

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

# 2006 Qualitätsbericht

Alles Gute.

**KVBW** 

# VORWORT



Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich, Ihnen den 2. Qualitätsbericht der KV Baden-Württemberg vorzulegen. Er belegt die hohe Qualität der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg. Das hohe Qualitätsniveau wird durch die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gemeinsam mit der KV Baden-Württemberg (KVBW) und ihren Qualitätssicherungskommissionen gewährleistet.

In Baden-Württemberg sind rund 19.000 Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vertragsärztlich tätig. Eine Vielzahl von Kommissionen trägt dazu bei, die Qualität der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu sichern und zu erhöhen. Dies ist besonders bei diagnostischen und therapeutischen Leistungen der Fall, die besondere Kenntnisse und Erfahrungen verlangen beziehungsweise hohe Anforderungen an die ärztliche Tätigkeit und Ausstattung der Praxis stellen. Eine Vielzahl von diagnostischen und therapeutischen Leistungen darf nur mit Nachweis der in Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien verankerten Qualifikationsanforderungen und mit besonderer Genehmigung durch die KV bei Kassenpatienten erbracht werden. Dabei nimmt der Anteil an genehmigungspflichtigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung stetig zu. Die in diesem Qualitätsbericht veröffentlichten Daten belegen, welchen hohen Standard die Qualitätssicherung in unserem Land hat.

Neben den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen ist seit diesem Jahr in den Praxen auch das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (QM) verpflichtend vorgeschrieben. Auch in diesen Prozess ist die KVBW eingebunden, indem sie mit Hilfe einer QM-Kommission stichprobenartig den Fortschritt der Planung und Umsetzung überprüft.

Ein weiteres Beispiel der Bedeutung der Qualität ist die Einführung des Mammographie-Screenings. Alle anspruchsberechtigten Frauen in Baden-Württemberg erhalten künftig von der zentralen Einladungsstelle in Baden-Baden automatisch eine Einladung zur Teilnahme am Mammographie-Screening. Im Dezember 2006 startete Stuttgart als erste Region in Baden-Württemberg das Screening.

Eine zentrale Bedeutung für die Sicherung der Qualität misst die KVBW den Qualitätszirkeln bei. Im Jahr 2006 wurden für ganz Baden-Württemberg einheitliche Qualitätszirkel-Leitlinien entwickelt und in Kraft gesetzt. Damit wurde eine einheitliche Basis für alle Qualitätszirkel geschaffen, die von der KVBW auch finanziell gefördert werden.

Ich hoffe, dass Sie unseren Qualitätsbericht mit Interesse lesen und bin für Anregungen und Rückmeldungen dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

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

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	3
Entwicklung der genehmigungspflichtigen Leistungsbereiche 1989 – 2006 .....	7
<b>1. Einführung .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Berichte aus der Versorgung .....</b>	<b>12</b>
2.1 Zahlen und Fakten zur vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg .....	12
2.1.1 Vertragsärztliche Versorgung nach Teilnahmestatus (31.12.2006) .....	12
2.1.2 An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte .....	13
2.1.3 An der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten .....	14
2.1.4 Altersstruktur der Ärzte in Baden-Württemberg im Bundesvergleich .....	14
2.1.5 Anteil der Ärzte in Gemeinschaftspraxen (einschließlich Jobsharing-Praxen) .....	15
2.1.6 Versorgungssituation in Baden-Württemberg (Anzahl Einwohner pro Arzt) .....	15
2.2 Interviews zu ausgewählten Versorgungsbereichen .....	16
2.2.1 Hausarzt .....	16
2.2.2 Facharzt .....	18
2.2.3 Psychotherapeut .....	20
<b>3. Aktuelle Themen .....</b>	<b>23</b>
3.1 Mammographie-Screening .....	23
3.2 Interventionelle Radiologie .....	26
3.3 Qualitätsmanagement-Richtlinie .....	27
<b>4. Ausblick und Ziele 2007 .....</b>	<b>30</b>
<b>5. Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen .....</b>	<b>31</b>
5.1 Übersicht: Erteilte Genehmigungen 2006 im Vergleich zu 2005 .....	31
5.2 Beispiele für Qualitätssicherung .....	34
5.2.1 Darmspiegelung (Koloskopie) .....	34
5.2.2 Qualitätssicherung in der Radiologie .....	35
5.2.3 Gemeinsame Einrichtung zu den Disease Management Programmen (DMP) .....	36

<b>6. Qualitätszirkel und Fortbildung</b>	<b>37</b>
6.1 Qualitätszirkel	37
6.2 Fortbildung	40
<b>7. Service</b>	<b>41</b>
7.1 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV	41
7.2 Medizinprodukte und Hygiene	42
7.3 Patientenservice	44
7.3.1 Informationsservice für Ärzte und Patienten	44
7.3.2 Patiententelefon MedCall	45
<b>Anhang</b>	<b>46</b>
<b>A Organisation, Strukturen und Normen der Qualitätssicherung</b>	<b>47</b>
A.1 Zuständigkeiten und Organisation	47
A.1.1 Der Gemeinsame Bundesausschuss	48
A.1.2 Normen der Qualitätssicherung	48
A.2 Kommissionen der Qualitätssicherung	52
<b>B Arztstruktur</b>	<b>54</b>
<b>C Bereiche der Qualitätssicherung vertragsärztlicher Leistungen</b>	<b>56</b>
C.1 Ambulante Operationen	56
C.2 Apherese als extrakorporale Hämotherapieverfahren	58
C.3 Arthroskopische Untersuchungen	60
C.4 Blutreinigungsverfahren/Dialyse	61
C.5 Disease Management Programme	63
C.6 Herzschrittmacherkontrolle	70
C.7 Invasive Kardiologie	71
C.8 Kernspintomographie	74
C.9 Koloskopie	76
C.10 Künstliche Befruchtung	80
C.11 Laboratoriumsuntersuchungen	81

C.12 Langzeit-EKG-Untersuchung .....	83
C.13 Mammographie (kurativ) .....	85
C.14 Medizinische Rehabilitation .....	87
C.15 Onkologie-Vereinbarung .....	89
C.16 Otoakustische Emissionen.....	91
C.17 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund .....	92
C.18 Psychotherapie .....	94
C.19 Schlafbezogene Atmungsstörungen .....	96
C.20 Schmerztherapie .....	98
C.21 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung .....	100
C.22 Soziotherapie .....	101
C.23 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen .....	102
C.24 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin).....	103
C.25 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger .....	105
C.26 Ultraschalldiagnostik .....	107
C.27 Ultraschalluntersuchung der Säulingshüfte .....	110
C.28 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale.....	112
<b>D. Genehmigungen auf Grundlage des EBM .....</b>	<b>113</b>
D.1 Chirotherapie .....	113
D.2 Diabetischer Fuß.....	113
D.3 Funktionsstörung der Hand.....	113
D.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung .....	114
D.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau .....	114
D.6 Empfängnisregelung.....	114
D.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung .....	114
D.8 Physikalische Therapie .....	115
D.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin .....	116

**Anmerkung:**

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

# Entwicklung der genehmigungspflichtigen Leistungsbereiche 1989 – 2006

Qualitätssicherungsbereiche sind dann doppelt aufgeführt, wenn sich wesentliche Änderungen ergeben haben.

Jahr	Leistungsbereiche
1989	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kernspin</li> <li>• Labor-Spezial</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Röntgen</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
1992-1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amb. OP</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• LDL-Apherese</li> <li>• Onkologie</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Sozialpsychiatrie</li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
1995-1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lithotripsie</li> <li>• otoak. Emmissi.</li> <li>• phys.- med. Leist.</li> <li>• Stressechokard.</li> <li>• amb. OP</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• Kernspin</li> <li>• Labor-Spezial</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• LDL-Elimination</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Onkologie</li> <li>• otoak. Emmissi.</li> <li>• phys.- med. Leist.</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Röntgen</li> <li>• Schlafapnoe</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Sozialpsychiatrie</li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
1999-2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inv. Kardiologie</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Amb. OP</li> <li>• Kernspin-Mamma</li> <li>• amb. OP</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• Kernspin</li> <li>• Labor-Spezial</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• LDL-Elimination</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Onkologie</li> <li>• otoak. Emmissi.</li> <li>• phys.- med. Leist.</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Röntgen</li> <li>• Schlafapnoe</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Sozialpsychiatrie</li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
2002-2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apherese</li> <li>• DMP Brustkrebs</li> <li>• DMP DM2</li> <li>• DMP KHK</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Mammographie</li> <li>• Koloskopie</li> <li>• PDT</li> <li>• Soziotherapie</li> <li>• Substitution</li> <li>• amb. OP</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• inv. Kardiologie</li> <li>• Kernspin</li> <li>• Labor-Spezial</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• LDL-Elimination</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Onkologie</li> <li>• otoak. Emmissi.</li> <li>• phys.- med. Leist.</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Röntgen</li> <li>• Schlafapnoe</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Sozialpsychiatrie</li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DMP Asthma/COPD</li> <li>• DMP DM1</li> <li>• Mam.-Screening</li> <li>• Rehabilitation</li> <li>• amb. OP</li> <li>• Apherese</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• DMP Asthma/COPD</li> <li>• DMP Brustkrebs</li> <li>• DMP DM1</li> <li>• DMP DM2</li> <li>• DMP KHK</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• DMP DM2</li> <li>• DMP KHK</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• inv. Kardiologie</li> <li>• Kernspin</li> <li>• Koloskopie</li> <li>• Labor-Spezial</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Mam.-Screening</li> <li>• Onkologie</li> <li>• otoak. Emmissi.</li> <li>• PDT</li> <li>• Rehabilitation</li> <li>• phys.- med. Leist.</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Röntg./Mammo.</li> <li>• Schlafapnoe</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Sozialpsychiatrie</li> <li>• Soziotherapie</li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DMP DM2</li> <li>• Mammographie</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Ultraschall (Säuglingshüfte)</li> <li>• Schlafapnoe</li> <li>• amb. OP</li> <li>• Apherese</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• DMP Asthma/COPD</li> <li>• DMP Brustkrebs</li> <li>• DMP DM1</li> <li>• DMP DM2</li> <li>• DMP KHK</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• inv. Kardiologie</li> <li>• Kernspin</li> <li>• Koloskopie</li> <li>• Labor-Spezial</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Mam.-Screening</li> <li>• Onkologie</li> <li>• otoak. Emmissi.</li> <li>• PDT</li> <li>• Rehabilitation</li> <li>• phys.- med. Leist.</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Röntg./Mammo.</li> <li>• Schlafapnoe</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Sozialpsychiatrie</li> <li>• Soziotherapie</li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall</li> <li>• Zytologie</li> </ul>
2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akupunktur</li> <li>• Dialyse</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• Koloskopie</li> <li>• intervent. Radiologie</li> <li>• Mam.-Screening</li> <li>• PDT</li> <li>• RL Stichproben</li> <li>• amb. OP</li> <li>• Apherese</li> <li>• Arthroskopie</li> <li>• Dialyse</li> <li>• DMP Asthma/COPD</li> <li>• DMP Brustkrebs</li> <li>• DMP DM1</li> <li>• DMP DM2</li> <li>• DMP KHK</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• inv. Kardiologie</li> <li>• Kernspin</li> <li>• Koloskopie</li> <li>• Labor-Spezial</li> <li>• Langzeit-EKG</li> <li>• Lithotripsie</li> <li>• Mammographie</li> <li>• Mam.-Screening</li> <li>• Onkologie</li> <li>• otoak. Emmissi.</li> <li>• PDT</li> <li>• Rehabilitation</li> <li>• phys.- med. Leist.</li> <li>• Psychotherapie</li> <li>• Röntgen</li> <li>• Schlafapnoe</li> <li>• Schmerztherapie</li> <li>• Sozialpsychiatrie</li> <li>• Soziotherapie</li> <li>• Substitution</li> <li>• Ultraschall/SH</li> <li>• Zytologie</li> </ul>

