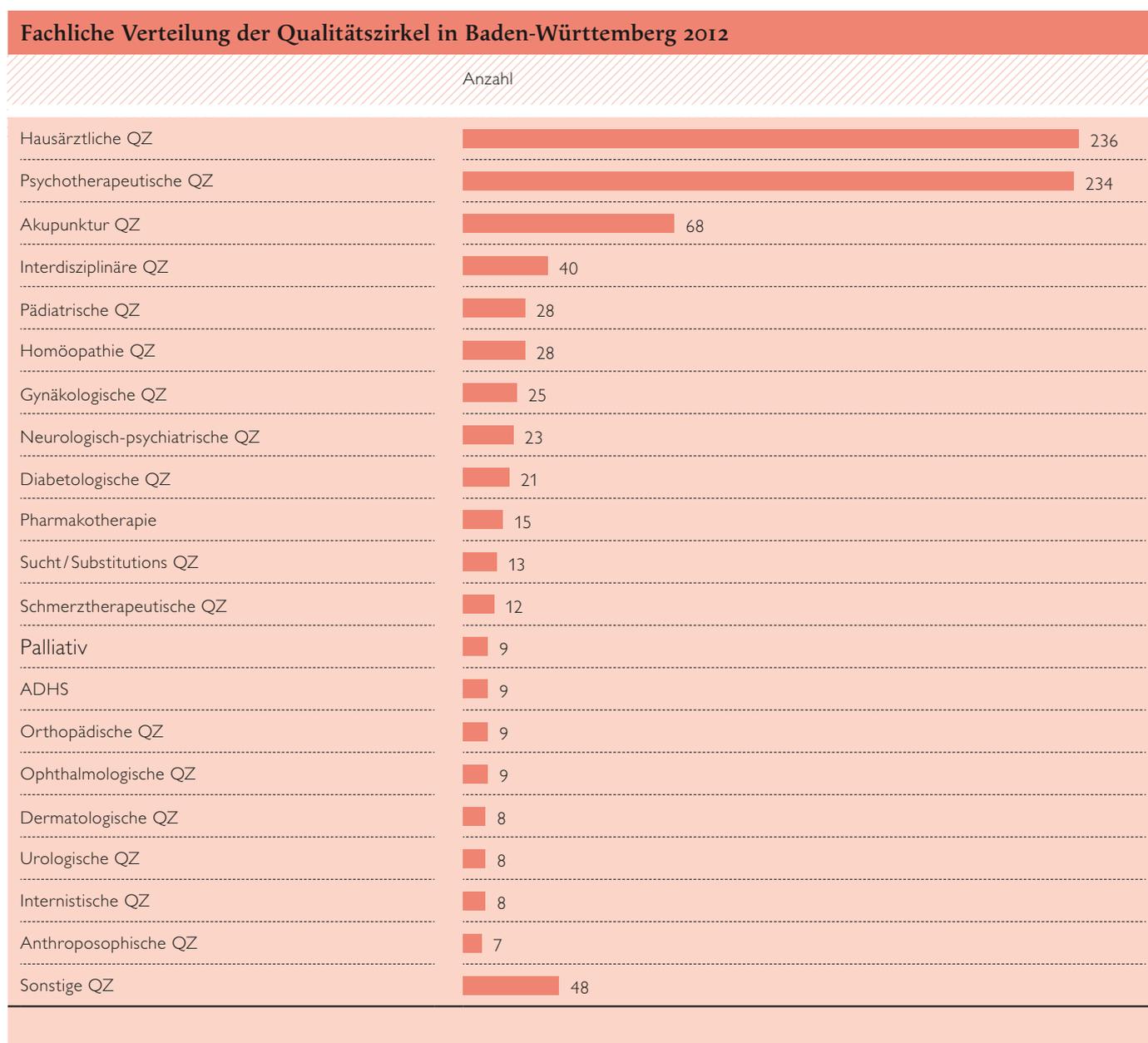
Zum 31. Dezember 2012 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 858 aktive Qualitätszirkel, das heißt Qualitätszirkel, die im Jahr 2012 regelmäßig (= mindestens viermal) getagt und die zwischen fünf bis 20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten.

Die Zahl der von der KVBW anerkannten und entsprechend finanziell geförderten Qualitätszirkel ist im Vergleich zum Vorjahr landesweit annähernd konstant geblieben (im Jahr 2011 wurden 869 aktive Qualitätszirkel registriert). Es wurden etwa gleichviel hausärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel verzeichnet (siehe Abbildung Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl von Qualitätszirkeln im Jahresvergleich 2012 zu 2011, jeweils aufgeteilt nach Bezirksdirektionen:

Tabelle: Verteilung der Qualitätszirkel nach Bezirksdirektionen in den Jahren 2012 und 2011		
Bezirksdirektion	Anzahl Qualitätszirkel 2012	Anzahl Qualitätszirkel 2011
Freiburg	197	201
Karlsruhe	213	214
Stuttgart	240	247
Reutlingen	208	207
Gesamt Baden-Württemberg	858	869

Die 858 aktiven Qualitätszirkel weisen ein breites Spektrum auf. Einen Überblick hierzu bietet die nachfolgende Abbildung:



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

Bemerkenswert ist die schon seit Jahren hohe Anzahl von Qualitätszirkeln zur Akupunktur – ein Thema, das sich offenbar für den interkollegialen Austausch eignet und von hohem Interesse für die teilnehmenden Ärzte ist.

Erstmals wurde auch ein sektorenübergreifender Qualitätszirkel registriert: Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten haben sich regelmäßig mit Krankenhausärzten zum interkollegialen Austausch getroffen.

Es wurden weit über hundert fachgebietsübergreifende und einige berufsgruppenübergreifende Qualitätszirkel gemeldet.

3.2.4 Patientensicherheit: Mit der Hygiene im Reinen

Die Vielzahl und Komplexität der rechtlichen Vorgaben auf dem Gebiet der Hygiene und Medizinprodukte stellen für Arztpraxen eine besondere Herausforderung dar – nicht zuletzt deshalb, weil auf diesem Gebiet ständig neue Bestimmungen erlassen werden. So wurden in den Jahren 2011/2012 beispielsweise das Infektionsschutzgesetz geändert, die Medizinhygiene-Verordnung Baden-Württemberg erlassen und die RKI-BfArM-Richtlinie (Richtlinie des Robert Koch Instituts und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte) zu Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten umfassend überarbeitet.

Unterstützungs- und Beratungsangebote der KVBW

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat für ihre Mitglieder ein umfassendes Service- und Beratungsangebot zum Thema Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten zusammengestellt. Im Einzelnen berät und unterstützt die KVBW bei:

- Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien und Normen in der Praxis
- Erstellung und Erarbeitung von Hygieneplänen, Reinigungs- 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, das heißt Reinigung, Desinfektion, Verpackung und Sterilisation, sowie zu Routinekontrollen (hygienisch-mikrobiologische/physikalische)
- Validierung von Aufbereitungsvorgängen
- 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 eventueller Auflagen
- Erstellung und Erarbeitung von Verfahrensanweisungen und Standardarbeitsanweisungen, sowie deren Umsetzung in die Praxis
- Beratung bei Neubau- und Umbauvorhaben in der Praxis

Fortbildungsangebote

Die KVBW hat gemeinsam mit der Management-Akademie (MAK) im Jahr 2012 für ihre Mitglieder zwei Fortbildungsreihen auf dem Gebiet Hygiene und Medizinprodukte angeboten:

- 250 Teilnehmer absolvierten insgesamt zehn halbtägige Kurse „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis“. Diese Kurse thematisieren die Inhalte eines Hygieneplans; sie dienen der Auffrischung und Vertiefung von Hygienekenntnissen in den Arztpraxen

- 384 Teilnehmer absolvierten insgesamt dreizehn fünftägige Sachkundekurse zur Aufbereitung/Sterilisation von Medizinprodukten. Die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten Beauftragten müssen die Sachkunde nach Paragraph 4 Abs. 3 Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung erwerben und nachweisen. Die Überwachungsbehörden, das sind in Baden-Württemberg die Regierungspräsidien, prüfen bei den Praxisbegehungen den Nachweis der Kursbesuche. Die Sachkundekurse wurden durchgeführt in Kooperation mit der Akademie für Infektionsprävention (AFIP) e. V., Tübingen und dem Brandenburgischen Bildungswerk für Medizin und Soziales e. V., Potsdam. Beide Einrichtungen sind bei der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) akkreditiert. Die Teilnehmer erhalten nach erfolgreich bestandener Prüfung das DGSV-Zertifikat.

Beide Kurse werden als sehr erfolgreiche Stärkung der Qualitätsanstrengungen in der Praxis empfunden.

Überwachung und Begehung von Arztpraxen durch verschiedene Behörden.

Die Überwachung und Begehung der Arztpraxen wird in Baden-Württemberg durch folgende Behörden durchgeführt:

I. Gesundheitsämter

Ambulant operierende Einrichtungen unterliegen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) generell der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Auch Arztpraxen, in denen invasive Eingriffe durchgeführt werden, können in Bezug auf die Infektionshygiene durch das zuständige Gesundheitsamt überwacht werden (Paragraph 23 Abs. 6 IfSG). Wenn Tatsachen festgestellt werden, die zum Auftreten von übertragbaren Krankheiten 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. Im Bedarfsfall kann das Gesundheitsamt die erforderlichen Maßnahmen anordnen.

Situation in Baden-Württemberg:

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

II. Regierungspräsidien

Einrichtungen, in denen Medizinprodukte betrieben oder angewendet werden, unterliegen der Überwachung der zuständigen Behörden (Paragraph 26 Medizinproduktegesetz). Im Rahmen einer Begehung kann die Behörde Räumlichkeiten besichtigen, Medizinprodukte prüfen, Unterlagen einsehen, aber auch Proben entnehmen.

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung definiert Anforderungen, die zu erfüllen sind, und zwar in Bezug auf die Sachkunde des Personals, die Dokumentation, die Validierung sowie die sächlichen und räumlichen Voraussetzungen. In Baden-Württemberg sind für die Überwachung von Medizinprodukten die Regierungspräsidien zuständig.

Die wichtigsten Änderungen im neuen Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- Die Bundesländer werden zum Erlass von Rechtsverordnungen zur Hygiene verpflichtet.
- Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission „Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART)“ zur Erstellung von Richtlinien für Diagnostik und Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern, errichtet.
- Die Rechtsverbindlichkeit der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut wird gestärkt.

Neue Medizinhygiene-Verordnung löst die Krankenhaushygiene-Verordnung ab

- Die Krankenhaushygieneverordnung Baden-Württemberg wurde aufgehoben.
- Eine Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen Baden-Württemberg (MedHygV BW) wurde Mitte 2012 eingeführt.
- Der Geltungsbereich der MedHygV BW umfasst nun außer den Krankenhäusern auch den ambulanten medizinischen Bereich.
- Die Leitungen von Einrichtungen sind verpflichtet, dass alle nach dem Stand der Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe umgesetzt werden. Insbesondere nosokomiale Infektionen und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern mit Resistenzen sind zu erkennen, zu verhüten und zu bekämpfen.
- Einrichtungen beziehungsweise Praxen für ambulantes Operieren und Dialyseeinrichtungen sind zur Bestellung mindestens eines hygienebeauftragten Arztes verpflichtet. Eine Facharztqualifikation wird aber nicht vorausgesetzt, ausreichend ist der Nachweis einer zweijährigen Berufserfahrung und der Nachweis über die Teilnahme an einer 40-stündigen Fortbildung zum Erwerb der Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“.

Situation in Baden-Württemberg:

- Die Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten erfolgt durch alle vier Regierungspräsidien in Baden-Württemberg: Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart und Tübingen
- Die Begehungen der Regierungspräsidien werden angekündigt, sie sind kostenpflichtig.
- Die Begehungen der Regierungspräsidien erfolgen nicht nur anlassbezogen. Es ist davon auszugehen, dass sukzessive alle ambulant operierenden Arztpraxen begangen werden.