Quelle: KVB

# 1. EINFÜHRUNG

## **Wie die Kassenärztlichen Vereinigungen für eine rundum gute medizinische Versorgung die Qualität sichern:**

Wer krank ist, erwartet schnelle und beste medizinische Hilfe. Doch wie gut ist die medizinische Versorgung in Deutschland heute? Was wird getan, um die Qualität weiter zu verbessern? Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen wie keine andere Berufsgruppe einer ständigen Qualitätsprüfung. Weder in der privatärztlichen Versorgung noch im Krankenhaus noch bei Verträgen, die Krankenkassen direkt mit Ärzten schließen, gibt es derzeit eine derart umfassende Qualitätssicherung wie im vertragsärztlichen Bereich. Die Ärzte und Psychotherapeuten sind die einzigen Professionen, die sich selbst einer Qualitätsprüfung unterziehen und diese auch selbst finanzieren.

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

## **Qualitätsindikator: Flächendeckende Versorgung und hohe Spezialisierung**

Die Zunahme von Qualitätsanforderungen führt seit einigen Jahren zu einer immer stärkeren Spezialisierung der ambulant tätigen Ärzte. Im Gegensatz zu früher bieten heute nicht mehr alle Mediziner das komplette Behandlungsangebot ihrer Fachgruppe an. So gibt es neben der hausärztlichen Versorgung auch im ambulanten Bereich ein flächendeckendes fachärztliches Versorgungsnetz sowie zahlreiche Schwerpunktpraxen, die sich auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen wie Diabetes, Krebs oder HIV/AIDS spezialisiert haben. Von diesen Angeboten profitieren nicht nur die Patienten: Durch die Vermeidung von Krankenhausbehandlungen werden die Krankenkassen finanziell entlastet. Denn trotz der hohen Quali-

tätsanforderungen ist eine ambulante Behandlung heute immer noch um ein Vielfaches preiswerter als eine Behandlung im Krankenhaus.

Die Sicherung, Förderung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie überprüfen die Leistungen, die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erbringen, fortlaufend auf ihre Qualität. Experten von Qualitätssicherungskommissionen begutachten gemeinsam mit den Fachleuten der KVen das ärztliche Tun. Ziel der Qualitätssicherung ist eine Patientenversorgung auf höchstem Niveau, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht.

Nur Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die die geforderten Qualitätsstandards erfüllen und nachweisen, dürfen diese Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen und abrechnen. Einer solchen Genehmigungs- und damit Prüfungspflicht unterliegen beispielsweise Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen, Untersuchungen und Behandlungen mit dem Herzkatheter, Darmspiegelungen, ambulante Operationen sowie die Behandlung von Diabetikern.

## **Aspekte von Qualität**

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

### **Strukturqualität**

Strukturqualität definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter. Sie wird darüber hinaus bestimmt durch die Räumlichkeiten und apparative Ausstattung der Praxis. Eine gute Struktur führt nicht automatisch zu guten Ergebnissen – aber sie ist die Basis dafür. Die Anforderungen sind in bundesweit geltenden Richtlinien und Vereinbarungen sowie in

Verträgen, die die KVen mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen. Selbstverständlich wird auch zum Beispiel durch Praxisbegehungen kontrolliert, ob die Räume und deren Ausstattung den Anforderungen genügen.

### 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, aber auch die Angemessenheit der ärztlichen Leistung. Ein Urteil über das „Wie“ der Behandlung ist oft schwieriger als die Bewertung der Struktur, wo Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und die Überwachung der Apparate und Räume ein einfacheres Urteil erlauben. Die Anforderungen an die Prozessqualität sind ebenfalls in den bundesweit geltenden Richtlinien und Vereinbarungen sowie in Verträgen, die die KVen mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, enthalten.

### Ergebnisqualität

Schwierigstes Kriterium zur Beurteilung der Güte von Behandlung ist die Ergebnisqualität. Sie umfasst die

Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie Verbesserung des Gesundheitszustandes, Heilung von Erkrankungen, Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden.

### Instrumente der Qualitätssicherung

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

### Einzelfallprüfung durch Stichproben/ Dokumentationsprüfung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität mehrerer Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Wie bei einer „Verkehrskontrolle“ werden jährlich mindestens vier Prozent der Ärzte – entsprechend der regionalen Regelungen – zu einer Überprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen herausgefiltert. Bei der Koloskopie, der Mammographie, der substituionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund ist die Kontrolle noch umfangreicher: Stichprobenartig werden dort die Patientendokumentationen ausgewählt, die die Ärzte einmal im Jahr zur Überprüfung einreichen müssen.

Ausgewählte Qualitätssicherungsbereiche	Anzahl der Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2006	Anzahl der geprüften Ärzte 2006
Ambulantes Operieren, einschl. Arthroskopie	3.613	439
Koloskopie	470	348
Mammographie	315	143
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	39	20
Radiologie/CT	3.042	220
Ultraschall	9.268	213



### **Frequenzregelungen**

Die Häufigkeit einer durchgeführten Leistung ist ein wesentlicher Qualitätsfaktor. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für Leistungen der Invasiven Kardiologie (zum Beispiel Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Koloskopien und kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen jährlich, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht erbracht, erlischt die Abrechnungsgenehmigung, und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

### **Rezertifizierung**

Ärzte, die Mammographien (Röntgenuntersuchungen der weiblichen Brust) durchführen, müssen sich alle zwei Jahre einer so genannten Selbstüberprüfung unterziehen. Dabei wird das fachliche Können kontrolliert. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für Kassenpatienten erbringen.

### **Kontinuierliche Fortbildung**

Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung enthalten auch viele bundeseinheitliche sowie regionale Verträge Vorgaben zur Fortbildung. Nur Vertragsärzte, die diesen Verpflichtungen nachkommen, dürfen daran teilnehmen. Dies sind beispielsweise folgende Verträge beziehungsweise Leistungen: Disease Management Programme, Schmerztherapievereinbarung, Onkologievereinbarung, Hausarztverträge.

### **Feedback-Systeme**

Durch die Bereitstellung von Feedback-Berichten ist ein Vergleich der Behandlungsqualität zwischen mehreren Praxen möglich. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet. Dieses „Rückmeldesystem“ hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedback-Systeme sind Teil der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP).

### **Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen**

Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind beim ambulanten Operieren und bei Koloskopien vorgeschrieben. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt einmal pro Kalenderhalbjahr durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

### **Qualitätsmanagement in der Praxis**

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 1. Januar 2004 sind alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten verpflichtet, in den nächsten Jahren ein praxisinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Ziel des Qualitätsmanagements ist es, Praxisabläufe nach fachlichen Standards und wissenschaftlichen Erkenntnissen effizienter zu gestalten. Das reicht von der Optimierung der Terminvergabe bis hin zur Erstellung und Überprüfung des Notfallplans. Damit hilft das praxisinterne Qualitätsmanagement, die bestehende Qualität ständig weiterzuentwickeln und ist ein zusätzlicher Garant dafür, dass medizinische Leistungen in hoher Qualität erbracht werden. Das QM sorgt dafür, dass alle Aktivitäten so stattfinden, wie sie geplant sind – eben das Richtige richtig zu machen. Das kommt den Praxismitarbeitern ebenso zugute wie den Patienten. In den regionalen Verträgen mit den Krankenkassen findet sich dies auch als Strukturqualität für die Teilnahme an Verträgen wieder.

### **Qualitätssicherungskommissionen**

Wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in ärztlicher Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständes mit einer professionellen Verwaltung. Die Kassenärztliche Vereinigung kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (zum Beispiel Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet

haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen.

Die Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen ist als qualitätssichernde Maßnahme institutionell verankert.