- Die Begehungen der Regierungspräsidien haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Es sind regionale Unterschiede zu erkennen, was Auswahlverfahren und Vorgehensweisen betrifft. Durch einen abgestimmten Leitfaden zur Aufbereitung von Medizinprodukten soll eine Vereinheitlichung des Vorgehens in Baden-Württemberg erzielt werden.

RKI-/BfArM-Empfehlung zu Hygieneanforderungen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten neu gefasst

- Die Empfehlung aus dem Jahr 2001 wurde grundlegend überarbeitet und erweitert. Aus ursprünglich zwölf wurden jetzt 67 Seiten. Die Komplexität und Relevanz des Themas Aufbereitung von Medizinprodukten wird deutlich durch die Zusammenfassung aller Anforderungen in einem Dokument.
- In der Empfehlung wurden geregelt: Aufbereitung, Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten, Informationen zur Validierung der Aufbereitungsverfahren und –prozesse, Reinigung, Desinfektion, Spülung, Trocknung, Prüfung technisch-funktioneller Sicherheit, Verpackung, Kennzeichnung, Freigabe, Chargendokumentation, Transport und Lagerung sowie Qualifikation des Personals.
- Mitgeltende Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Normen werden abgebildet. In acht Anlagen werden Anforderungen zu Einzelthemen ausgeführt, in den Anhängen dazu finden sich viele Umsetzungshilfen für Anwender (zum Beispiel Checklisten).

III. Eichämter

Während in der Vergangenheit die Eichämter unangekündigte Begehungen durchführten, ist es dem Vorstandsvorsitzenden der KVBW gelungen, die Eichämter davon zu überzeugen, dass die Notwendigkeit zur unangekündigten Begehung nicht besteht. Von daher kündigen die Eichämter ihre Begehungen mittlerweile vorher an. Dieser Erfolg wird von den Arztpraxen als spürbare Entlastung im Praxisalltag wahrgenommen.

Bundesweite Projekte

Das bundesweit tätige Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC) der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat seinen Sitz bei der KVBW. Das CoC gibt Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben, Richtlinien und Normen ab, damit die Belange des ambulanten Bereichs bei den entsprechenden Normgebern auf dem Gebiet Hygiene und Medizinprodukte Gehör finden. Im CoC wird eine Vielzahl von Informationsmaterialien erstellt, zum Beispiel ein Hygieneplan für Gastroenterologische Praxen. Ein Hygieneleitfaden für alle Praxen ist in Vorbereitung. Nähere Informationen zum CoC unter www.hygiene-medizinprodukte.de

3.3 Ausblick 2013



3.3.1 Elektronische Dokumentation (eDoku)

Schnell, einfach und sicher dokumentieren in der Qualitätssicherung mit dem KVBW-Mitgliederportal

Elektronische Dokumentation wird der Standard

2012 wurde der Grundstein gelegt für eine schnelle und sichere Lieferung von Daten im Rahmen der Qualitätssicherung: Mit der Möglichkeit zur Lieferung von QS-Daten über das Mitgliederportal der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg wurde Ärzten und Psychotherapeuten ein zukunftsweisendes Medium an die Hand gegeben.

Der Anfang wurde gemacht mit den Datenlieferungen für die Früherkennungs-Koloskopie, die Dialyse und das Hautkrebscreening. Im Jahr 2013 werden die Jahresstatistik Molekulargenetik, die Dokumentationen zur Hörgeräteversorgung und die Evaluation zur Sozialpsychiatrie folgen.

Im Portal können Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit ein paar Mausklicks ihre Dokumentation vornehmen, speichern, an die KVBW schicken und auch jederzeit wieder einsehen. Im Online-Portal hinterlegte Plausibilisierungen unterstützen die Erfassung der Daten. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten auf Basis ihrer Angaben Auswertungen und Rückmeldeberichte, auf die sie elektronisch zugreifen können.

Der Zugang erfolgt über das KV-Ident-Verfahren oder einen KV-SafeNet*-Anschluss. Beim KV-Ident-Verfahren wird ein Internetanschluss und eine Grid-Card benötigt. Der Anschluss ist bereits in den meisten Praxen vorhanden, da über ihn auch die Abrechnung mit der KV erfolgt.

Wir werden im kommenden Jahr ausführlich über diese neue Art der Datenlieferung berichten.

* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, InC., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

4. QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Die Qualitätssicherung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung basiert im Wesentlichen auf Vereinbarungen und Richtlinien auf der Grundlage von Paragraph 135 Absatz 2 SGB V und Paragraph 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 betriebsstättenbezogenen Qualifikationen, die Voraussetzung für eine Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen sind. Oft ist die Genehmigungserteilung zusätzlich verbunden mit Auflagen, wie beispielsweise Dokumentations- und Frequenzprüfungen und speziellen Fortbildungsverpflichtungen.

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

Im Jahr 2012 hat die KV Baden-Württemberg 8.110 Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen beschieden, wovon

- 7.593 Abrechnungsgenehmigungen in 44 verschiedenen Genehmigungsbereichen erteilt wurden
- 517 ablehnende Bescheide erstellt wurden, weil die Ärzte die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt haben
- 20 Abrechnungsgenehmigungen in acht 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 Übersicht: Erteilte Genehmigungen 2012 im Vergleich zu 2011

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
AH(H)S	21	22	0	0	6	6	213
Akupunktur	42	93	3	0	22	10	1.693
Apheresen	19	12	0	0	0	0	111
Ambulante Operationen	313	317	1	0	-	0	4.684
Arthroskopie	61	35	0	0	-	0	579
Balneophototherapie	6	18	1	2	0	0	79
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	43	47	0	0	6	4	218
Herzschrittmacherkontrolle	32	26	1	1	0	0	348

4.1 Übersicht: Erteilte Genehmigungen 2012 im Vergleich zu 2011

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	
Histopathologie	3	4	0	0	0	0	76
Hautkrebscreening							
▪ Hausärzte	162	262	1	1	0	0	5.369
▪ Hautärzte	25	36	0	1	0	0	432
HIV-Infektionen / Aids- Erkrankungen	2	2	0	0	0	1	29
Homöopathie	33	37	0	0	0	0	277
Hörgeräteversorgung Jugendliche und Erwachsene	448	-	0	-	0	-	448
Hörgeräteversorgung Kinder	11	-	0	-	0	-	11
Interventionelle Radiologie	3	2	0	0	5	3	52
Invasive Kardiologie	7	9	1	1	5	5	79
Koloskopie	26	23	0	0	13	21	384
Künstliche Befruchtung	Genehmigung wird durch Ärztekammer erteilt						
Laboratoriumsuntersuchungen	74	78	9	5	0	0	1.586
Langzeit-EKG-Untersuchungen	176	178	0	2	0	1	1.327
Magnetresonanztomographie	59	75	4	3	-	28	430
Magnetresonanztomographie	46	40	2	6	-	0	301
Mammographie (kurativ)	41	46	7	3	2	0	321
Medizinische Rehabilitation	328	316	0	0	3	0	7.502
Molekulargenetik	119	-	7	-	0	-	119
Onkologie-Vereinbarung	34	57	0	1	-	-	478
Otoakustische Emissionen	28	28	0	0	-	0	426
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	0	0	0	0	0	2	42
Phototherapeutische Keratektomie	0	2	0	0	0	2	18
Psychosomatische Grundversorgung	-	-	-	-	-	-	10.770
Psychotherapie	1.526	2.116	1	1	-	-	3.956*
Schlafbezogene Atmungsstörungen	42	59	0	0	-	0	398
Schmerztherapie	16	14	0	0	0	1	161

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung
	2012	2011	2012	2011	2012	2011	
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	7	5	0	0	0	0	75
Soziotherapie	15	24	0	0	-	0	465
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	7	24	0	0	-	0	151
Strahlendiagnostik/-therapie							
▪ Konventionelle Röntgendiagnostik	321	334	28	21	-	12	2.700
▪ Computertomographie	94	92	2	8	-	0	497
▪ Osteodensitometrie	54	50	9	9	-	2	367
▪ Strahlentherapie	29	23	1	0	-	0	165
▪ Nuklearmedizin	27	32	3	0	-	0	228
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	8	7	0	0	12	8	342
Ultraschalldiagnostik	3.069**	3.684**	414**	401**	-	-	10.689
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	101	83	8	7	-	-	1.095
Vakuumbiopsie der Brust	4	2	0	0	-	0	43
Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitals	5	6	1	0	-	5	141
Genehmigungen auf Grundlage des EBM:							
▪ Diabetischer Fuß	56	42	9	10	-	0	1.514
▪ Funktionsstörungen der Hand	40	37	0	1	-	0	477
▪ Orientierende entwicklungs- neurologische Untersuchung	1	6	1	1	-	0	356
▪ Krebsfrüherkennung bei der Frau	3	2	2	1	-	0	848
▪ Empfängnisregelung	2	3	1	2	-	0	840
▪ Neurophysiologische Übungsbehandlung	2	0	0	0	-	0	93
▪ Physikalische Therapie	2	2	0	0	-	0	97

* Ärzte und Psychotherapeuten ** Anwendungsbereiche

5. SERVICE

5.1 Fortbildungsveranstaltungen

Auch im Jahr 2012 hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg über ihre zertifizierte Management Akademie (MAK) wieder ein reichhaltiges und interessantes Fortbildungsprogramm für Ärzte, Psychotherapeuten und deren Praxismitarbeiter angeboten. Insgesamt wurden über 300 Veranstaltungen zu mehr als 70 Themen aus dem Bereich der Abrechnung, der Praxisorganisation und -führung, der Betriebswirtschaft und Informationstechnologie, zu Themen des Qualitätsmanagements und der Kommunikation sowie zur Qualitätssicherung und -förderung durchgeführt. Ein Großteil der Seminare wurde von der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg auf das Fortbildungszertifikat anerkannt.

Über 9.600 Teilnehmer nahmen in 2012 das Fortbildungsangebot der MAK und des Geschäftsbereichs Qualitätssicherung und Ordnungsmanagement wahr, darunter etwa 3.600 neue Kunden. Weitere knapp 2.000 Teilnehmer besuchten die kostenlosen Informationsveranstaltungen

gen zu den neuen Schutzimpfungsvereinbarungen, die aufgrund aktueller Änderungen einmalig angeboten wurden. Die meisten Veranstaltungen waren restlos ausgebucht. Um die große Nachfrage zu decken, wurden zahlreiche Zusatztermine eingerichtet. Mit den besuchten Kursen waren die Kunden hoch zufrieden. Gut 76 Prozent aller Fortbildungsveranstaltungen des Jahres 2012 wurden evaluiert. Die Ergebnisse zeigen: 98 Prozent der Teilnehmer würden die besuchte Fortbildung weiterempfehlen, 99 Prozent würden ein weiteres Seminar der MAK belegen.

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 von vertraglich festgelegten regelmäßigen Fortbildungsverpflichtungen.

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

Fortbildungsangebot der KVBW

Themen der Qualitätssicherung und -förderung im Einzelnen	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Patienten-Schulungsprogramme für Diabetiker, Hypotoniker und Asthmatiker/COPD-Erkrankte	29	557
DMP-Fortbildungen	10	382
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	4	125
Auffrischkurs zur Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	11	284
Moderatorentraining für Qualitätszirkel	5	72
Fortbildungskurse für Moderatoren von Qualitätszirkeln	3	43
Sachkundekurs zur Aufbereitung und Instandsetzung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis	13	386
Onkologische Fortbildung für medizinisches Fachpersonal	3	205
Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte zum Hautkrebs-Screening	2	80
Erfahrungsaustausch substituierender Ärzte	2	86
Sonographie der Säuglingshüfte	1	43
Ambulante MRSA-Versorgung	12	360
Frühe Hilfen, Ausbildung Moderatoren Tandem	2	26
Weitere Themen in zusammengefasster Form:		
▪ Einzelseminare für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter	77	1.874
▪ Betriebswirtschaftliche Seminare	30	901
▪ Seminare für das Praxisteam	75	1.442
▪ Qualitätsmanagement-Kurse	33	721
▪ EDV-Kurse	8	95
▪ Informationsveranstaltung zu den neuen Schutzimpfungsvereinbarungen	9	1.939
Gesamt-Anzahl:	329	9.621

5.2 Patientenservice

5.2.1 Die Gesundheitsbildung bietet Service für Ärzte und Bürger

Arzt-Patienten-Forum

Auch im Jahr 2012 haben sich wiederum 30 Volkshochschulen als erfolgreicher Kooperationspartner beim „Arzt-Patienten-Forum – Gesundheit im Gespräch“ beteiligt. Die

medizinischen Fachvorträge werden in der Regel von niedergelassenen Vertragsärzten referiert; die Moderation erfolgt durch den jeweiligen Vorsitzenden der Ärzteschaft/ärztlichen Kreisvereine.