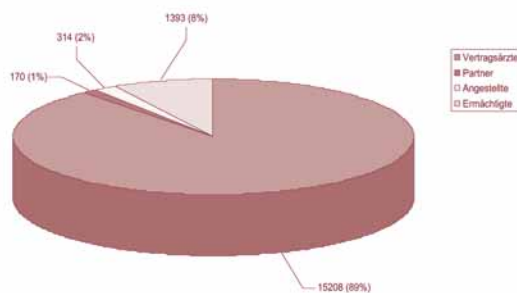
## 2. BERICHTE AUS DER VERSORGUNG

Das Gesundheitswesen in Deutschland bietet seiner Bevölkerung eine flächendeckende und qualifizierte Gesundheitsversorgung. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung bietet den Versicherten eine freie Arztwahl mit geringen Wartezeiten auf eine Versorgung im Krankheitsfall auf Facharztstandard. Dies bedeutet, dass jeder zugelassene Vertragsarzt über

eine abgeschlossene Weiterbildung für ein Fachgebiet verfügen muss. Darüber hinaus unterliegen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten einer umfassenden Fortbildungsverpflichtung nach Berufs- und Sozialversicherungsrecht (vgl. 6.2 auf Seite 40).

### 2.1 Zahlen und Fakten zur vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg

#### 2.1.1 Vertragsärztliche Versorgung nach Teilnahmestatus (31. Dezember 2006)



Total: 17.085  
Quelle: Bundesarztregister

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte untergliedern sich in niedergelassene Vertragsärzte, Jobsharingspartner (Ärzte mit Ausnahmezulassung), angestellte Ärzte und ermächtigte Ärzte (meist angestellte Krankenhausärzte). Die ermächtigten Krankenhausärzte nehmen in Ergänzung zu den niedergelassenen Vertragsärzten im Rahmen der Sicherstellung von zumeist speziellen Leistungen an der ambulanten ärztlichen Versorgung teil.

**2.1.2 An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte**

Arztgruppe	Vertrags- ärzte	Job- sharing- Partner	ange- stellte Ärzte	ermäch- tigte Ärzte	teilneh- mende Ärzte gesamt
Allgemeinärzte/Praktische Ärzte/Ärzte	5.590	25	125	20	5.760
Anästhesisten	323	3	13	148	487
Augenärzte	632	6	10	13	661
Chirurgen	436	77	11	256	710
Frauenärzte	1.208	24	33	131	1.396
HNO-Ärzte	451	2	8	22	483
Hautärzte	408	8	9	10	435
Internisten	2.246	26	23	362	2.657
Kinderärzte	757	20	35	86	898
Kinder- und Jugendpsychiater	88	0	1	14	103
Laborärzte	106	0	1	10	117
Lungenärzte	40	0	0	2	42
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	123	0	0	5	128
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	648	11	9	79	747
Neurochirurgen	45	0	1	8	54
Nuklearmediziner	45	0	0	9	54
Orthopäden	631	21	11	46	709
Pathologen	66	0	2	8	76
Ärztliche Psychotherapeuten	742	2	1	22	767
Radiologen/Diagnostische Radiologie	278	8	18	107	411
Urologen	290	7	3	28	328
Übrige Arztgruppen	55	0	0	7	62
<b>Summe Arztgruppen</b>	<b>15.208</b>	<b>170</b>	<b>314</b>	<b>1.393</b>	<b>17.085</b>

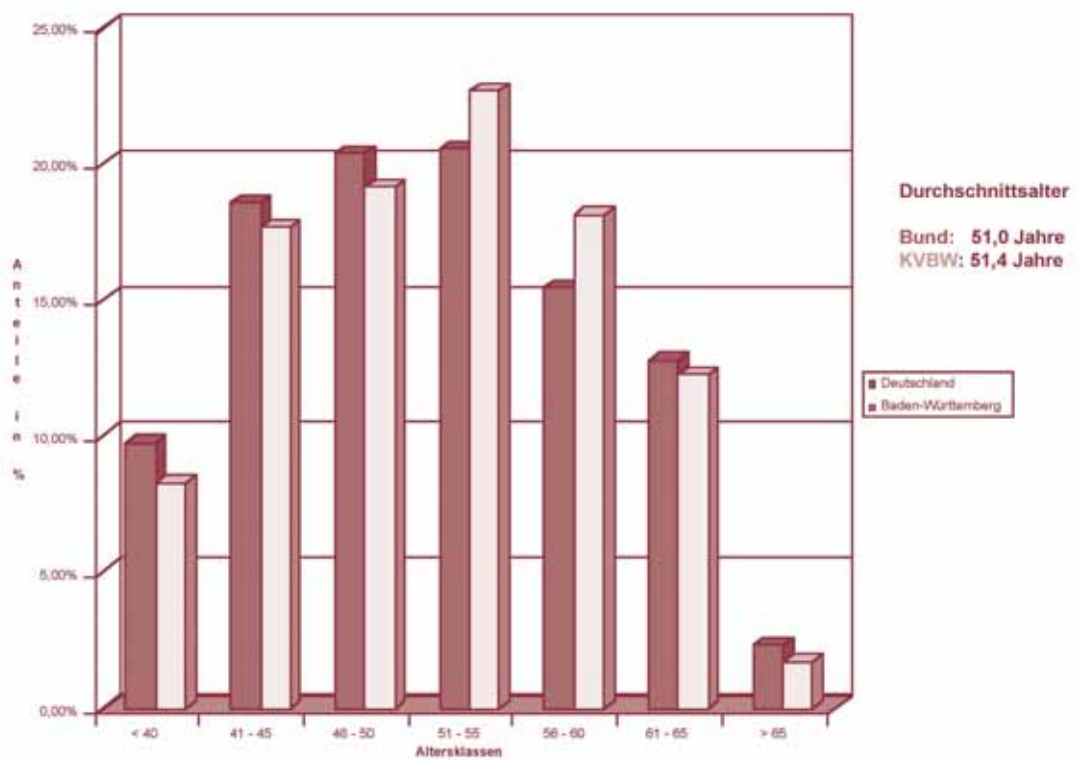
Quelle: Bundesarztregister; Stand 31. Dezember 2006

### 2.1.3 An der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeuten (PP)	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP)	PP + KJP (Doppelzulassung)	Gesamt
1.384	357	170	<b>1.911</b>

Stand 30. Juni 2006

### 2.1.4 Altersstruktur der Ärzte in Baden-Württemberg im Bundesvergleich



Quelle: KBV/Bundesarztregister, Stand 30. Juni 2006

### 2.1.5 Anteil der Ärzte in Gemeinschaftspraxen (einschließlich Jobsharing-Praxen)

	Anzahl Ärzte in Gemeinschaftspraxen		Anteil an allen Vertragsärzten		Veränderung zum Vorjahr	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005
BW	5.872	5.603	36,5%	35,2%	4,3%	5,1%
BRD	44.911	42.995	35,9%	34,5%	4,5%	6,1%

Quelle: Bundesarztregister, Stand 31. Dezember 2006

### 2.1.6 Versorgungssituation in Baden-Württemberg (Anzahl Einwohner pro Arzt)

	Fachärzte	Hausärzte	Psychotherapeuten
BD FR	1.574,1	1.437,3	3.294,4
BD KA	1.399,1	1.546,3	3.193,8
BD RT	1.585,7	1.512,9	3.640,5
BD ST	1.649,7	1.526,8	5.695,5

Stand 30. Juni 2006

## 2.2 Interviews zu ausgewählten Versorgungsbereichen

### 2.2.1 Hausarzt

Interview mit Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling, Facharzt für Allgemeinmedizin, Titisee-Neustadt

#### **Die Politik will den Hausarzt als Lotsen – die Schlagzeilen in den Medien warnen vor einem Ärztemangel: Wie schätzen Sie selbst als Hausarzt die Versorgungssituation ein?**

Seit gut 10 Jahren können wir beobachten, dass die Zahl der Allgemeinärzte/praktischen Ärzte stagniert, ja sogar rückläufig ist im Gegensatz zu der von Gebietsärzten. Wir haben es also in der ambulanten Versorgung nicht mit einem generellen Ärztemangel, sondern mit einem nicht bedarfsgerechten Verhältnis zwischen den fachärztlichen Disziplinen zu Lasten der „allgemeinmedizinischen Versorgung“ zu tun – so die Feststellung der von der Gesundheitsministerkonferenz 2003 eingesetzten Projektgruppe, die Ihren Bericht letztes Jahr vorgelegt hat. Ein paar zusätzliche statistische Zahlen machen das auch deutlich: Ende 2005 hatten wir in Deutschland etwas mehr als 42.000 Allgemeinärzte beziehungsweise Praktische Ärzte. Demgegenüber gab es zum gleichen Zeitpunkt über 75.000 Fachärzte. Das bedeutet ein Verhältnis von 36 Prozent an Hausärzten gegenüber 64 Prozent an Gebietsärzten. Gesundheitspolitisch und in der Bedarfsplanung gewünscht, sollte diese Relation von Hausärzten zu Fachärzten ja genau umgekehrt, nämlich 60 zu 40 betragen. Eine allmähliche Umkehr dieser angestrebten Relation ist seit 1990 zu beobachten.

Prognostisch wird sich die Situation der hausärztlichen Versorgung in den nächsten Jahren noch verschlechtern. Dafür verantwortlich ist die Altersstruktur der derzeit tätigen Kolleginnen und Kollegen mit einer größer werdenden Differenz von ermitteltem Bedarf und Abgangsquote von Hausärzten. Weiterhin sind zu nennen die abnehmende Zahl von sich in Allgemeinmedizin weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten, die in manchen Regionen deutlich abnehmenden Gebietsanerkennungen und schließlich die demografische Entwicklung und die damit ansteigende Morbiditätslast gerade in der allgemein-

medizinischen Versorgung. Derzeit noch nicht abschätzbar sind die möglichen Auswirkungen der Gesetzgebung beispielsweise mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, die Erweiterung der EU und deren Einflüsse vor allem in den Grenzregionen und die weitere Entwicklung in der Form der Praxisausübung, die ja von erheblicher Bedeutung für die zunehmende Zahl der Hausärztinnen sein wird.