Die Besucherzahlen liegen – wie in nachfolgender Übersicht zu erkennen ist – im Wintersemester über dem Durchschnitt des Sommersemesters und zeigen insbesondere bei den Veranstaltungen der VHS Göppingen ein konstant hohes Niveau.

	Wintersemester 2012	Sommersemester 2012
Teilnehmende Volkshochschulen	30	30
Anzahl Veranstaltungen	57	46
Besucherzahl gesamt	3.129	2.190
Durchschnittliche Besucherzahl*	85	71

* Rückmeldung aus 37 beziehungsweise 31 Veranstaltungen

TOP-TEN der Veranstaltungsthemen (mit Evaluations-Ergebnissen in Schulnoten)

Vortragsthema	Ort	Anzahl Besucher	Gesamtbewertung		Weiterempfehlungsquote	
			Besucher	Referent	Besucher	Referent
Wenn die Sehkraft schwindet	Göppingen	200	1,6	k.A.	90,36%	k.A.
Durchblutungsstörungen des Herzens	Sinsheim	190	1,11	1,00	100%	100%
Depression „Was ist nur los mit mir?“	Öhringen	100	2,10	1,00	77,27%	100%
Rheuma und Arthrose	Backnang	95	1,27	1,33	100%	k.A.
Schwindel	Hockenheim	92	1,27	k.A.	100%	k.A.
Koronare Herzerkrankung	Leutkirch	85	1,07	1,50	100%	100%
Arthrose – gibt es Heilung?	Karlsruhe	80	1,14	1,0	96,43%	100%
Arthrose	Ludwigsburg	80	1,59	1,0	88,24%	100%
Koronare Herzerkrankung	Hechingen	79	1,55	1,0	95,83%	100%
Der Stoffwechsel im Blickpunkt	Lörrach	75	1,33	k.A.	92,86%	k.A.

Soll: 2,0 beziehungsweise 80 Prozent, k.A. = keine Angabe

Gesundheitstage „KV vor Ort“

Im Fokus der bürgerorientierten Aktivitäten stehen seit Oktober 2011 verstärkt die von den regionalen Ärzteschaften und ärztlichen Kreisvereinen organisierten und vielerorts etablierten regionalen Gesundheitstage. Ziel ist einerseits, die unverzichtbare qualitätsgesicherte Kompetenz der Haus- und Fachärzte sowie der Psychotherapeuten in das Bewusstsein der Bevölkerung zu rücken und die Position der Haus- und Fachärzte vor Ort zu stärken. Andererseits soll das Gesundheitsbewusstsein der Bürger geschärft und diese zur Gesundheitsvorsorge ermuntert werden.

Im Rahmen der Initiative „KV vor Ort“ werden daher regionale Gesundheitstage kostenfrei mit folgendem Angebot unterstützt:

- Bereitstellung von Geräten zur Cholesterin- und Blutzuckermessung inklusive Teststreifen und sonstige Verbrauchsmaterialien (Desinfektionsspray, Pflaster und Tupfer)
- Bereitstellung von Blutdruckmessgeräten
- Bereitstellung von Geräten zur Bestimmung des Körperfettanteils und Berechnung des BMI
- Auslage von Patienteninformationen zu verschiedenen Themenbereichen (wie zum Beispiel Bluthochdruck, Alzheimer, Impfen, Vorsorgeleistungen der GKV)
- Unterstützung durch bis zu zwei KV-Mitarbeiter vor Ort (Anlieferung der Materialien, Einweisung in die Geräte, Auf- und Abbau, etc.)
- Veranstaltungsevaluation (Besucherbefragung und/oder statistische Auswertung der durchgeführten Messungen) mit Rückmeldung an die Veranstalter

Dabei werden sowohl bereits etablierte regionale Gesundheitstage als auch solche, die erstmalig in Planung sind, unterstützt. Selbstverständlich wird dieses Unterstützungsangebot auf Anfrage auch anderen interessierten Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zur Verfügung gestellt.

Aufgrund dieser Initiative nahm die Gruppe Gesundheitsbildung im Jahr 2012 an folgenden Aktions-/Gesundheitstagen teil:

	Datum	Bezeichnung/Ort
1.	10.03.2012	Herztag Ehingen
2.	17.03.2012	Gesundheitstag Leonberg
3.	24./25.03.2012	Gesundheitstag Kornwestheim
4.	28.03.2012	Gesundheitstag Kreiskliniken Reutlingen (Bad Urach)
5.	04.04.2012	Gesundheitstag Kreiskliniken Reutlingen (Münsingen)
6.	18.04.2012	Gesundheitstag am Klinikum Reutlingen
7.	22.04.2012	Gesundheitstag Ettenheim
8.	05.05.2012	Eröffnung Ärztezentrum Tuttlingen
9.	16./17.06.2012	Gesunde Zeiten Lörrach
10.	16.09.2012	Eröffnung RegioPraxis BW Baiersbronn
11.	22.09.2012	Herztag Ulm
12.	06.10.2012	2. Urologischer Patiententag Stuttgart
13.	11.12.2012	Gesundheitstag am Klinikum Balingen

Die Mitglieder der KVBW haben dieses Unterstützungsangebot sehr umfangreich in Anspruch genommen und durchweg positiv beurteilt. Bereits im Herbst 2012 lagen erste Anfragen für 2013 vor.

5.2.2 Patienteninformation „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit

Die telefonische Patienteninformation „MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit“ ist dem Geschäftsbe- reich Service und Beratung, Sachgebiet Bürgerservice, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zugeordnet. MedCall hat sich in seinem mittlerweile elf- jährigen Bestehen bei Bürgern und Mitgliedern der KVBW derart etabliert, dass jährlich über 30.000 Anrufe zu ver- zeichnen sind.

Das medizinische Fachpersonal leistet den Anrufern Hilfestellung unter anderem bei der Suche nach

- Haus- oder Fachärzten (wohnnah),
- 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 Psychotherapeu- ten 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 Verwal- tungsorgane und deren Leistungserbringer. Der telefonische Beratungsservice ist unter der Rufnummer 01805 6332-255* 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 dt. Festnetz, Mobilfunk max. 42 Cent/Minute)

Anruferzahlen nach Themenbereichen:

Aufgrund:	I/12	II/12	III/12	IV/12
Arztadresse	5.945	4.901	4.857	4.596
Diagnostik/Therapieverfahren	369	317	399	362
Krankenhaus/Reha/Selbsthilfegruppe	97	85	58	40
Beschwerden	518	626	586	450
Individuelle Beratung	57	35	34	35
Sonstige Fragen	1.081	966	999	1.066
Praxisgebühr	63	47	54	37
Adressenversand	10	7	2	1
Schriftliche Patienten-Anfrage	58	83	75	48

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

Mitgliederbewertung:	Bewertung der psychotherapeutisch tätigen Mitglieder zur Koordinierungsstelle:	
Soll-Wert 2,0 (Schulnote) bzw. 80%	Ist-Wert:	Ist-Wert:
Praktischer Nutzen	1,2	97%
Verständlichkeit der Beratung	1,1	nicht bewertet
Freundlichkeit der Mitarbeiter	1,0	nicht bewertet
Zufriedenheit	1,3	97%
Weiterempfehlungsquote	100%	92%

Weitere Informationen zum Patiententelefon "MedCall – Ihr Infoservice rund um die Gesundheit" sind im Internet unter www.kvbawue.de/buerger/patiententelefon_medcall/ abrufbar.

Anhang

ZUM QUALITÄTSBERICHT 2012

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

54	A	KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG
56	B	ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)
58	C	GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z
58	C.1	AD(H)S
59	C.2	Akupunktur
61	C.3	Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
63	C.4	Ambulante Operationen
64	C.5	Arthroskopie
66	C.6	Balneophototherapie
68	C.7	Blutreinigungsverfahren/ Dialyse
70	C.8	DMP
72	C.9	Erweitertes Neugeborenen-Screening
73	C.10	Herzschrittmacher-Kontrolle
74	C.11	Hautkrebs-Screening
74	C.11.1	Histopathologie Hautkrebs-Screening
76	C.11.2	Hautkrebs-Screening (Früherkennung)
77	C.12	HIV-Infektionen/ Aids-Erkrankungen
79	C.13	Homöopathie
80	C.14	Hörgeräteversorgung
80	C.14.1	Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene
82	C.14.2	Hörgeräteversorgung – Kinder
84	C.15	Interventionelle Radiologie
86	C.16	Invasive Kardiologie
88	C.17	Koloskopie
91	C.18	Künstliche Befruchtung
92	C.19	Laboratoriumsuntersuchungen
93	C.20	Langzeit-EKG-Untersuchungen
94	C.21	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
97	C.22	Magnetresonanztomographie
99	C.23	Mammographie (kurativ)
102	C.24	Mammographie-Screening
104	C.25	Medizinische Rehabilitation

105	C.26 Molekulargenetik
107	C.27 Onkologie
109	C.28 Otoakustische Emissionen
110	C.29 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
111	C.30 Phototherapeutische Keratektomie
112	C.31 Psychotherapie
114	C.32 Schlafbezogene Atmungsstörungen
115	C.33 Schmerztherapie
116	C.34 Sozialpsychiatrie
117	C.35 Soziotherapie
118	C.36 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
119	C.37 Strahlendiagnostik/-therapie
119	C.37.1 Konventionelle Röntgendiagnostik
121	C.37.2 Computertomographie
122	C.37.3 Osteodensitometrie
122	C.37.4 Strahlentherapie
122	C.37.5 Nuklearmedizin
123	C.38 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
125	C.39 Ultraschalldiagnostik
132	C.40 Vakuumbiopsie der Brust
134	C.41 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri
136	D GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM
136	D.1 Diabetischer Fuß
136	D.2 Funktionsstörung der Hand
136	D.3 Orientierende Entwicklungsneurologische Untersuchung und orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung
136	D.4 Krebsfrüherkennung der Frau
137	D.5 Empfängnisregelung
137	D.6 Neurophysiologische Übungsbehandlung
137	D.7 Physikalische Therapie
138	E RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

A KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2012 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Akupunktur	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 8 stellvertretende Mitglieder der KV 1 Fachberater	1
Apherese	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Arthroskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 14 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK	0 7
Diabetes	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder 1 beratendes ärztliches Mitglied für KHK	3
Dialyse	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Herzschrittmacher	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 örtlichen Mitgliedern	0
HIV/Aids	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder	1
Hygiene	Landesweite Kommission BW 6 ärztliche Mitglieder der KV	0
Invasive Kardiologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Koloskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 26 ärztlichen Mitgliedern der KV	1 10
Labor	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 34 ärztlichen Mitgliedern der KV	0 12
Langzeit-EKG	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 örtlichen Mitgliedern der KV	0
Mammographie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen 15 ärztliche Mitglieder der KV 7 stellvertretende Mitglieder der KV	1 11
Auswahlkommission Mammographie-Screening	Landesweite Kommission BW 2 ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztliches Mitglied der AOK BW 1 ärztliches Mitglied des MDK BW 2 ärztliche Mitglieder der Verwaltung der KVBW 1 juristisches Mitglied der Verwaltung der KVBW	1