Die zunehmenden Schwierigkeiten bei der Besetzung freier Hausarztstühle – bislang hauptsächlich ein Phänomen in strukturschwachen Regionen – werden, so ist zu befürchten, die in der Versorgung verbleibenden Hausärzte weiter belasten und zu einer Verschlechterung der Berufs- und Arbeitszufriedenheit führen. Dem entgegenzuwirken erfordert erhebliche Anstrengungen.

#### **Zum 1. Mai 2006 ist die neue Weiterbildungsordnung in Kraft getreten. Welche Änderungen hat diese für die Allgemeinmedizin gebracht?**

Das politische Ziel der neuen Weiterbildungsordnung war – neben der Flexibilisierung und Deregulierung – die Schaffung eines einheitlichen „Hausarztbildes“. Dazu waren im Vorfeld des 105. Deutschen Ärztetages in Rostock (2002) und dem darauf folgenden in Köln, auf dem mit großer Mehrheit der „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ aus der Taufe gehoben wurde, schmerzhaft Kompromisse notwendig. Bedeutete es doch die Abkehr vom bisherigen Allgemeinarzt, aber auch dem Internisten ohne Schwerpunkt. Während in Baden-Württemberg die Beschlüsse von Rostock und Köln umgesetzt wurden, waren fünf Landesärztekammern dem Votum des Deutschen Ärztetages nicht gefolgt.

Nun gab es auf dem diesjährigen 110. Deutschen Ärztetag in Münster, ich war dort Delegierter, eine

Abkehr von den Rostocker Beschlüssen zum einheitlichen Hausarzt. Der Facharzt für Innere Medizin („Allgemeininternist“) wurde, gegen die Stimmen der hausärztlichen Delegierten, mit großer Mehrheit wieder eingeführt. Ob die Bindung an die ausschließliche stationäre Tätigkeit dieses Allgemeininternisten rechtlich haltbar ist, inwieweit europarechtliche Belange und berufspolitische Rankünen eine Rolle spielten, darüber kann man trefflich streiten. In einer gemeinsamen Erklärung des Deutschen Hausärzteverbandes und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin wird formuliert, dass mit diesen Entschlüssen wieder der Weg zu einer Versorgung durch „zweierlei“ Hausärzte beschritten werde. Ich persönlich glaube, dass es damit jungen Kolleginnen und Kollegen sicher nicht einfacher gemacht wird, sich für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin zu entscheiden.

**Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit Fachärzten für Allgemeinmedizin ist es notwendig, die zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung benötigten Plätze in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte zur Verfügung zu stellen. Die KVBW bewilligt auf Antrag eine Förderung als finanziellen Zuschuss je Weiterbildungsstelle. Wie schätzen Sie dieses Förderprogramm ein?**

Ich begrüße dieses Initiativprogramm, mit dem Weiterbildungsabschnitte, die nach Weiterbildungsordnung anrechnungsfähig sind, finanziell gefördert werden, vorbehaltlos. Vielen Kolleginnen und Kollegen werden erst dadurch in die Lage versetzt, Ihre Praxen für die Weiterbildung des hausärztlichen Nachwuchses zu öffnen. Während die Ausschöpfungsquote des Förderprogrammes im ambulanten Bereich bundesweit kontinuierlich gestiegen ist, gibt es in der regionalen Ausschöpfungsquote erhebliche Variationen. Im ambulanten Bereich nehmen inzwischen 86 Prozent der Weiterzubildenden dieses Programm in Anspruch.

Zu wünschen ist, dass diese Initiative über das Jahresende hinaus fortgesetzt wird und mögliche bürokratische Hürden abgebaut werden (zum Beispiel bislang keine Förderung über das Alter von 35 Jahren hinaus – in meinen Augen eine klare Benachteiligung von Frauen, die auf Grund von Kindern ihre Weiterbildung unterbrechen mussten oder nur in Teilzeit absolvieren konnten).

Um es an dieser Stelle klar zu benennen:

- das Förderprogramm war und ist ein wichtiger Impuls für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung
- mit den derzeit real geförderten Weiterbildungsstellen wird der derzeitige Bedarf an Hausärzten nicht abgedeckt (ein Teil der Geförderten geht nicht in die hausärztliche Versorgung)
- weitere positive Anreize sind nötig, so die Schaffung von Weiterbildungsverbänden, Rotationsstellen an den Kliniken, die Etablierung geregelter Bereitschaftsdienste auch während der Woche und nicht zuletzt eine adäquate und leistungsgerechte finanzielle Vergütung unseres ärztlichen Nachwuchses.

**Sie sind Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin. Welche Aufgaben haben Sie in dieser Funktion?**

Als Leiter des Lehrbereiches Allgemeinmedizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg bin ich zusammen mit fünf weiteren Lehrbeauftragten verantwortlich für die Ausbildung der Medizinstudierenden im Fach Allgemeinmedizin. Wir werden dabei unterstützt von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern und 140 Kolleginnen und Kollegen, die ihre Praxen für den studentischen Unterricht zur Verfügung stellen. Diese besitzen den Status einer akademischen Lehrpraxis, haben einen Vertrag mit der Medizinischen Fakultät und tragen ganz wesentlich zum Erfolg unseres Lehrbereiches bei der studentischen Evaluation bei. Wir konnten uns in den beiden letzten Jahren im Spitzenbereich platzieren und haben dafür – neben der Anerkennung – auch zusätzliche Mittelzuweisungen erhalten. Dazu beigetragen hat auch die Unterstüt-



zung seitens der Medizinischen Fakultät, besonders in den letzten drei Jahren.

Mit der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2003 ist die Position der Allgemeinmedizin im Curriculum wesentlich gestärkt worden. Einer Anregung des Wissenschaftsrates folgend wurde die Allgemeinmedizin zu einem der Kernfächer der Ausbildung mit einem obligaten Blockpraktikum und der Aufnahme der Allgemeinmedizin als weiteres klinisch-praktisches Fachgebiet als drittes Tertial im Rahmen des Praktischen Jahres. Darüber hinaus sind wir auch in vorklinische Kurse wie Berufsfelderkundung und Einführung in die klinische Medizin, in den Kurs zur Vermittlung ärztlicher Basisfähigkeiten (dem früheren „Klopfkurs“) eingebunden und haben in diesem Jahr ein „Mentorenprogramm Hausarztmedizin“ gestartet, das bei den Studierenden auf große Zustimmung gestoßen ist und als innovative Lehrveranstaltung von

unserer Studienkommission den dritten Preis erhielt.

In den letzten Jahren hat sich unser Lehrbereich zunehmend in der Versorgungsforschung engagiert. Dabei kooperieren wir mit anderen Abteilungen unserer Universität oder der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen. Aktuell hatten wir Erfolg bei Ausschreibungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Dies ist für eine an der Hochschule nicht institutionalisierte Einrichtung ungewöhnlich und bedeutet weitere Stellen und wichtige Drittmittel, an denen auch wir im „Hochschulbetrieb“ gemessen werden.

Trotz all dieser sichtbaren und messbaren Erfolge bleibt unser Ziel die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an unserer Fakultät, wie es in Heidelberg und ansatzweise in Ulm bereits erfolgt ist. Tübingen und Freiburg müssen folgen!

### 2.2.2 Facharzt

Interview mit Dr. med. Uwe Deuster, Facharzt für innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Diabetologie, Heilbronn-Sontheim

**Als gastroenterologisch tätiger Facharzt führen Sie unter anderem auch Koloskopien durch. Welchen Qualitätsanforderungen beziehungsweise Qualitätssicherungs-Richtlinien unterliegen Sie hierbei?**

Die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen sind in der Koloskopie-Vereinbarung verankert. Neben dem Nachweis der fachlichen Befähigung sieht diese eine Frequenzregelung vor, wonach der Arzt innerhalb eines Jahres die Durchführung von mindestens 200 totalen Koloskopien und davon mindestens 10 mit Polypektomien nachweisen muss. Außerdem wird zur Sicherstellung der Hygienequalität einmal pro Kalenderhalbjahr eine hygienisch-mikrobiologische Überprüfung der Aufbereitung der Koloskope durch ein

von der KV anerkanntes und beauftragtes Hygieneinstitut vorgeschrieben. Die apparative Ausstattung hat sich am derzeitigen technischen Standard zu orientieren. Daher sind Videoendoskope vorgeschrieben, Glasfaserendoskope sind nicht mehr zulässig.

**Halten Sie derartige Qualitätsanforderungen beziehungsweise Qualitätssicherungs-Richtlinien für sinnvoll und notwendig?**

Neben den Kosten für die apparative Ausstattung und die Dokumentationssysteme sind zunehmend Kosten für die Hygienestandards und damit für die Geräteaufbereitung aufzuwenden. Dies ist sinnvoll nur mit einer entsprechenden Frequenz wirtschaftlich zu realisieren. Weiterhin ist die Qualität der Untersuchung für den Patienten, das heißt eine möglichst

geringe Belastung für den Patienten, eng mit der Erfahrung des Untersuchers korreliert. Daher befrühorte ich die derzeitigen Maßnahmen.

**Unterliegen die durchgeführten Koloskopien regelmäßigen Qualitätsprüfungen?**

Neben der Frequenzprüfung der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien wird eine Stichprobenprüfung der Befund- und Dokumentationsqualität durch ein mehrköpfiges Prüfungsgremium in jedem der vier Direktionsbereiche der KVBW durchgeführt.

**Wie muss man sich den Ablauf einer derartigen Stichprobenprüfung durch die KV vorstellen?**

Die KV fordert zur Stichprobenprüfung der totalen Koloskopie die schriftliche und bildliche Dokumentation von 20 mit der entsprechenden EBM-Ziffer abgerechneten Fällen beim Arzt an. Für die Prüfung der Polypektomie werden die schriftliche und bildliche Dokumentation von fünf abgerechneten Fällen angefordert. Hier ist zusätzlich der histologische Befund zur Prüfung einzureichen. Ergeben sich bei der Stichprobenprüfung durch die Koloskopie-Kommission Mängel, so wird dem Arzt Gelegenheit gegeben, diese zu beseitigen. Bei wiederholten Mängeln

kann die Koloskopie-Genehmigung widerrufen werden.