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2012 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Magnetresonanztomographie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 8 ärztlichen Mitgliedern der KV 1 Mitglied des MDK	6
Onkologie	Landesweite Kommission BW 6 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	4
Photodynamische Therapie/ Phototherapeutische Keratektomie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 ärztlichen Mitgliedern der KV	0
Polygraphie/Polysomnographie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Qualitätsmanagement	Landesweite Kommission BW 5 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	1
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	Landesweite Kommission BW 4 regionale Kommissionen Gemeinsame Prüfkommision der KVBW und der Ärztlichen Stelle: mit insgesamt 44 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK 1 Leiter der Ärztlichen Stelle nach RöV Routine- und Stichprobenprüfungen durch Ärztliche Stelle	0 12 (Strukturqualität) 10 (Ergebnisqualität)
Schmerztherapie	Landesweite Kommission BW 13 ärztliche Mitglieder (darunter 1 Fachberater) der KV	2
Substitution	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 Mitglieder der Krankenkassen 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 12 ärztlichen Mitgliedern der KV und 12 Mitgliedern der Krankenkassen	2 24
Ultraschall „Allgemein“	Landesweite Kommission BW 8 ärztliche Mitglieder der KV plus 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 154 Mitgliedern/Fachberatern	1 16
Ultraschall „Säuglingshüfte“ (Stichprobenprüfung)	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus 4 regionale Kommissionen mit insgesamt 31 Mitgliedern/Fachberatern der KV	2 6
Vakuumbiopsie	Landesweite Kommission BW 7 ärztliche Mitglieder der KV	1
Zytologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus 2 Mitglieder des MDK	2

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 Schwerpunktbezeichnung	an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
Allgemeinmediziner	5.185
Praktische Ärzte/Ärztinnen	427
Anästhesisten	516
Augenärzte	701
Chirurgen	805
darunter Gefäßchirurgen	116
darunter Kinderchirurgen	12
darunter Plastische Chirurgen	19
darunter Thoraxchirurgen	16
darunter Thorax- und Kardiovaskularchirurgen	6
darunter Unfallchirurgen	428
darunter Visceralchirurgen	115
Frauenärzte	1.538
darunter gynäkologische Endokrinologen und Reproduktionsmediziner	26
darunter gynäkologische Onkologen	33
darunter spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	23
HNO-Ärzte	496
darunter Phoniatriker und Pädaudiologen	5
Hautärzte	471
Internisten	3.013
darunter Angiologen	91
darunter Endokrinologen (und Diabetologen)	83
darunter Gastroenterologen	276
darunter Hämatologen	33
darunter Hämatologen und internistische Onkologen	183
darunter Infektiologen	1
darunter Kardiologen	386
darunter Lungen- und Bronchialheilkundler	6
darunter Nephrologen	197
darunter Pneumologen	121
darunter Rheumatologen	87
Kinderärzte	975
darunter Kinderendokrinologen und -diabetologen	1
darunter Kinderhämatologen und -onkologen	6
darunter Kinderkardiologen	48
darunter Neonatologen	109
darunter Neuropädiater	75
Kinder- und Jugendpsychiater	17
Laborärzte	14
Lungenärzte	159

Arztgruppe Schwerpunktbezeichnung	an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	153
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	641
Neurochirurgen	101
Nuklearmediziner	82
Orthopäden	798
Pathologen	120
ärztliche Psychotherapeuten	994
Radiologen / diagnostische Radiologen	556
darunter Kinderradiologen	14
darunter Neuroradiologen	35
darunter Strahlentherapeuten	8
Urologen	362

Quelle: Bundesarztregister der KBV, Stand: 31. Dezember 2012

C GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A-Z

C.1 AD(H)S

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

tialdiagnostischen Untersuchungen der Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 4. und 18. Lebensjahr. Der Vertrag fördert die koordinierte Behandlung und stellt durch fachübergreifende Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten in regionalen, interdisziplinären AD(H)S-Teams bei gesicherter Diagnose eine leitlinienorientierte Therapie sicher. Die begleitende Evaluation wurde von der Universität Marburg durchgeführt.

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	213	198
Anzahl beschiedene Anträge	21	22
davon Anzahl Genehmigungen	21	22
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	6	6

Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise nach § 7 (4) erbracht haben	nicht geprüft*	nicht geprüft*

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, welche die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	nicht geprüft*	nicht geprüft*

Bemerkung:

*Prüfung nach Beschluss des Vertragsausschusses ausgesetzt

C.2 Akupunktur

Nach der erfolgreichen Beendigung der Modellversuche zur Akupunktur wurde zum 1. Januar 2007 die Erbringung von Leistungen der Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation (Akupunktur) als genehmigungspflichtige Leistung in die vertragsärztliche Versorgung mit aufgenommen.

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

- Kenntnisse der allgemeinen Grundlagen der Akupunktur; belegt durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung
- Kenntnisse in der psychosomatischen Grundversorgung 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 Allgemein-

medizin, Praktischen Ärzten, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie beziehungsweise Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie, Fachärzten für Anästhesiologie sowie Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin als vertragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012		31.12.2011	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.693		1.714	
Anzahl beschiedene Anträge	45		93	
davon Anzahl Genehmigungen	42		93	
davon Anzahl Ablehnungen	3		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 Dokumen- tationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumen- tationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6
	0	0	25	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	22		10	

Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess	2012		2011	
Anzahl abrechnende Ärzte (III. Quartal)	1.539		1.552	
	Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte (§ 6 Abs. 2)	13	52	17	164
davon bestanden	13	48	16	155
davon nicht bestanden	0	4	1	9
Anzahl insgesamt Wiederholungsprüfungen (§ 6 Abs. 6)	0	6	0	0
davon ohne Bestandungen	0	6	0	0
davon mit Bestandungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien insgesamt (§ 6 Abs. 6)	0	0	0	0

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse	2012		2011	
	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
Anzahl geprüfter Dokumentationen	742*	462*	2.172	2.952
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	33	19	59	74
davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0	0	0	0
davon nicht nachvollziehbar begründet	0	0	0	0
davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	33	19	59	74

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2	2012	2011
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.565	1.521

Bemerkung:

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

C.3 Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Die Ausführung und Abrechnung von Apherese ist genehmigungspflichtig und erst nach Erteilung einer Genehmigung zu den Blutreinigungsverfahren (Dialyse) möglich. Rechtsgrundlage ist die Richtlinie zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapherese). Die Fachkommission prüft auf dieser Grundlage für jeden Patienten individuell, ob die

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

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1:
Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.1991, zuletzt geändert: 12.9.2008**

**Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren
(Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1997, zuletzt geändert: 09.05.2003**

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	111	98
Anzahl beschiedene Anträge	19	12
davon Anzahl Genehmigungen	19	12
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung		
Stand	2012	2011
Anzahl Erstanträge	0	1
davon angenommen	0	1
davon abgelehnt	0	0
Anzahl Folgeanträge	7	4
davon angenommen	7	4
davon abgelehnt	0	0

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

Stand	2012	2011
Anzahl Erstanträge	5	6
davon angenommen	4	2
davon abgelehnt	1	4
Anzahl Folgeanträge	48	53
davon angenommen	48	53
davon abgelehnt	0	0

LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Stand	2012	2011
Anzahl Erstanträge	3	7
davon angenommen	2	4
davon abgelehnt	1	3
Anzahl Folgeanträge	8	8
davon angenommen	8	8
davon abgelehnt	0	0

Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

Stand	2012	2011
Anzahl Erstanträge	0	0
Anzahl Folgeanträge	0	0

C.4 Ambulante Operationen

Zum 1. Dezember 2011 ist die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 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 gemäß den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes in

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Neufassung: vom 01.12. 2011

Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) Rechtsgrundlage: § 115 b SGB V, Gültigkeit: seit 01.10 2006

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung*	4.684	4.434
Anzahl beschiedene Anträge	314	317
davon Anzahl Genehmigungen	313	317
davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	derzeit nicht ermittelbar	derzeit nicht ermittelbar

Bemerkung:

*einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach § 115 b 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 gebunden. Grundlage für die Genehmigungserteilung ist die Arthroskopie-Vereinbarung sowie zusätzlich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren. Neben den dort geforderten Nachweisen muss der Arzt über eine besondere fachliche Weiterbildung verfügen.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach Paragraph 136 Abs. 1 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie) enthält bundesweit einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk. Auf der Basis dieser Kriterien werden stichprobenartige Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen durchgeführt.

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	579	545
Anzahl beschiedene Anträge	61	35
davon Anzahl Genehmigungen	61	35
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2012	2011		
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	396	380		
Anzahl geprüfter Ärzte	49	58		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	48	56		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	1	2		
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, da innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten 10% der Ärzte geprüft werden müssen		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
keine Beanstandungen	6	0	5	0
geringe Beanstandungen	7	0	8	1
erhebliche Beanstandungen	2	0	12	0
schwerwiegende Beanstandungen	33	1	31	1
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	47		58	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	37		48	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1		2	
davon bestanden	1		0	
davon nicht bestanden	0		2	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	0		0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0		0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0		0	

C.6 Balneophototherapie

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erkannte Anfang 2008 die Balneophototherapie als Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung an. Einzelheiten zu den fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen wurden in der zum 1. Oktober 2010 in Kraft getretenen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie) geregelt.

Die Leistung kann durch niedergelassene und ermächtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten erbracht werden. Voraussetzung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Hierfür sind fachliche, apparative, organisatorische und räumliche Voraussetzungen nachzuweisen:

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

**Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2010**

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	79	74
Anzahl beschiedene Anträge	7	20
davon Anzahl Genehmigungen	6	18
davon Anzahl Ablehnungen	1	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 9 Abs. 5)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Wartungsnachweise § 8	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	75	73
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 8 Abs. 2)	15	Prüfungen ab 2012
davon Nachweise erbracht	15	–
davon Nachweise innerhalb von drei Monaten nicht erbracht	0	–
Anzahl nochmaliger Aufforderungen (§ 8 Abs. 3)	0	–

C.7 Blutreinigungsverfahren/Dialyse

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

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

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

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

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten,

Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, Gültigkeit: Neufassung 01.07.2009

Richtlinie zur Sicherung der Qualität in der Dialyse-Behandlung (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse),

Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 24.06.2006, zuletzt geändert 01.01.2011

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	218	219
Anzahl beschiedene Anträge	43	47
davon Anzahl Genehmigungen	43	47
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 3)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	6	4

Patienten	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Patienten	10.197	10.070

Aus den Tätigkeitsberichten der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.

Stand	2012				2011			
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1	I/12 78	II/12 78	III/12 78	IV/12 78	I/11 76	II/11 77	III/11 78	IV/11 78
Anzahl der Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4				4			
Zusammensetzung der Kommissionen	4 niedergelassene Ärzte 2 Ärzte des MDK				4 niedergelassene Ärzte 2 Ärzte des MDK			
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	14				46			
davon ohne Beanstandungen	14				45			
davon mit Beanstandungen	0				1			

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

Stand	2012	2011
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	1
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	1
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0

C.8 DMP

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

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

Diabetes mellitus Typ 1		
Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	221	221
darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	199	198
darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	30	35
darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0	0
Patienten Stand	Dezember 2012	Dezember 2011
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung; Versicherte, Mehrfachzuordnung)	13.526	12.324

Diabetes mellitus Typ 2		
Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.550	6.552
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.507	6.507
darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	658	636
Patienten Stand	Dezember 2012	Dezember 2011
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung; Versicherte, Mehrfachzuordnung)	421.560	397.204

Brustkrebs**Vertragsdaten**

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

Ärzte Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	828	1.021
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	828	1.021

Patienten Stand	Dezember 2012	Dezember 2011
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	8.864	8.654

Koronare Herzerkrankung**Vertragsdaten**

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

Ärzte Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.139	6.159
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.012	6.030
darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	263	261
darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	71	68

Patienten Stand	Dezember 2012	Dezember 2011
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	166.118	156.275

Asthma bronchiale**Vertragsdaten**

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

Ärzte Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.017	5.989
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.999	5.973
darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	210	206

Patienten Stand	Dezember 2012	Dezember 2011
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	74.263	68.191

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek, (LKK und Gartenbau)	
Ärzte Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.629	5.609
darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.621	5.600
darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	100	95
Patienten Stand	Dezember 2012	Dezember 2011
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	60.175	55.878

C.9 Erweitertes Neugeborenen-Screening

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

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

Der Qualitätsbericht der Universität Heidelberg für das Berichtsjahr 2012 lag zum Zeitpunkt der Erstellung des Qualitätsberichts 2012 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 benötigte fachliche Qualifikation verfügen und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllt.

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batterie-zustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der Richtlinie)	348	334
.....		
Anzahl beschiedene Anträge	33	27
davon Anzahl Genehmigungen	32	26
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 von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.II Hautkrebs-Screening

C.II.1 Histopathologie Hautkrebs-Screening

Die zum 1. Oktober 2009 in Kraft getretene Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien.

Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

- Festlegung einer Eingangsqualifikation
- Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen oder 6.000 dermatohistologischen Präparaten

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

Die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen erfordert eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Anträge können von Ärzten mit der Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Pathologie“ beziehungsweise „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“ gestellt werden.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009

Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien), Abschnitt D Nr. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: mit Änderung zum 01.07.2008

Genehmigungen, Stand	31.12.2012			31.12.2011		
	neu	erneut (§ 5 Abs. 5)	erneut (§ 8 Abs. 6)	neu	erneut (§ 5 Abs. 5)	erneut (§ 8 Abs. 6)
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		76		81		
Anzahl beschiedene Anträge	3	0	0	4	0	0
davon Anzahl Genehmigungen	3	0	0	4	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6		0		0		
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5		0		0		
		Wegen Nichtreichen der Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)	Wegen Nichtreichen der Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung (§ 8 Abs. 5)	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	0		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0		0		0

Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2	2012		2011	
	< 1.000	≥ 1.000	< 1.000	≥ 1.000
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung	3*	72*	0**	76**
davon Anzahl Ärzte, die durch den Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben	3	entfällt	4	entfällt

Dokumentationsprüfungen § 8 – Prüfprozess	2012	2011
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	3
davon bestanden	3	2
davon nicht bestanden	0	1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5a	0	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5b	0	0

Dokumentationsprüfungen § 8 – Mängelanalyse	2012	2011
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	30	30
davon vollständig und nachvollziehbar	30	26
davon vollständig, aber nicht nachvollziehbar	0	0
davon nicht vollständig, aber nachvollziehbar	0	3
davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	1

Bemerkungen:

* Die Prüfung erfolgte für die Quartale 4/2010 bis 3/2011

** Die Prüfung erfolgte für die Quartale 4/2009 bis 3/2010

C.II.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)

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

Kraft. Die Ausführung und Abrechnung ist auf die hausärztlich tätigen Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten begrenzt.

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

Genehmigungen im Hautkrebs-Screening, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung	5.369	5.371
<hr/>		
Anzahl beschiedener Anträge	163	263
davon Anzahl Genehmigungen	162	262
davon Anzahl Ablehnungen	1	1
<hr/>		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
<hr/>		
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung	432	426
<hr/>		
Anzahl beschiedener Anträge	25	37
davon Anzahl Genehmigungen	25	36
davon Anzahl Ablehnungen	0	1
<hr/>		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.12 HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2009

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	27	29	26	27		
	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5
Anzahl beschiedener Anträge	2	0	0	2	0	0
davon Anzahl Genehmigungen	2	0	0	2	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 4		0		0		
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2		0		0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen von Abrechnungsgenehmigungen, insgesamt		0		0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0		1		

Frequenzregelung § 10 Abs. 1 Nr. 1	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich ... betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	< 25 4	≥ 25 25	< 25 1	≥ 25 26
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen	0	entfällt	0	entfällt
davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	4	entfällt	1	entfällt

Fortbildung § 10 Abs. 1 Nr. 2	2012	2011
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	29	27

Dokumentationsprüfungen § 8 – Prüfprozess	2012	2011
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4
davon bestanden	4	4
davon nicht bestanden	0	0

Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	1
davon Begründung ausreichend	0	1
davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0	0

Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	1

Dokumentationsprüfungen § 8 – Mängelanalyse	2012	2011
Anzahl geprüfter Dokumentationen insgesamt	40	40
davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	36
davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	4
davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0

C.13 Homöopathie

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

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

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	277	265
davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie Barmer/GEK	184	176
davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK	125	120
davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK Securvita	261	250
davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie IKK classic	206	183
<hr/>		
Anzahl beschiedene Anträge	33	37
davon Anzahl Genehmigungen	33	37
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
<hr/>		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
<hr/>		
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.14 Hörgeräteversorgung

C.14.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene

Nach Einführung neuer Gebührenordnungspositionen zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen zum 1. Januar 2012 (GOP 09372 bis 09375 und 20372 bis 20375) haben die Partner der Bundesmantelverträge nunmehr eine Qualitätssicherungs (QS)-Vereinbarung Hörgeräteversorgung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V vereinbart. Ziel der Vereinbarung ist es, die Steuerung und Betreuung von schwerhörigen Jugendlichen und Erwachsenen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu sichern.

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

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

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

von zehn Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren vor Antragstellung

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

1. Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld
2. Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2
3. Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungsergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3)
4. Binokulares Ohrmikroskop
5. Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

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

Nach Erhalt einer Genehmigung sind weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen organisatorischer Art einzuhalten:

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

Der Umfang der Hörgeräteversorgung muss vollständig und nachvollziehbar dokumentiert werden. Für die Bestimmung

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

Bestimmte Angaben zur Hörgeräteverordnung und -abnahme (insbesondere zur Hörgerätetechnik) sind auf einem gesonderten „Ergänzungsblatt zur Verordnung“ zu dokumentieren. Die Übertragung dieser Daten erfolgt in einem elektronischen Dokumentationsverfahren ab 1. April 2013.

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

Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung sind folgende Auflagen zu erfüllen:

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 1.4.2012

Genehmigungen, Stand	2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2012	0
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	448
Anzahl beschiedene Anträge	448
davon Anzahl Genehmigungen	448
davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.14.2 Hörgeräteversorgung – Kinder

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen, Stand	2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01.2012	0
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	11
Anzahl beschiedene Anträge	11
davon Anzahl Genehmigungen	11
davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.15 Interventionelle Radiologie

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

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 § 3 Abs. 1	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	4	6	5	4
Anzahl beschiedene Anträge	neu 2	erneut (§ 7 Abs. 6) 0	neu 0	erneut (§ 7 Abs. 6) 0
davon Anzahl Genehmigungen	2	0	0	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)		0		0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4		0		0
	wegen Nichterreichenden Mindestzahl < 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen	aus sonstigen Gründen	wegen Nichterreichenden Mindestzahl < 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen	aus sonstigen Gründen
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0		1

Frequenzregelung	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen	< 100 4	≥ 100 1	< 100 2	≥ 100 2
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	3	entfällt	2	entfällt

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Genehmigungen § 3 Abs. 2	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	50	46	52	52
	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)	neu	erneut (§ 7 Abs. 7)
Anzahl beschiedene Anträge	1	0	2	0
davon Anzahl Genehmigungen	1	0	2	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)		0		0
Anzahl Praxisbegehungen		0		0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		2		0
wegen Nichterreichen der Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (< 100)		0		0
wegen Nichterreichen der Mindestzahl bei therapeutischen Eingriffen (< 50)		1		0
wegen Nichterreichen der Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (<100) und bei therapeutischen Eingriffen (< 50)		1		0
aus sonstigen Gründen		0		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		5		2

Frequenzregelung	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
	33	7	32	16
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	31	entfällt	27	entfällt
Anzahl Ärzte mit ... vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
	35	5	35	13
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	32	entfällt	29	entfällt

C.16 Invasive Kardiologie

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

Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung.

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

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1999

Diagnostische Katheterisierungen

Genehmigungen § 7 Abs. 2		I.1.2012	31.12.2012	I.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		20	18	19	20
		neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§ 7 Abs. 2 Nr. 3)
Anzahl beschiedene Anträge		0	0	4	0
davon Anzahl Genehmigungen		0	0	4	0
davon Anzahl Ablehnungen		0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)			0		0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3			0		0
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...		Nichterreichen Mindestzahl	aus sonstigen Gründen	Nichterreichen Mindestzahl	aus sonstigen Gründen
davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)		0 keine Angaben möglich	0 keine Angaben möglich	0 keine Angaben möglich	0 keine Angaben möglich
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen			2		3

Frequenzregelung		2012		2011	
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)		< 150 16	≥ 150 2	< 150 14	≥ 150 5
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben		15	entfällt	13	entfällt

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Genehmigungen § 7 Abs. 1	I.I.2012		31.12.2012		I.I.2011		31.12.2011	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	57		61		54		58	
	neu		erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)		neu		erneut (§ 7 Abs. 1 Nr. 3)	
Anzahl beschiedene Anträge	8		0		6		0	
davon Anzahl Genehmigungen	7		0		5		0	
davon Anzahl Ablehnungen	1		0		1		0	
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0		0		0	
davon bestanden	0		0		0		0	
davon nicht bestanden	0		0		0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0		0		0		0	
davon ohne Beanstandungen	0		0		0		0	
davon mit Beanstandungen	0		0		0		0	
	Nichterreichen Mindestzahl				Nichterreichen Mindestzahl			
	< 150 ges. +		< 50 therap.		aus sonstigen Gründen		< 150 ges. +	
	therap.		therap.		Gründen		therap.	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0
davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	keine Angaben möglich				keine Angaben möglich			
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3				2			

Frequenzregelung	2012		2011	
Anzahl Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291, 34292)	< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
	33	16	36	18
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	31	entfällt	34	entfällt
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
	37	12	42	12
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	33	entfällt	38	entfällt

C.17 Koloskopie

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

Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie. Zentraler Punkt der 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.

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

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	35	31	37	35
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	340	353	336	336
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu 0	erneut (§ 6 Abs. 5) 0	neu 0	erneut (§ 6 Abs. 5) 0
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	neu 26	erneut (§ 6 Abs. 5) 0	neu 22	erneut (§ 6 Abs. 5) 1
davon Anzahl Genehmigungen	26	0	22	1
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)		0		1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0		0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4		0		0

Genehmigungen, Stand	2012		2011	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7 wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	2		1	
	0		0	
davon ausschließlich wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei < 200 totalen Koloskopien	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 3c-e)	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 3c-e)	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	0	2	0	0
davon ausschließlich wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei < 10 Polypektomien	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 4b-c)	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 4b-c)	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	0	0	1	0
sowohl wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 3c-e) (§ 6 Abs. 4b-c)	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln (§ 6 Abs. 3c-e) (§ 6 Abs. 4b-c)	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	13		21	

Totale Koloskopien

Frequenzregelung	2012		2011	
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien	< 200	≥ 200	< 200	≥ 200
	50*	284	58	287
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	46*	entfällt	53	entfällt

Dokumentationsprüfungen*	2012		2011	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3 a-e	329		344	
davon bestanden	320		336	
davon nicht bestanden	9		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	5		6	
davon bestanden	5		5	
davon nicht bestanden	0		1	
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	5		1	
davon bestanden	4		1	
davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0		0	
davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	1		0	

Bemerkung:

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

Polypektomien

Frequenzregelungen	2012		2011	
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten Polypektomien	< 10 22*	≥ 10 312	< 10 30	≥ 10 315
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	18*	entfällt	30	entfällt

Dokumentationsprüfungen	2012		2011	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4 a-c	331**		336	
davon bestanden	320		327	
davon nicht bestanden	11		9	
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt		Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	2		9	
davon bestanden	2		9	
davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0		0	
davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0		0	

Bemerkungen:

* davon 1 Kinderarzt

** Kinderarzt hat keine Polypektomien durchgeführt

Prüfungen zur Hygienequalität

Stand	2012		2011	
Anzahl überprüfter Praxen (nicht Koloskope!)	283		301	
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	563		601	
davon bestanden	544		574	
davon nicht bestanden	19		27	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb von drei Monaten	19		27	
davon bestanden	18		27	
davon nicht bestanden	1		0	
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb von sechs Wochen	1		0	
davon bestanden	1		0	
davon nicht bestanden	0		0	

C.18 Künstliche Befruchtung

Ambulant durchgeführte Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bedürfen gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung der Genehmigungserteilung durch die zuständigen Behörden (Paragraph 121a SGB V). Dies ist in Baden-Württemberg die Landesärztekammer (LÄK). Auch Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren erfolgen, müssen genehmigt werden. Inseminationen ohne vorangegangene Stimulationsbehandlung dürfen von Frauenärzten auch ohne die Genehmigung der LÄK durchgeführt werden. Vor 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 sind 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 Behandlungsplan, der von der Krankenkasse genehmigt werden muss. Weitere Voraussetzungen sind, dass bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist und bei der Frau ein ausreichender Schutz gegen Rötelinfection besteht.