**Die präventive Koloskopie (Vorsorgekoloskopie) kann von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 56. Lebensjahr im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen werden. Wie beurteilen Sie die Inanspruchnahme dieser Vorsorgeleistung, wie sie sich aus den nachstehenden Erhebungen für den Landesqualitätsbericht in Baden-Württemberg ergibt?**

Während wir zur Einführung dieser Vorsorgemaßnahme zum 1. Oktober 2002 und in den Folgequartalen bis Ende 2003 einen regelrechten Boom mit teilweise mehrmonatigen Wartezeiten erlebten, schwächte sich die Nachfrage nach diesem Zeitraum deutlich ab. Heute wird nur noch etwa die Hälfte der Untersuchungen im Vergleich zum Zeitraum nach der Einführung der Vorsorgekoloskopie gemacht. Damit nehmen nur rund zwei bis drei Prozent der Anspruchsberechtigten das Angebot an. Ein Anstieg der Nachfragefrequenz ist jeweils im März und April eines Jahres zu verzeichnen. Dies ist der mit großem Aufwand betriebenen Kampagne „Darmkrebsmonat“ der Felix-Burda-Stiftung zuzuschreiben.

Vorsorgekoloskopien in Baden-Württemberg im Jahr 2005						
Geschlecht	Anzahl der dokumentierten Vorsorgekoloskopien	Teilnahme in % (55-74 Jahre)	Entfernung von Polypen	Kolonkarzinom	Rektumkarzinom	Aufgetretene Komplikationen in %
Frauen	94.957	8,8%	21,6%	0,4%	0,2%	0,2%
Männer	80.238	8,6%	33,1%	0,6%	0,3%	0,3%
Gesamt	175.195	8,7%	26,9%	0,5%	0,2%	0,2%

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln (2007)

**Was glauben Sie, wie die Inanspruchnahme der Vorsorgekoloskopie durch die Versicherten nachhaltig verbessert werden kann?**

In medizinischen Bereichen ist eine nachhaltige Verbesserung mit temporären oder saisonalen Maßnahmen nicht zu erreichen. Man muss das Problem mit dauerhafter Aufklärung und Information im Gedächtnis der Bevölkerung halten. Am Beispiel der HIV-Infektion kann man sehen, wie eine Bedrohung durch eine Krankheit wieder aus dem Bewusstsein und der Wahrnehmung durch die Bevölkerung verschwindet. Die Infektionsrate bei HIV ist in den vergangenen Monaten wieder dramatisch angestiegen.

Die Anspruchsberechtigten für eine Vorsorgekoloskopie repräsentieren eine Altersgruppe, die in der

Regel häufiger einen Arzt aufsucht als die Nicht-Anspruchsberechtigten. Diesen Umstand kann man sich zunutze machen, indem besonders Hausärzte, Gynäkologen und Urologen die Zielgruppe vermehrt und wiederholt auf die Problematik ansprechen und über die Gefahren des Darmkrebses informieren. Statistisch müssen 22 Personen angesprochen werden, damit eine Person sich zu einer Vorsorgedarmspiegelung entschließt. Hier müssen alle Leistungserbringer an einem Strang ziehen. Am Beispiel der DMP kann erlassen werden, welche Möglichkeiten die Krankenkassen haben, indem sie Patienten persönlich informieren. Ein persönliches Anschreiben an den jeweiligen Anspruchsberechtigten, das auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Vorsorgekoloskopie hinweist, könnte eine weitere Personengruppe mobilisieren.

### 2.2.3 Psychotherapeut

Interview mit Dipl.-Psychologen Jürgen Doebert, psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker, Reutlingen

**Wie wird die Qualität in der Psychotherapie sichergestellt?**

Bevor ein Therapeut psychotherapeutisch tätig werden darf, wird seine fachliche Qualifikation durch die KV geprüft. Diese Qualifikation erwirbt er an anerkannten Ausbildungsinstituten. Er macht zusätzlich zu seinem Grundberuf als Arzt, Diplompsychologe oder auch Pädagoge (bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie) eine aufwändige Aus- oder Weiterbildung. Die Anforderungen sind gesetzlich festgelegt beziehungsweise werden durch die Kammern vorgeschrieben. Erst nach Abschluss dieser Qualifizierung bekommt er von der KV die Erlaubnis, für die gesetzlichen Krankenkassen tätig zu werden.

**Wie kann denn ein Patient sicher sein, dass sein Therapeut die richtige Behandlung für ihn wählt und ihn richtig behandelt?**

Da der Patient immer bei der Behandlung völlig bewusst beteiligt ist und der Therapeut immer im Gespräch mit ihm darüber ist, was geschieht, ist die permanente Beurteilung und Rückmeldung durch den Patienten eine zentrale Qualitätssicherung im Prozess.

Langfristig mindestens ebenso wichtig wie die gute Ausbildung ist weiterhin die lebenslange Weiterentwicklung des Psychotherapeuten in der Praxis. Sie wird von den meisten Psychotherapeuten durch so

genannte Interventionsgruppen geleistet, in denen entweder kollegial oder mit einem externen Supervisor die Behandlungsfälle und -verläufe (natürlich ohne Nennung von Namen) bearbeitet werden. Ich selbst bin zum Beispiel in einer Gruppe von vier Kollegen, die sich 14-tägig für etwa drei Stunden trifft. Viele dieser Gruppen sind bei der KV auch als Qualitätszirkel gemeldet. In Baden-Württemberg gibt es 212 psychotherapeutische Qualitätszirkel. Auch als es noch keine gesetzliche Pflicht zur Fortbildung gab, galten die Psychotherapeuten als Berufsgruppe, die besonders stark den kollegialen Austausch bei Kongressen und Fachtagungen sucht. Dies ist verständlich, wenn man bedenkt, dass die tägliche Arbeit des Psychotherapeuten in der sehr individuellen Begegnung des einzelnen Psychotherapeuten mit seinem Patienten besteht.

**Die Psychotherapie-Richtlinien sowie die Psychotherapie-Vereinbarung sehen ein Gutachterverfahren vor. Welchen Zweck erfüllt dieses?**

Diese beiden Regelwerke gibt es seit 1967. Sie stellen weltweit einmalig sicher, dass psychische Krankheiten mit Psychotherapie behandelt werden können und unter welchen Bedingungen dies geschieht. Neben den oben genannten Anforderungen an die Qualifikation der Psychotherapeuten sehen sie auch das von Ihnen angesprochene Gutachterverfahren vor: Vor dem Beginn einer Psychotherapie oder vor der Verlängerung einer Behandlung muss der Psychotherapeut ausführlich begründen, warum er bei diesem bestimmten Patienten mit seiner Lebensgeschichte und seiner jetzigen Krankheit diese oder jene bestimmte Behandlung durchführen will. Die Gutachter, die auch Psychotherapeuten sind, erhalten diesen Bericht nur mit einer Chiffre-Nummer. Der Patient bleibt also anonym, und es wird ihm erspart, einem Arzt der Krankenkasse gegenüber noch einmal sein seelisches Leiden darzustellen. Viele Psychotherapeuten ärgert diese Sonderbehandlung psychischer Krankheiten. Sie sind überzeugt, dass im Gesundheitswesen viel Geld gespart werden könnte, wenn ein

solches Antragsverfahren auch bei anderen – teilweise wesentlich teureren – medizinischen Behandlungen existierte.

**Unter welchen Voraussetzungen können Therapeuten vom Gutachterverfahren befreit werden?**

Eine generelle Befreiung gibt es nicht, da über das Gutachterverfahren sichergestellt wird, dass nur indizierte und sinnvolle Behandlungen von der Kasse bezahlt werden. Es gibt lediglich eine Ausnahme für erfahrene Psychotherapeuten. Kann der Therapeut 35 im Gutachterverfahren genehmigte Therapien nachweisen, so kann er durch die KV von der Gutachterpflicht befreit werden, aber nur für die so genannte Kurzzeittherapie mit maximal 25 Sitzungen. Oft reicht ein solcher Therapieumfang. Da das Gutachterverfahren selbst auch Kosten und Arbeit bei Therapeut, Kassen und Gutachter verursacht, ist dies ein ökonomisch sinnvolles Vorgehen. Hat die Krankenkasse allerdings aus irgendeinem Grund Zweifel an einem solchen Kurzzeittherapie-Antrag, kann sie ihn jederzeit durch einen Gutachter prüfen lassen. Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn ein Therapeut in regelmäßigen Abständen für denselben Patienten immer wieder Kurzeitanträge stellt.

**Worin unterscheidet sich die Kurzzeittherapie von der Langzeittherapie?**

Eine Kurzzeittherapie kann mehrere Konzeptionen haben. Sie kann eine Krisenintervention sein, die eine aktuelle Krankheit behandelt, der aber später gegebenenfalls noch eine längere Behandlung folgen muss. Sie kann bei bestimmten Indikationen aber auch eine vollständige Behandlung sein, mit der die aktuelle Symptomatik erfolgreich behandelt wird. Außerdem kann aber eine Kurzzeittherapie auch dazu dienen, vor der Beantragung einer Langzeittherapie über einen längeren Zeitraum abzuklären, ob eine solche „größere“ Behandlung sinnvoll und notwendig ist. Das Gutachterverfahren mit seinem Zwang zum Schrei-

ben eines Berichts stellt strukturell sicher, dass sehr bewusst entschieden werden muss, ob eine Behandlung nach einer Kurzzeittherapie fortgesetzt wird.

Wie der Name schon sagt, ist eine Langzeittherapie eine Behandlung, die sich über einen längeren Zeitraum von ein bis drei Jahren, manchmal auch länger, hinziehen kann. Eine solche Behandlung ist immer dann indiziert, wenn eine seelische Krankheit schon über viele Jahre andauert und sich die seelischen Mechanismen schon so verfestigt haben, dass eine Veränderung Zeit braucht. Was viele Menschen meiner Erfahrung nach erst verstehen müssen, ist die Tatsache, dass auch beim festen bewussten Willen, sich zu verändern, eine Veränderung auch deswegen so schwer ist, weil jede Veränderung Ängste auslöst, da das gewohnte Unangenehme sich doch sicherer anfühlt als das ungewohnte und angestrebte Neue.

***Gesetzlich ist die Einführung von Qualitätsmanagement vorgeschrieben. Wird das die Qualität psychotherapeutischer Behandlungen verbessern?***

Zunächst wird es die Praxisorganisation der Psychotherapeuten verbessern. Dazu gehören Dinge, von denen der Patient nichts merkt: Der Datenschutz,

regelmäßige Datensicherung, sinnvolle Archivierung, Termin-Management in Bezug auf das Stellen von Anträgen und so weiter.

Umfassende QM-Systeme sind für die kleinen psychotherapeutischen Praxen mit maximal einer oder einem Angestellten überdimensioniert und erschaffen sinnlose Dokumentationen in Praxishandbüchern über Organisationsabläufe oder alljährliche Klärungsgespräche des Praxisinhabers mit sich selbst. Die Darstellung von Zahlen über durchgeführte Behandlungen wie bei Knie-Operationen ist für die Psychotherapie, in der es um hoch-individuelle Beurteilungen darüber geht, ob ein Patient einen Erfolg oder Misserfolg in der Behandlung sieht, und angesichts der kleinen Fallzahlen in der einzelnen Praxis wenig informativ. Hierfür sind große Forschungsprojekte mit vielen Patienten notwendig.

Die Anwendung von Behandlungsleitlinien ist im Bereich Psychotherapie nur als Hintergrundwissen des Psychotherapeuten sinnvoll. Jede schematische Umsetzung von Leitlinien wird vom Patienten gespürt und als unqualifiziert und der Individualität des eigenen Empfindens als nicht angemessen empfunden.

## 3. AKTUELLE THEMEN

### 3.1 Mammographie-Screening

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

Aus diesem Grunde hat der Deutsche Bundestag im Juni 2002 einstimmig gefordert, ein flächendeckendes Mammographie-Screening einzuführen. Im Januar 2004 sind die entsprechenden umfangreichen Richtlinien (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und BMV-Ä/EKV) zur Einführung des Screenings in die vertragsärztliche Versorgung in Kraft getreten. Demnach haben alle Frauen zwischen 50 bis 69 Jahre Anspruch auf eine

Mammographie-Screening-Untersuchung, sobald das Screening in ihrer Region angeboten wird. Alle Frauen dieser Altersgruppe werden dann regelmäßig im Abstand von zwei Jahren eingeladen.

Das Mammographie-Screening setzt neue Standards in Sachen Qualitätssicherung in der medizinischen Regelversorgung in Deutschland. Im Gegensatz zu zahlreichen Maßnahmen der Qualitätssicherung, die auf Strukturqualität abzielen, betrifft die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings alle Ebenen des Programms: die Einstiegsqualifikation ebenso wie die Prozess- und Ergebnisqualität. Somit handelt es sich bei der Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings nicht um eine statische Form, die das einmal gewählte Niveau zu erhalten sucht. Vielmehr strebt das Qualitätsmanagement im Mammographie-Screening eine kontinuierliche Verbesserung des gesamten Programms an.

#### **Zu den wichtigsten Aspekten der Qualitätssicherung gehören unter anderem:**

- eine tägliche Überprüfung aller eingesetzten Geräte
- spezielle Kurse und intensive Trainingsprogramme für alle radiologischen Fachkräfte und alle Screening-Ärzte
- vorgeschriebene Fallzahlen (beispielsweise müssen befundende Ärzte Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen pro Jahr beurteilen).
- obligatorische Doppelbefundung, das heißt jede Mammographie-Aufnahme wird von zwei speziell geschulten Ärzten unabhängig voneinander beurteilt. Weichen die Befunde voneinander ab, werden die Aufnahmen von einem dritten Arzt begutachtet.
- Konsensuskonferenzen, in denen Auffälligkeiten von mehreren Ärzten gemeinsam besprochen werden und das weitere Vorgehen abgestimmt wird
- multidisziplinäre Konferenzen und Teambesprechungen, deren Ergebnisse dokumentiert werden. Denn die Qualität des Screenings hängt nicht nur von der Qualifikation jedes einzelnen Arztes und jeder einzelnen Fachkraft und der Qualität der Geräte ab. Entscheidend ist auch eine gut organisierte Zusammenarbeit der Screening-Ärzte untereinander.
- externe medizinische und technische Qualitätskontrollen durch Referenzzentren
- eine laufende Programmdokumentation und -evaluation

Das Mammographie-Screening-Programm stellt an alle Mitwirkenden hohe Anforderungen – insbesondere was die Qualifikationen betrifft. Denn die Arbeitsschwerpunkte von Ärzten, die im Screening-Programm arbeiten, unterscheiden sich von denjenigen Ärzten, die kurativ mammographieren. Im Gegensatz zur kurativen Mammographie ist im Screening mit Verdachtsfällen bei wenigen Prozent der untersuchten Frauen zu rechnen. Auch ist eine andere Tumorstadienverteilung zu erwarten. Das Wissen um die zu erwartende Prävalenz erfordert ein anderes Vorgehen in der Interpretation von Screening-Aufnahmen. Im Screening-Programm befundende Ärzte müssen sich daher laufend fortbilden und pro Jahr Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen beurteilen. Nur so kann eine Routine in der Beurteilung von Screening-Aufnahmen gewährleistet werden, denn im Rahmen des Programms bekommt der Arzt bei 5.000 Frauen „nur“ 20 Karzinome zu sehen.

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

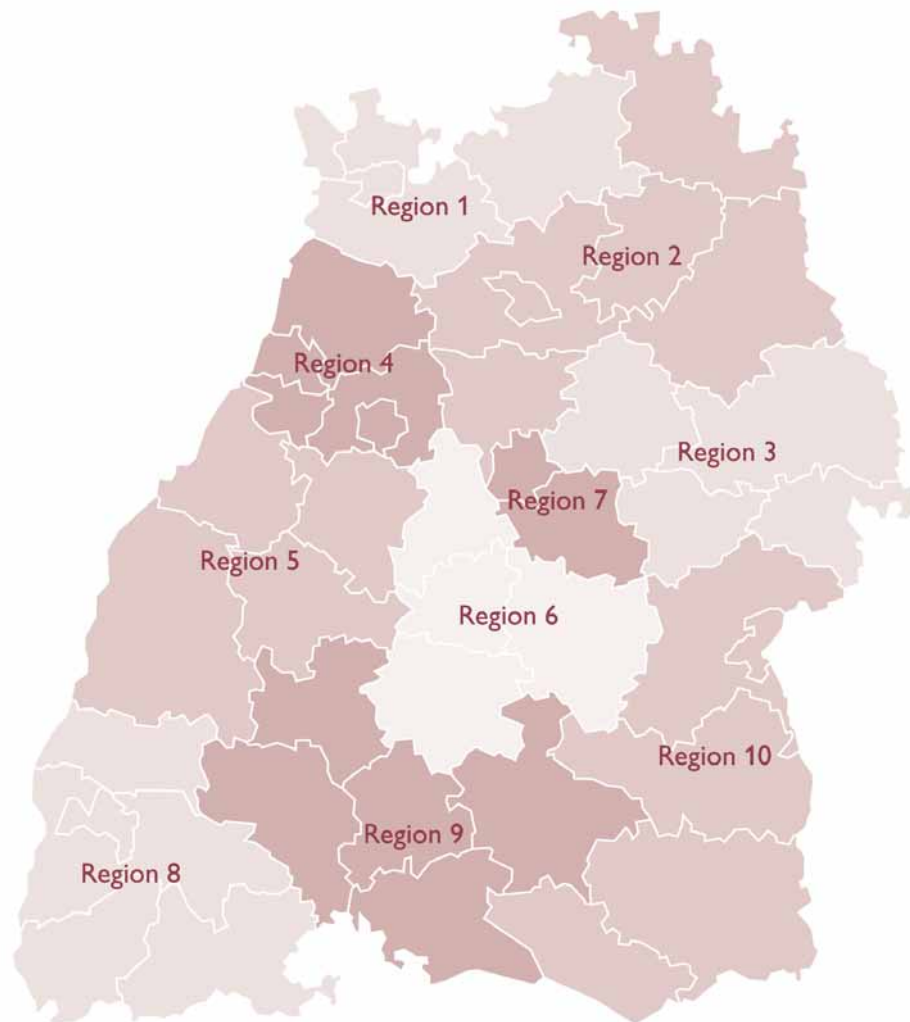
Auch für die am Programm teilnehmenden Pathologen gelten besondere Qualifikationsanforderungen. Sie müssen neben regelmäßigen speziellen Fortbildungsveranstaltungen eine geeignete Laborausstattung sowie jährliche Mindestfrequenzen von beurteilten Präparaten nachweisen.

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

Entsprechend den Vorgaben der Programmrichtlinien mussten Versorgungsregionen gebildet werden, in denen etwa jeweils eine Million Menschen leben (siehe nebenstehende Abbildung).

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

Für die Übernahme der Versorgungsaufträge wurde ein umfangreiches Bewerbungsverfahren durchgeführt. Die Versorgungsregionen wurden im Ärzteblatt Baden-Württemberg ausgeschrieben. Interessierte Ärzte (Radiologen oder Gynäkologen) mussten ein detailliertes Organisationskonzept vorlegen und erhielten Gelegenheit ihre Planungen vor einer dafür gegründeten Auswahlkommission zu erläutern. Erfreulicherweise ist es der ärztlichen Selbstverwaltung gelungen für jede Screening-Einheit geeignete Programmverantwortliche Ärzte zu finden.



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

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. Unter der kostenlosen Telefonnummer 0800-0006872 können Terminverschiebungen durchgeführt werden.