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

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

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

Gültigkeit: 14.08.1990, Neufassung 18.12. 2012

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	92	90
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	37	35

C.19 Laboratoriumsuntersuchungen

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

Abschnitt E der Richtlinie explizit genannten ärztlichen Fachgruppen. Bei Erbringung von Laborleistungen ist die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) zu beachten. Diese enthält unter anderem, verpflichtende Regelungen zur externen Qualitätssicherung mittels Ringversuchen sowie zur internen Qualitätssicherung, die seit dem 1. April 2010 die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im Labor gemäß Teil A Nr. 7 der RiliBÄK detailliert vorschreibt.

Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie, Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 09.05.1994

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.586	1.595
Anzahl beschiedene Anträge	83	83
davon Anzahl Genehmigungen	74	78
davon Anzahl Ablehnungen	9	5
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	45*	57*
davon bestanden	44*	51*
davon nicht bestanden	6*	7*
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Bemerkung:

* Die Differenz ergibt sich aus teilweise bestandenen Kolloquien

C.20 Langzeit-EKG-Untersuchungen

Eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie (EKG) sind Voraussetzung für die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen

(Langzeit-EKG), um auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen erkennen zu können. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.04.1992

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung	1.327	1.232
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	1.736	1.698
Anzahl beschiedene Anträge	176	180
davon Anzahl Genehmigungen	176	178
davon Anzahl Ablehnungen	0	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1

C.21 Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

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

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

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

**Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie),
Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001**

Allgemeine Kernspintomographie

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	367	347
Anzahl beschiedene Anträge	57	63
davon Anzahl Genehmigungen	54	60
davon Anzahl Ablehnungen	3	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	7	4
davon bestanden	6	3
davon nicht bestanden	1	1
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	keine Angaben möglich	28

Kernspintomographie der Mamma

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	63	63
Anzahl beschiedene Anträge	6	15
davon Anzahl Genehmigungen	5	15
davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	6
davon bestanden	2	6
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	keine Angaben möglich	0

Frequenzregelung	2012	2011
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	57	53
mindestens 50 Untersuchungen	32	28 (gemäß Abrechnung)
weniger als 50 Untersuchungen	25	32 (gemäß Abrechnung)

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2012		2011	
Anzahl abrechender Ärzte (III. Quartal)	338*		319*	
Anzahl geprüfter Ärzte	*		23	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	*		20	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	*		3	
Begründungen:				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4% der abrechnenden Ärzte lag ▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde ▪ sonstige Kommentare 	*		entfällt	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 2: „Routineprüfung“	bei Prüfungen wg. § 4 Abs. 3: „Mängelprüfung“
keine Beanstandungen	*		12	2
geringe Beanstandungen	*		4	0
erhebliche Beanstandungen	*		4	1
schwerwiegende Beanstandungen	*		0	0
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	*		10	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	*		0	
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	*		0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	*		1 (noch nicht durchgeführt)**	
davon bestanden	*		noch keine Angaben möglich	
davon nicht bestanden	*		noch keine Angaben möglich	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	*		0	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	*		0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	*		0	
davon ohne Mängel	*		0	
davon mit Mängel	*		0	

Bemerkungen:

* Prüfung 2012 wegen interner Umstrukturierung nicht durchgeführt

** Verzögerung durch Widerspruch des Arztes. Das Kolloquium findet 2013 statt.

C.22 Magnetresonanz-Angiographie

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

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

Fachliche Voraussetzung zur Erlangung der Genehmigung sind die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung

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

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

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

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

**Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie
(Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie),
Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.04.2001**

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	276	301	271	282
Anzahl beschiedene Anträge	neu 48	erneut (§7 Abs.10) 0	neu 46	erneut (§7 Abs.10) 0
davon Anzahl Genehmigungen	46	0	40	0
davon Anzahl Ablehnungen	2	0	6	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0		0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4		0		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9		0		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		keine Angaben möglich		0

Dokumentationsprüfungen § 7	2012	2011
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	264	253
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 7	*	46
davon ohne Beanstandungen	*	36
davon mit Beanstandungen	*	10
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	*	3
davon ohne Beanstandungen	*	2
davon mit Beanstandungen	*	1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	*	1 (noch nicht durchgeführt)
davon bestanden	*	0
davon nicht bestanden	*	0

Dokumentationsprüfungen § 7 – Mängelanalyse	2012		2011	
	ohne Venen	Venen	ohne Venen	Venen
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	*	*	536	23
darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	*	*	494	12
darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	*	*	483	12
darunter Anzahl Dokumentationen, in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	*	*	501	23
davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer/ingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	*	*	499	12
davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	*	*	37	11

Bemerkung: *Prüfung 2012 wegen interner Umstrukturierung nicht durchgeführt

C.23 Mammographie (Kurativ)

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

Diese sind im Wesentlichen

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

- Beurteilung einer Fallsammlung nach Abschnitt D zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung in zweijährigem Abstand
- regelmäßige stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation.

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 11.02.2011

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	310	321	314	318
	neu	erneut	neu	erneut
Anzahl beschiedene Anträge	48	0	49	0
davon Anzahl Genehmigungen	41	0	46	0
davon Anzahl Ablehnungen	7	0	3	0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7		0		0

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

Genehmigungen, Stand	2012		2011	
	1. Prüfung	Wiederholungsprüfung	1. Prüfung	Wiederholungsprüfung
Anzahl Prüfungen	25	6	22	6
davon bestanden	19	5	13	2
davon nicht bestanden	6	1	9	4

Mammographie (Kurativ)

Kontrollierte Selbstüberprüfung im Rahmen der Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß Abschnitt D

	2012		2011	
	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben*	78	*	154	4
davon erfolgreiche Teilnahme*	72	*	150	3
davon nicht erfolgreiche Teilnahme*	6	*	4	1
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e		0		0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b		0		0
Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c		1		0

Bemerkung:

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

Folglich wurden auch keine Wiederholungsprüfungen durchgeführt

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

	2012			2011		
	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb 6 Monaten	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb 3 Monaten	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb 6 Monaten	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb 3 Monaten
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	151	3	3	109	3	5
davon erfüllt	135	3	2	101	0	0
davon nicht erfüllt	entfällt	0	1	entfällt	3	5
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	6	entfällt	entfällt	3	entfällt	entfällt
davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	10	entfällt	entfällt	5	entfällt	entfällt
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7		1			0	

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

	2012	2011
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind gemäß § 11 Abs. 1	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind gemäß § 14 Abs. 5	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	0

C.24 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit bei Frauen. Etwa zehn Prozent der Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens daran, die meisten nach dem 50. Lebensjahr. Internationale Studien haben gezeigt: Ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie für die Altersgruppe der 50 bis 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 unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

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

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit der 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 2012 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 541.753 Frauen eingeladen, davon haben 297.949 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von 55 Prozent).

Weitere Informationen zum Thema Mammographie-Screening finden Sie im Internet unter folgenden Adressen: www.mammo-programm.de und www.mammascreeen-bw.de

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, Gültigkeit: seit 01.01.2004, zuletzt geändert 01.4.2011

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), 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 01.01.2004, zuletzt geändert 01.05.2010

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Screening-Einheiten	10	10
Programverantwortliche Ärzte	18	19
davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	5	6
kooperierende Ärzte	218	217
Befunder von Mammographieaufnahmen	68	68
histopathologische Beurteilung	23	21
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	24	22
davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	21	22
ermächtigte Krankenhausärzte	85	84

C.25 Medizinische Rehabilitation

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

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

Eine Genehmigung erhält, wer entweder

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.03.2005

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7.502	7.325
Anzahl beschiedene Anträge	328	316
davon Anzahl Genehmigungen	328	316
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3	0

C.26 Molekulargenetik

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

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

- ob die Stufendiagnostik eingehalten wird
- ob bundesweit vergleichbare Untersuchungsergebnisse vorliegen

- wie die Pfade vom Überweiser zum Leistungserbringer aussehen
- ob die Teilnahme an Ringversuchen eingehalten wird und wie die Ergebnisse aussehen.

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

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

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

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

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

Genehmigungen, Stand	2012
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 1.1.2012	0
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2012	119
Anzahl beschiedene Anträge	126
davon Anzahl Genehmigungen	119
davon Anzahl Ablehnungen	7
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.27 Onkologie

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

festgelegten Umfang im onkologischen Bereich weiterbilden.

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

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

Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: Neufassung 01.10.2009, zuletzt geändert: 01.01.2011

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	444	478	401	431
darunter Anzahl Ärzte zum 31.12.2012 in Neu-/Jungpraxen	keine Angaben möglich		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 31.12.2012 in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0		0	
Anzahl beschiedene Anträge	34		58	
davon Anzahl Genehmigungen	34		57	
davon Anzahl Ablehnungen	0		1	
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		keine Angaben möglich	

Dokumentationsprüfung § 10	2012	2011
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	37	33
davon ohne Beanstandungen	36	29
davon mit Beanstandungen	1	4

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.–3.	2012	2011
Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.–3. erbracht haben	444	401

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten	2012	2011
Anzahl Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie, die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal gemäß § 3 Abs. 4 erbracht haben	*	*
Anzahl Ärzte andere Fachgruppen , die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten/Quartal gemäß § 3 Abs. 4 erbracht haben	*	*
Anzahl Neu- und Jungpraxen beziehungsweise Ärzte , die kürzer als zwei Jahre zugelassen sind und an der Vereinbarung teilnehmen, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten noch nicht erbringen können – gemäß § 3 Abs. 6	*	*
Anzahl Ärzte , die gemäß § 3 Abs. 7 aus Sicherstellungsgründen zur Teilnahme an der Vereinbarung zugelassen sind, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten nicht erbringen können	0	0

Bemerkung:

* Aufgrund regionaler Vereinbarungen wurden die Fallzahlen zum Teil reduziert. Die Differenzierung nach Jungpraxen war 2012 und 2011 ebenfalls wegen regionaler Absprachen nicht nötig. Daher können zu diesen Punkten keine Angaben gemacht werden.

C.28 Otoakustische Emissionen

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	426	414
Anzahl beschiedene Anträge	28	28
davon Anzahl Genehmigungen	28	28
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	keine Angaben möglich	0

C.29 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

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

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

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

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	42	42	44	42
Anzahl beschiedene Anträge	neu 0	erneut (§ 6 Abs. 6) 0	neu 0	erneut (§ 6 Abs. 6) 0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5 S. 3		0		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0		2

C.30 Phototherapeutische Keratektomie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Phototherapeutische Keratektomie (PTK) regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Durchführung der PTK mit dem Excimer-Laser

bei bestimmten Indikationen. Die Vereinbarung beinhaltet daher auch Anforderungen an die Indikationsstellung und deren Dokumentation. Die Dokumentationen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg alle zwei Jahre stichprobenartig überprüft.