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

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



## 3.2 Interventionelle Radiologie

Zum 1. Juli 2006 wurde die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der diagnostischen Angiographie (röntgenologische Darstellung der Blutgefäße nach Injektion eines Röntgenkontrastmittels) und interventionellen Angiographie (mit zusätzlicher Veränderung des betroffenen Blutgefäßes) in der vertragsärztlichen Versorgung unter Genehmigungsvorbehalt gestellt.

Als Voraussetzungen zum Erhalt einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung diagnostischer Katheterangiographien müssen die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie, eine mindestens einjährige überwiegende Tätigkeit in der angiographischen Diagnostik sowie der Nachweis von mindestens 500 diagnostischen Gefäßdarstellungen oder therapeutischen Eingriffen am arteriellen Gefäßsystem unter Anleitung, wovon mindestens 250 kathetergestützt erbracht worden sein müssen, vorgelegt werden.

Zur Erlangung der Genehmigung zur Durchführung interventioneller Angiographien müssen über die Anforderungen bei den diagnostischen Katheterinterventionen hinaus die 250 kathetergestützten Angiographien mindestens 100 das Gefäß erweiternde und 25 das Gefäß verschließende Maßnahmen beinhalten.

Aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrades der Erbringung von angiographischen Leistungen bestehen überdies Anforderungen an die ärztliche Routine. Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von interventionellen Angiographien einen Nachweis über mindestens 100 Katheterangiographien, wovon mindestens 50 interventionell sein müssen, zu erbringen.

Hinsichtlich der apparativen Ausstattung der Röntgeneinrichtung gelten dieselben Anforderungen wie bei der Diagnostischen Radiologie: So müssen die Röntgen-Verordnung und die dazu erlassenen Richtlinien genauso beachtet werden wie die in der Anwendungsklasse IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie genannten Mindestanforderungen. Außerdem sind vorzuhalten: fachspezifisches Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten, Geräte zum EKG- und Blutdruckmonitoring, Pulsoxymeter, Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung, Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung sowie Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung.

Hinsichtlich der Praxisorganisation zur Durchführung von Angiographien und deren Nachbetreuung ist zu gewährleisten, dass während der Durchführung eine medizinische Fachkraft im Eingriffsraum anwesend ist und eine weitere medizinische Fachkraft unmittelbar zur Verfügung steht. Ferner muss ein weiterer Arzt mit Erfahrungen in der Notfallmedizin in der Einrichtung zur Verfügung stehen. Bei Feststellung des Erfordernisses einer chirurgischen Notfallintervention muss der Patient innerhalb von höchstens zwei Stunden einer stationären Einrichtung zur gefäßchirurgischen Versorgung zugeführt werden können. Während der nach diagnostischer und interventioneller Angiographie differenzierten Nachbetreuung von in der Regel vier beziehungsweise sechs Stunden Dauer müssen mindestens eine medizinische Fachkraft und ein Arzt mit jeweils spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen in der Nachbetreuung anwesend sein beziehungsweise in der Einrichtung zur Verfügung stehen. Ferner muss sichergestellt sein, dass innerhalb von 24 Stunden nach dem Eingriff ein Arzt, der über eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung verfügt, telefonisch für den Patienten erreichbar ist.

### 3.3 Qualitätsmanagement-Richtlinie

#### Ausgangssituation

Mit der Änderung des Sozialgesetzbuches V (SGBV) zum 1. Januar 2004 wurden in Paragraf 135a Abs. 2 Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und zugelassene Krankenhäuser verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Nach Paragraf 136a Abs. 1 SGBV ist es Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in einer Richtlinie festzulegen. Mit Verabschiedung der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ hat der G-BA diese Aufgabe erfüllt. Die QM-Richtlinie ist zum 1. Januar 2006 in Kraft getreten.

#### Ziele eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Konkretes Ziel eines einrichtungsinternen QM-Systems ist die kontinuierliche Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung, wobei der Patient stets im Mittelpunkt steht. QM soll aber auch die Arbeitszufriedenheit der Praxisleitung und deren Mitarbeiter

erhöhen. Wesentliche Bestandteile sind dabei eine konsequente Zielorientierung vor Einleitung spezifischer Maßnahmen sowie die systematische Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten.

#### Inhalte eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Sinne der Richtlinie orientiert sich an dem international gängigen Management-Schema der Planung (plan), Umsetzung (do), Prüfung (check) und Weiterentwicklung (act) zur Qualitätsverbesserung (PDCA-Zyklus).

Der Aufwand hat dabei in einem an Größe und Ausrichtung der Praxis angemessenen Verhältnis zu stehen. Ausgangspunkt für die Einführung ist die Selbstbewertung des Ist-Zustandes der Praxis. Nach der Identifikation von Bereichen, die von einer Weiterentwicklung profitieren können, und der Definition von Zielen, die mit der Weiterentwicklung erreicht werden sollen, wählt die Praxis die Grundelemente und Instrumente zur Umsetzung der Ziele aus. Die dafür nützlichen Bestandteile sind in der Richtlinie konkret benannt:

#### Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

##### 1. im Bereich „Patientenversorgung“

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

##### 2. im Bereich „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“

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

### Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

Es wurde darauf verzichtet, einzelne QM-Modelle (DIN EN ISO, QEP, KTQ usw.) zu benennen, die zur Einführung eines einrichtungsinternen QM geeignet sind. Die Richtlinie ist modelloffen, das heißt, es kann auch eine eigenständige QM-Systematik in der Praxis entwickelt werden. Eine Zertifizierung ist nicht vorgesehen. Auf eine Sanktionierung im Falle der Nicht-Einführung wird für den Zeitraum der nächsten fünf Jahre verzichtet.

#### Zeitraumen für die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Für die vollständige Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements ist ein angemessen langer Zeitraum von vier Jahren vorgesehen:

Ab Inkrafttreten der Richtlinie beziehungsweise bei Niederlassung nach dem 1. Januar 2006 sind bei der schrittweisen Einführung folgende Zeitspannen zu beachten:

1. Längstens nach zwei Jahren ist die Planungsphase abzuschließen.
2. Längstens nach weiteren zwei Jahren ist die Umsetzungsphase abzuschließen.
3. Längstens nach einem weiteren Jahr hat eine Selbstbewertung/Überprüfung durch die Praxis zu erfolgen.



### Überprüfung des Einführungsstands

Für diese Überprüfung und die daraus resultierende Berichterstattung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung beziehungsweise an den G-BA wird es ein zwischen allen Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmtes einheitliches Vorgehen geben. Um die Zielerreichung beziehungsweise die Fortschritte bei der Einführung des Qualitätsmanagements in der Praxis zu überprüfen, wird ab dem Jahr 2007 eine Stichprobenprüfung von mindestens 2,5 Prozent zufällig ausgewählten Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten durchgeführt. Im Rahmen der Stichprobe werden die Praxisinhaber gebeten, den erreichten Einführungs- und Entwicklungsstand schriftlich darzulegen.

Die Erhebung erfolgt mittels eines Fragebogens. Zur Unterstützung und Selbstbewertung, inwieweit die in der Richtlinie geforderten Grundelemente und Instrumente des Qualitätsmanagements umgesetzt sind, erhalten alle betroffenen Praxen darüber hinaus einen Selbstbewertungsbogen. Dieser ist nicht Inhalt der Stichprobe, es wird jedoch ausdrücklich um seine Rücksendung zusammen mit dem Fragebogen gebeten, um das erforderliche Beratungsangebot der KV zu QM spezifisch und bedarfsgerecht gestalten zu können.

### Qualitätsmanagement-Kommission

Die Einführung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen Versorgung wird von der Qualitätsmanagement-Kommission der KV Baden-Württemberg begleitet. Der QM-Kommission kommen dabei zwei wesentliche Aufgaben zu:

- Erhebung der jährlichen Stichprobe und
- kollegiale Beratung zur Einführung von QM.

Die QM-Kommission wurde Ende 2006 vom Vorstand der KV Baden-Württemberg eingerichtet. Ihr gehören vier Mitglieder und vier Stellvertreter an, die

auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements besonders erfahren sind. Darüber hinaus haben die Landesverbände der Krankenkassen einen Vertreter und einen Stellvertreter in diese Kommission entsandt. Die QM-Kommission hat nach ihrer Gründung ihr Selbstverständnis definiert: Im Vordergrund steht die kollegiale Beratung und Motivation, um die Praxen bei der Einführung und Umsetzung von QM zu unterstützen.

Um eine kontinuierliche Information des G-BA über den Stand der Einführung des einrichtungsinternen QM zu gewährleisten, wird die QM-Kommission jährlich einen strukturierten Bericht über die Ergebnisse der Stichprobe erstellen.

Nach ihrer Gründung wird die QM-Kommission, wie von der QM-Richtlinie vorgegeben, spätestens im fünften Quartal nach Inkrafttreten der Richtlinie – also bis zum 31. März 2007 – ihre Tätigkeit aufnehmen.

### Evaluation

Der G-BA wird über die Weiterentwicklung der Richtlinie nach Ablauf von fünf Jahren beraten.

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

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

## 4. AUSBLICK UND ZIELE 2007

Die KVBW ist aufgrund der Regelungen im SGB V zur Sicherung, Förderung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung verpflichtet.

Dies hat nicht nur zur Folge, dass allgemein verbindliche Richtlinien und Vereinbarungen der Qualitätssicherung umgesetzt werden müssen, sondern eröffnet auch die Chance durch regional gültige Vereinbarungen die Qualitätssicherung sinnvoll weiter zu entwickeln.

Die KVBW unterstützt daher die Überwindung einer überwiegend kostenorientierten Betrachtungsweise des Gesundheitssystems und befürwortet die Fokussierung auf eine an den Ergebnissen und an der Qualität ausgerichteten Versorgung. Im Dialog mit den Landesverbänden der Krankenkassen strebt die KVBW die Weiterentwicklung von Kriterien an, nach denen die Vergütung, soweit es sinnvoll und möglich erscheint, auch an Qualitätsindikatoren gekoppelt werden kann. Hier bieten sich entsprechende Modellversuche für Baden-Württemberg an.