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	18	18
Anzahl beschiedene Anträge	0	2
davon Anzahl Genehmigungen	0	2
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	2

Dokumentationsprüfung § 7	2012	2011
Anzahl abrechnender Ärzte	7	5
Anzahl geprüfter Ärzte	6	3
davon ohne Beanstandungen	4	0
davon mit Beanstandungen	2	3
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 5	2	1
davon ohne Beanstandungen	1	0
davon mit Beanstandungen	1	1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	1
davon bestanden	0	1
davon nicht bestanden	0	0

C. 31 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: 01.01.2008

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: zuletzt geändert: 08.07.2011

Verwaltungsaufwand	2012	2011
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	1.527	2.117
davon Anzahl Genehmigungen	1.526	2.116
davon Anzahl Ablehnungen	1	1

Richtlinienverfahren

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	3.956	3.825
davon Ärzte	1.726	1.618

im Einzelnen	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.820	1.756	289	291	450	441
davon Ärzte	1.280	1.170	168	172	91	87
Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	1.078	996	347	319	173	163
davon Ärzte	263	232	29	29	52	45
Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	587	563	140	143	307	303
davon Ärzte	289	289	67	69	3	2

Befreiung von der Gutachterpflicht	2012	2011
Anzahl Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht	3.313	2.492
davon Ärzte	832	820

Psychosomatischen Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren

Genehmigungen	31.12.2012	31.12.2011
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	10.770	10.641
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	1.847	1.828
davon Ärzte	1.342	1.363
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	1.667	1.629
davon Ärzte	1.003	1.016
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	983	943
davon Ärzte	553	560

C. 32 Schlafbezogene Atmungsstörungen

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	398*	384*
davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	346*	342*
davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	62*	63*
davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9*	9*
Anzahl beschiedene Anträge	42	59
davon Anzahl Genehmigungen	42	59
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren Polysomnographie)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	0

Bemerkung:

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

C. 33 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel operativen Eingriffen), nach vorangegangenen Traumen und ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chroni-

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.04.2005

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	161	157
Anzahl beschiedene Anträge	16	14
davon Anzahl Genehmigungen	16	14
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	1
davon bestanden	0	1
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs.2	1	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1

Versorgung

Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	0
------------------------------------	---	---

Dokumentationsprüfung*

Anzahl Prüfungen gemäß § 7 Abs. 2	145	143
davon ohne Beanstandungen	97	89
davon mit Beanstandungen	48	54

Nachweispflicht § 5 Abs. 5

	2012	2011
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	145	143
Anzahl Ärzte, die gemäß § 5 Abs. 4 nachgewiesen haben, dass sie überwiegend chronisch schmerzkranker Patienten behandeln	wird zur Zeit nicht geprüft	wird zur Zeit nicht geprüft

Bemerkung:

*Die Angaben zu den Dokumentationsprüfungen beziehen sich auf die Anzahl geprüfter Ärzte.

C. 34 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 01.07.2009

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	75	74
davon Kinder- und Jugendpsychiater	68	68
davon Kinderärzte	7	6
davon Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	0	0
.....	7	0
Anzahl beschiedene Anträge	7	5
davon Anzahl Genehmigungen	7	5
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
.....	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
.....	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0
.....	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigung	0	0

C. 35 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 01.01.2002

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung	465	466
Anzahl beschiedene Anträge	15	24
davon Anzahl Genehmigungen	15	24
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	0

C. 36 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur genehmigungspflichtigen Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Antragsteller über die Anerkennung als Facharzt für Urologie verfügen. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg muss er die in der „Richt-

linie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ geforderten weiteren fachlichen Befähigungsnachweise führen. Außerdem muss er die Genehmigungen zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane), zur Röntgendiagnostik des Harntraktes und zur Durchführung ambulanter Operationen besitzen.

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	151	151
Anzahl beschiedene Anträge	7	24
davon Anzahl Genehmigungen	7	24
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angabe möglich	0

C. 37 Strahlendiagnostik/-therapie

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

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

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft, ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden. Hierbei

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: Neufassung 01.04.1993, zuletzt geändert: 01.10.2009. Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Neufassung 09.10.2010; Erstfassung 01.10.1992, zuletzt geändert: 13.03.1997

C.37.1 konventionelle Röntgendiagnostik

Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen § 4 und § 5, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2700	2677
Anzahl beschiedene Anträge	349	355
davon Anzahl Genehmigungen	321	334
davon Anzahl Ablehnungen	28	21
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	15	13
davon bestanden	15	12
davon nicht bestanden	0	1
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	12

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2012	2011		
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	2.429	2.395		
Anzahl geprüfter Ärzte	234	233		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	228	225		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	6	8		
Begründungen: falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4% der abrechnenden Ärzte lag falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde sonstige Kommentare	entfällt	entfällt		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
keine Beanstandungen	156	0	156	4
geringe Beanstandungen	64	3	49	1
erhebliche Beanstandungen	6	2	13	2
schwerwiegende Beanstandungen	2	1	7	1
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	82	50		
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0		
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	4	2		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	1		
<i>davon bestanden</i>	1	1		
<i>davon nicht bestanden</i>	0	0		
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	1	0		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0	0		

C. 37.2 Computertomographie

Genehmigungen § 4 und § 7, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	497	466
Anzahl beschiedene Anträge	96	100
davon Anzahl Genehmigungen	94	92
davon Anzahl Ablehnungen	2	8
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	1
davon bestanden	2	1
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	0

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2012		2011	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	441		356	
Anzahl geprüfter Ärzte	0		14	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	0		14	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0		0	
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	Aussetzung der CT-Stichprobenprüfung laut G-BA-Beschluss		CT-Prüfung ausgesetzt, bereits angeforderte wurden noch geprüft	
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
keine Beanstandungen	*	*	14	0
geringe Beanstandungen	*	*	0	0
erhebliche Beanstandungen	*	*	0	0
schwerwiegende Beanstandungen	*	*	0	0

Bemerkung:

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

C. 37.3 Osteodensitometrie

Genehmigungen § 4 und § 8, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	367	370
Anzahl beschiedene Anträge	63	59
davon Anzahl Genehmigungen	54	50
davon Anzahl Ablehnungen	9	9
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	2
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angabe möglich	0

C. 37.4 Strahlentherapie

Genehmigungen § 9, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	165	158
Anzahl beschiedene Anträge	30	23
davon Anzahl Genehmigungen	29	23
davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angabe möglich	0

C. 37.5 Nuklearmedizin

Genehmigungen § 10, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	228	230
Anzahl beschiedene Anträge	30	32
davon Anzahl Genehmigungen	27	32
davon Anzahl Ablehnungen	3	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	1
davon bestanden	3	1
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angabe möglich	0

C. 38 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungs-Kommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Behandlungsfälle im Quartal. Ferner werden alle Substitutionsbehandlungen nach jeweils fünf Jahren Substitution überprüft.

Mit In-Kraft-Treten der Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung am 12. Juni 2010 ist auch die diamorphingestützte Substitution zu Lasten der GKV in speziellen ambulanten Einrichtungen möglich. Voraussetzung ist die in den Richtlinien vorgesehene Indikationseingrenzung (Schwerstabhängigkeit), eine spezielle ärztliche Qualifikation, eine landesrechtliche Erlaubnis für die jeweilige Einrichtung mit organisatorischen und räumlichen Vorgaben, eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg sowie die Einhaltung der weiteren Anforderungen der Richtlinie. In Baden-Württemberg gibt es derzeit nur eine Einrichtung in Karlsruhe (AWO Karlsruhe gemeinnützige GmbH). Eine weitere Einrichtung wird voraussichtlich Mitte 2014 in Stuttgart eröffnet.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 1.10.1991, zuletzt geändert: 12.6.2010

Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	342	346
Anzahl beschiedene Anträge	8	7
davon Anzahl Genehmigungen	8	7
davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	1	0
davon ohne Beanstandungen	0	0
davon mit Beanstandungen	1	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	12	8
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	123	117
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen Stand 31.12.2012	1	1
davon Einrichtungen nach § 12	1	1

Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3	2012	2011
Anzahl geprüfter Ärzte	–	–
Anzahl geprüfter Fälle	805	732
keine Beanstandungen	661	549
geringe Beanstandungen	117	114
erhebliche Beanstandungen	25	53
schwerwiegende Beanstandungen	2	16

5-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 9 Abs. 5	2012	2011
Anzahl geprüfter Fälle	444	583
davon ohne Beanstandungen	373	449
davon mit Beanstandungen	71	134

2-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 3 Abs. 6	2012	2011
Anzahl geprüfter Fälle	0*	Prüfung ab 2012

Patienten	2012	2011
Anzahl Patienten	9.570	9.297
davon Patienten mit Diamorphin-Substitution	27	28

An-/Abmeldungen	2012	2011
Summe Anzahl Patientenanmeldungen und -abmeldungen	7.301	7.819

Bemerkung:

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

C. 39 Ultraschalldiagnostik

Am 1. April 2009 trat eine neue bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft (Rechtsgrundlage: Paragraph 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 einer Abnahmeprüfung unterzogen werden. Nach erfolgreich durchgeführter Abnahmeprüfung folgt dann vier Jahre später jeweils die Konstanzprüfung.

Stichprobenprüfung

Es werden von mindestens drei Prozent aller Ärzte mit einer Ultraschallgenehmigung jeweils fünf Dokumentationen überprüft.

Säuglingshüfte

Die Kindervorsorgeuntersuchung U3 bei Kindern in der vierten bis sechsten Lebenswoche beinhaltet unter anderem ein Hüftsonographie-Screening. Eventuelle Entwicklungsstörungen des Hüftgelenkes (Hüftdysplasie) sollen so frühzeitig erkannt und behandelt werden. Um eine optimale Durchführung dieses Untersuchungsverfahrens zu gewährleisten, wurde im Jahr 2005 das Hüftsonographie-Screening eingeführt. In diesem Zusammenhang werden in festgelegten zeitlichen Abständen von allen Ärzten, die diese Untersuchungen durchführen, jeweils zwölf Dokumentationen (Bild und schriftliche Dokumentation) angefordert und von den zuständigen Fachkommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit nach einheitlichen Prüfkriterien beurteilt. Die Anlage V wurde zum 1. April 2012 geändert.

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

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

a) Genehmigungserteilung

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	10.375	10.689	10.242	10.488
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)**	neu § 14 1.156	erneut § 11 Abs. 7 0	neu § 14 990	erneut § 11 Abs. 7 4
davon Anzahl Genehmigungen**	1.013	0	1.580	2
davon Anzahl Ablehnungen**	143	0	180	2
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	neu 3.483	erneut 0	neu 4.081	erneut 4
davon Anzahl Genehmigungen	3.069	0	3.682	2
davon Anzahl Ablehnungen	414	0	399	2
Anzahl Kolloquien gemäß	§ 14 Abs. 6 193	§ 11 Abs. 7* 4	§ 14 Abs. 6 199	§ 11 Abs. 7* 2
davon bestanden	176	4	184	2
davon nicht bestanden	17	0	15	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5		0		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)		3		6
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)		3		7
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)		Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)		Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich

Bemerkungen:

* Doppelung zur Anzahl erneut beschiedener Anträge

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

b) Genehmigungsstand

Anwendungsbereiche

Anzahl Ärzte mit Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
AB 1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	386	381
AB 2.1 Gesamte Diagnostik des Auges	201	198
AB 2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	243	235
AB 3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	450	442
AB 3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.234	1.149
AB 3.3 Schilddrüse, B-Modus	3.909	3.776
AB 4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	642	629
AB 4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	130	114
AB 4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	60	59
AB 4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	2
AB 4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	262	248
AB 4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	2	2
AB 5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.645	1.560
AB 5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	14	12
AB 6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.164	1.140
AB 7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.229	6.077
AB 7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	62	49
AB 7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	44	38
AB 7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.203	1.184
AB 8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.103	2.955
AB 8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	244	232
AB 8.3 Weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.565	1.567
AB 9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.497	1.505
AB 9.1a Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	0	0
AB 9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	810	827

Anzahl Ärzte mit Genehmigungen, Stand	31.12.2012	31.12.2011
AB 10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.027	1.005
AB 10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.049	1.015
AB 11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.116	1.056
AB 12.1 Haut, B-Modus	12	12
AB 12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	41	37
AB 20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.213	1.180
AB 20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	1.153	1.136
AB 20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	45	31
AB 20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	233	222
AB 20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	395	428
AB 20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	787	740
AB 20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	174	161
AB 20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	707	670
AB 20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	47	32
AB 20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	753	715
AB 20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	237	229
AB 21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	577	563
AB 21.2 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	131	119
AB 21.3 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	55	54
AB 21.4 Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	1	2
AB 22.1 Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	112	103
AB 22.2 Duplex-Verfahren – feto-maternales Gefäßsystem	448	421

c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung § 9		2012		2011	
Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2c (Stichtag bitte angeben, wenn möglich Daten zum 31.3.2013)	Anzahl 11.362**	Stichtag 25.03.2013	Anzahl 19.735	Stichtag 31.03.2012	
insgesamt erteilte Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen	663	25.03.2013	1.152	31.03.2012	
Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c	1.1.2012 5.630**	31.12.2012 9.286	1.1.2011 2.257	31.12.2011 6.904	
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme im Jahr 2012 gemäß § 2c	3.656**		4.647		
davon ohne Beanstandungen			Keine Angabe möglich		
Baujahr des Systems: vor 1990 *	13				
Baujahr des Systems: 1990–1994 *	91				
Baujahr des Systems: 1995–1999 *	411				
Baujahr des Systems: 2000–2004 *	994				
Baujahr des Systems: 2005–2009 *	1.188				
Baujahr des Systems: 2010 bis heute *	756				
davon mit Beanstandungen					
Baujahr des Systems: vor 1990 *	20		87		
Baujahr des Systems: 1990–1994 *	37		181		
Baujahr des Systems: 1995–1999 *	64		98		
Baujahr des Systems: 2000–2004 *	28		35		
Baujahr des Systems: 2005–2009 *	43		39		
Baujahr des Systems: 2010 bis heute *	11		0		
Zusätzlich bei Beanstandungen: im Jahr 2012 erlassene Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen	48		440		

Bemerkungen:

* Baujahr = Baujahr der Gerätekonsole des Systems

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

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 (gerätebezogen)	ab 2013

d) Dokumentationsprüfungen

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11

Anzahl Prüfungen:	2012**		2011	
	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
Anzahl geprüfter Ärzte	254	41	313	33
davon ohne Mängel	213	30	223	19
davon mit Mängeln	41	11	90	14

Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)	2012**		2011	
	Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bemerkung: Gemeint ist die Anzahl der geprüften Fälle, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	1.263	204	1.565
davon ohne Beanstandungen	911	132	1.146	87
davon mit Beanstandungen	352	72	419	78

Bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:	2012**		2011	
	Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung*	48	13	117
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: gegebenenfalls eingeschränkte Untersuchungsbedingungen beziehungsweise Beurteilbarkeit*	0	0	11	3
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden*	176	45	44	20
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose*	81	28	74	8
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen*	55	14	148	16

Bei Beanstandungen der Bilddokumentation:	2012**		2011	
	Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6*	63	20	190
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund*	186	45	82	4
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund*	74	19	122	17

Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	2012**	2011
davon bestanden	9	2
davon nicht bestanden	3	1

Widerrufe	2012**		2011	
	Ärzte	Anwendungs- bereiche	Ärzte	Anwendungs- bereiche
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	3	2	1	1

Bemerkungen:

* Mehrfachnennungen sind möglich, das heißt, die Summe dieser acht Zeilen kann größer als die Zahl der beanstandeten Dokumentationen sein

** Aus organisatorischen Gründen und auf Grund personeller Engpässe konnten zunächst vornehmlich Geräte- und weniger Dokumentationsprüfungen durchgeführt werden

e) Säuglingshüfte

Genehmigungen	2012		2011	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 1.1.	1.040		1.002	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	1.095		1.016	
	neu	erneut	neu	erneut
Anzahl beschiedene Anträge	100	9	87	3
davon Anzahl Genehmigungen	92	9	81	2
davon Anzahl Ablehnungen	8	0	6	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	8		2	
davon bestanden	8		1	
davon nicht bestanden	0		1	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	5		18	
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich	

C. 40 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 Paragraph 135 Abs. 2 SGB V wurde unter anderem die 2008 aktualisierte Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland berücksichtigt. Präzisiert werden in der Vereinbarung Fallzahlenforderungen als Genehmigungsvoraussetzung, eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien, apparative Anforderungen (zum Beispiel automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel Erstellung von Kontrollaufnahmen, Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen.

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

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert: 01.01.2011

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	39**	43**	31***	33***
	erneut gemäß § 8 Abs. 5	erneut gemäß § 9 Abs. 6	erneut gemäß § 8 Abs. 5	erneut gemäß § 9 Abs. 6
	neu	neu	neu	neu
Anzahl beschiedene Anträge	4	0	2	0
davon Anzahl Genehmigungen	4	0	2	0
davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium gemäß § 12 Abs. 2		0		0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3		0		0
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5	Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5
	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich			0

Dokumentationsprüfung § 9 – Prüfprozess	2012	2011
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	37	23
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	*	0
Widerholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5	*	0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5	*	0
Anzahl vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	*	0

Dokumentationsprüfung § 9 – Mängelanalyse	2012	2011
Anzahl geprüfter Dokumentationen	*	0

Frequenzregelung	2012		2011	
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Vakuumbiopsien	< 25 18	≥ 25 22	< 25 7	≥ 25 30
davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben	Noch in Bearbeitung	entfällt	7	entfällt

Bemerkung:

- * Prüfung 2012 wegen interner Umstrukturierung nicht durchgeführt
- ** Vakuumbiopsie/Mammographie kurativ und Mammographie-Screening
- *** Vakuumbiopsie/Mammographie kurativ ohne Mammographie-Screening

C. 41 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 01.07.1992, zuletzt geändert: 01.10.2007

Genehmigungen, Stand	1.1.2012	31.12.2012	1.1.2011	31.12.2011
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	142	141	150	147
	erneut gemäß § 7 Abs. 7	nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 7 Abs. 7	erneut gemäß § 8 Abs. 4
	neu		neu	
Anzahl beschiedene Anträge	6	0	6	0
davon Anzahl Genehmigungen	5	0	6	0
davon Anzahl Ablehnungen	1	0	0	0
Anzahl Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3		2		2
davon bestanden		1		1
davon nicht bestanden		1		1
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2		0		0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4
	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich		0	

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess		
	2012	2011
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	135	142
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	84	49
davon bestanden	77	48
davon nicht bestanden	7	1
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	0	1
davon bestanden	0	1
davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse				
	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	1.008	0	588	12
davon ohne Beanstandungen	979	0	586	12
davon mit Beanstandungen	29	0	2	0
- darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität*	10	0	1	0
- darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung*	2	0	1	0
- darunter mit unvollständiger Dokumentation *	17	0	0	0

Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess		
	2012	2011
Anzahl abrechnender Praxen (III. Quartal)	128	128
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	113	128
davon ohne Auffälligkeiten	56	104
davon mit Auffälligkeiten	57	24
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	31	24
davon ausreichend begründete Stellungnahmen	28	23
davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	3	1
Anzahl Kolloquien	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 9				
	2012		2011	
Anzahl Ärzte, die 2012 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	0		140	
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2012 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2
	0	0	354	348

Bemerkung:

* Mehrfachnennungen möglich

D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

D. Genehmigungen auf Grundlage des EBM

Seit Inkrafttreten des EBM 2000plus zum 1. April 2005 und im weiterführenden EBM 2008 wurden weitere Leistungen unter Qualifikationsvorbehalt gestellt. Die fachlich-inhaltlichen Anforderungen werden entweder im EBM selbst oder durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung festgelegt. Dies betrifft im Einzelnen folgende Bereiche/Gebührenordnungspositionen (GOP):

D. 1 Diabetischer Fuß

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

D. 2 Funktionsstörung der Hand

Die zum 1. April 2005 neu in den Leistungskatalog der GKV eingeführten Leistungen zur Behandlung (GOP 07330 EBM) bzw. zur Diagnostik und/oder orthopädischen Therapie (GOP 18330 EBM) eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand können nur von Fachärzten für Chirurgie oder Plastische Chirurgie sowie von Fachärzten für Orthopädie beziehungsweise Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ abgerechnet werden. Liegt die Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ nicht vor, ist eine Abrechnungsgenehmigung unter Nachweis der durch die zuständige KV festgelegten Qualifikationsanforderungen einzuholen.

D. 3 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung und orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung

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

D. 4 Krebsfrüherkennung der Frau

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltene Leistung nach der GOP 01730 EBM „Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat. Ab dem 1. Januar 2008 wurde die GOP 01735 EBM „Beratung gemäß Paragraph 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in Paragraph 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen“ eingeführt. Hausärzte, welche berechtigt sind, die GOP 01730 EBM abzurechnen, erfüllen auch die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der neuen GOP 01735 EBM.

D. 5 Empfängnisregelung

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

D. 6 Neuropsychologische Übungsbehandlung

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

Vertragsärzten, die über eine entsprechende Zusatzqualifikation verfügen oder eine besondere Zusatzqualifikation 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. Vertragsärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatlich Geprüfter Masseur, Krankengymnast oder Physiotherapeut) angestellt haben und dessen Qualifikation gegenüber der KV nachweisen, kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

Leistung		Diabetischer Fuß	Funktionsstörung der Hand	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	Krebsfrüherkennung bei der Frau	Empfängnisregelung	Neuropsychologische Übungsbehandlung	Physikalische Therapie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2012	1.514	477	356	848	840	93 **	97 **
	2011	1.505	461	364	887	868	90 **	114 **
Anzahl beschiedener Anträge	2012	65	40	2	5	3	2	2
	2011	52	37	7	3	4 *	0	2
davon Genehmigungen	2012	56	40	1	3	2	2	2
	2011	42	36	6	2	3	0	2
davon Ablehnungen	2012	9	0	1	2	1	0	0
	2011	10	1	1	1	2	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2012	0	0	0	0	0	0	0
	2011	0	0	0	0	0	0	0

Bemerkungen:

* 1 Teilablehnung/Teilgenehmigung

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

E. RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

	ADHS	Akupunktur	Ambulantes Operieren	Apherenen	Arthroskopie	Balneophototherapie	Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	Computertomographie	Disease-Management- Programme
Rechtsgrundlage	§ 73c SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 1 § 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV § 136	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 137f § 137g
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)									
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)		✓		✓	✓	✓	✓	✓	
FREQUENZREGELUNG	✓		✓				✓		
REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE						✓	✓		
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 Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)		✓	(✓)		✓		✓	✓	

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

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

Bemerkung:
(✓) regionale Vereinbarungen

Phototherapeutische Keratektomie	Psychotherapie - Richtlinienverfahren - Psychosomatik	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Schmerztherapie	Sozialpsychiatrie	Soziotherapie	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	Strahlentherapie	Substitution	Ultraschall allgemein	Ultraschall Säuglingshüfte	Vakuumbiopsie der Brust	Zytologie
§ 135 Abs. 2	§ 82 Abs. 1, geregelt in Anlage 1 BMV § 92 Abs. 6a	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 85 Abs. 2, § 43a, geregelt in Anlage 11 BMV	§ 137a	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓		✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓
			✓	✓							✓	
		✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	(✓)	✓				(✓)	✓	✓	✓	✓	✓
			✓					✓				✓
✓	✓	(✓)	✓	✓			(✓)	✓	✓	✓	✓	✓
✓		(✓)					(✓)	✓	✓	✓	✓	✓

Impressum

Qualitätsbericht 2012
der Kassenärztlichen Vereinigung
Baden-Württemberg (KVBW)

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

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

Autoren KVBW Karin Artz, Dorothe Blank-Milch
Dr. med. Michael Dierich, Susanne Flohr
Sigrun Häußermann, Ines Junker
Monika Mayer, Roland Müller
Nicole Nahlinger-Strohm, Anette Oehl
Corinna Pelzl, Wolfgang Wiedlin

Gestaltung und Realisation VISCHER&BERNET GmbH
Mittelstraße 11/1, 70180 Stuttgart

Erscheinungstermin September 2013

Auflage 900 mit CD-Beilage

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

KVBW

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