Im Rahmen eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung initiierten Projektes soll ein Kernindikatorenset zur Beurteilung von Effizienz und Qualität der ambulanten Versorgung in Deutschland ermittelt werden. Dieses Set soll durch ein externes wissenschaftliches Institut in ausgewählten Praxen auf Aussagekraft, Praktikabilität und eine mögliche Honorarkopplung hin getestet werden. Hierbei ist die Teilnahme von baden-württembergischen Praxen wünschenswert.

Ebenso möchte sich die KVBW beim Aufbau weiterer Kompetenzzentren in der Qualitätssicherung federführend einbringen. Dies wird beispielsweise für das Gebiet „Hygiene in der Arztpraxis und Umsetzung des Medizinproduktegesetzes“ angestrebt.

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich wird der Einführung einer datenanalytisch gestützten Qualitätssicherung im Bereich der Dialyse zukommen. Erstmals werden neben Alter und Geschlecht systematisch Qualitätsindikatoren wie Höhe des Hämoglobinwertes im Blut und beispielsweise Frequenz und Dauer der Dialysebehandlungen erfasst und ausgewertet. Die Dialysevereinbarung ist daher ein gutes Beispiel für die verstärkte Kontrolle der Prozess- und Ergebnisqualität. Bei Auffälligkeiten soll durch Beratung mit entsprechenden Praxen gemeinsam ein Weg zur Qualitätsverbesserung gefunden werden.

Qualität und Leistungsfähigkeit eines medizinischen Versorgungssystems lassen sich auch daran messen, inwieweit das Leistungsspektrum veränderten Erkenntnissen und Anforderungen angepasst werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im September 2006 die Körperakupunktur grundsätzlich als Behandlungsmethode anerkannt, so dass im Jahre 2007 die Akupunktur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und/oder der Kniegelenke als zusätzliche Therapieoption in das Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung eingebracht wird.

## 5. QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGS-ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung unterliegen ein Großteil der vertragsärztlichen Leistungen zusätzlichen Qualitätskontrollen. Nur wer die festgelegten Qualifikationsvoraussetzungen beziehungsweise Qualitätskriterien erfüllt, erhält von der KV Baden-Württemberg die Erlaubnis, die entsprechenden Leistungen zu erbringen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu dürfen. Im Jahr 2006 hat der Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KV Baden-Württemberg 4.682 Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für genehmigungspflichtige Leistungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vereinbarungen beschieden, wovon

- 4.299 Abrechnungsgenehmigungen in 38 verschiedenen Leistungsbereichen erteilt wurden
- 163 ablehnende Bescheide erstellt werden mussten, weil die Ärzte die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt haben
- 53 mal eine Abrechnungsgenehmigung wegen Qualitätsmängeln beziehungsweise Wegfall der Qualifikationsvoraussetzungen widerrufen werden musste. Dies betraf 11 verschiedene Leistungsbereiche.

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

### 5.1 Erteilte Genehmigungen 2006 im Vergleich zu 2005

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Ambulante Operationen	234	212	0	9	201	568	3.613	3.667
Apheresen	4	10	0	1	0	0	77	77
Arthroskopie	30	28	3	0	1	4	413	397
Blutreinigungsverfahren/Dialyse	10	11	0	0	1	1	187	181
Herzschritmacherkontrolle	16	29	0	0	55	0	320	347
Invasive Kardiologie	13	7	0	0	1	0	58	48
Kernspintomographie	33	27	1	1	0	0	273	248
Koloskopie	26	35	0	0	28	29	470	474
Laboratoriumsuntersuchungen	93	240	8	15	20	31	2.077	2.109
Langzeit-EKG-Untersuchungen	109	149	0	7	2	28	2.640	2.318

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Mammographie (kurativ)	17	14	2	0	2	2	315	314
Medizinische Rehabilitation	483	1.942	0	0	0	0	4.656	4.223
Onkologie-Vereinbarung	51	32	1	3	7	17	523	487
Otoakustische Emissionen	20	44	0	3	0	0	357	347
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	3	7	2	1	2	2	39	39
Psychotherapie	848	677	28	18	0	16	3.504	3.389
Schlafbezogene Atmungsstörungen	55	121	1	2	0	0	246	189
Schmerztherapie	11	127	4	3	5	1	128	127
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	5	3	0	0	0	2	53	50
Soziotherapie	18	20	1	1	5	5	455	452
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	8	11	0	2	0	0	105	99
Strahlendiagnostik/-therapie								
• allg. Röntgen-diagnostik	179	158	4	7	1	62	2.706	2.557
• Computertomographie	41	21	3	1	0	9	336	315
• Osteodensitometrie	27	16	0	0	0	2	284	289
• Strahlentherapie	24	10	0	0	0	5	112	106
• Nuklearmedizin	17	10	0	0	0	10	243	239
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	13	18	0	2	5	7	360	361
Ultraschalldiagnostik	1.525	1.310	55	46	146	230	9.268	9.085

Qualitätssicherungsbereiche (bundesrechtliche Vereinbarungen)	erteilte Genehmigungen		Ablehnungen		Beendigungen		Anzahl Ärzte mit Genehmigung	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte	38	- *	0	- *	16	- *	926	903
Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitales	3	3	1	0	1	12	181	194
Genehmigungen auf Grundlage des EBM:								
• Chirotherapie	52	85	0	12	0	0	1.312	1.326
• Diabetischer Fuß	199	938	43	168	2	22	1.302	1.106
• Funktionsstörungen der Hand	28	355	0	39	0	2	380	355
• Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	6	272	1	463	0	20	376	272
• Krebsfrüherkennung bei der Frau	4	1.028	2	156	0	3	1.067	1.028
• Empfängnisregelung	4	860	3	695	0	21	1.124	886
• Neurophysiologische Übungsbehandlung	11 **	29	0	9	0	0	433 **	180
• Physikalische Therapie	41 **	55	0	16	0	0	585 **	823

\* Anzahl für 2005 nicht gesondert ermittelbar

\*\* Anzahl Bezirksdirektion Freiburg nicht ermittelbar



## 5.2 Beispiele für Qualitätssicherung

### 5.2.1 Darmspiegelung (Koloskopie)

Seit Oktober 2002 haben in Deutschland alle gesetzlich Krankenversicherten ab dem 56. Lebensjahr Anspruch auf eine Darmspiegelung (Koloskopie) zur Früherkennung von Darmkrebs. Bei dieser Vorsorgekoloskopie steht jedem gesetzlich Versicherten die komplette endoskopische Untersuchung des Dickdarms zu. Ergeben sich keine Auffälligkeiten, ist eine derartige Vorsorgeuntersuchung nach 10 Jahren erneut zulässig. Ergeben sich jedoch in der Zwischenzeit andere Befunde, die den Verdacht auf eine Darmerkrankung begründen, kann der Arzt jederzeit eine Untersuchung des Dickdarms veranlassen. Angehörige von Darmkrebs-Betroffenen sollten sich außerhalb der Vorsorge bereits früher untersuchen lassen. Auch diese Kosten übernimmt die Krankenkasse. Dabei müssen die untersuchenden Ärzte und Einrichtungen bestimmte Qualitäts- und Hygieneanforderungen erfüllen, die in regelmäßigen Abständen (mindestens einmal jährlich bezüglich Qualität und Häufigkeit der durchzuführenden Untersuchungen beziehungsweise kalenderhalbjährlich bezüglich der Hygienequalität der Koloskope) überprüft werden.

Mögliche Komplikationen während der Untersuchung sind sehr seltene Organverletzungen bis hin zur Perforation (es entsteht ein Loch in der Darmwand), die dann eine Operation erforderlich macht. Etwas häufiger treten Blutungen im Rahmen endoskopischer Maßnahmen wie zum Beispiel Polypenabtragungen auf. Diese Blutungen werden in aller Regel endoskopisch im Verlauf der gleichen Untersuchung gestillt.

Nur sehr selten kommt es zu einem Auftreten eines Darmkrebses ohne Ausbildung von Vorstufen. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle nimmt der Darmkrebs jedoch seinen Ausgang aus entsprechenden Vorstufen, den gutartigen Polypen. Hier spricht man von einer Adenom-Karzinom-Sequenz. In Abhängigkeit vom feingeweblichen Aufbau neigen die zunächst noch gutartigen Polypen ab einer bestimmten Größe zur Entwicklung von Zellveränderungen, die im weiteren Verlauf in den Darmkrebs überleiten. Daher ist es wichtig, Darmpolypen frühzeitig zu erkennen und abzutragen, um die Darmkrebsentstehung zu verhindern.

#### Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die auf Bundesebene abgeschlossene Koloskopie-Vereinbarung regelt die fachlichen und operativen Voraussetzungen, die für die Durchführung und Abrechnung einer Darmspiegelung einschließlich der gegebenenfalls erforderlichen operativen Entfernung von Polypen (Polypektomie) erfüllt sein müssen.

In Baden-Württemberg besitzen im Berichtsjahr (Stand 31. Dezember 2006) 470 Ärzte eine Genehmigung zur Durchführung von koloskopischen Leistungen. Davon haben 26 Ärzte die Genehmigung im Jahr 2006 neu erhalten.

Detaillierte Angaben über die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Koloskopie können im Anhang dem Kapitel C.9 ab Seite 76 entnommen werden.

## 5.2.2 Qualitätssicherung in der Radiologie

Die Grundlage für die Qualitätssicherung in der Radiologie bildet die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGBV. Daneben sind die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Strahlenschutz-, Röntgen- und Medizingeräteverordnung zu beachten.

### Maßnahmen der Qualitätssicherung

Darüber hinaus sind zum 1. August 2006 die neuen Richtlinien der KVBW zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall im Bereich der radiologischen Diagnostik nach Paragraf 136 Absatz 2 SGBV in Kraft getreten. Darin wurde unter anderem festgelegt, dass pro Quartal mindestens vier Prozent der abrechnenden Ärzte per Zufallsgenerator geprüft werden. Bei jedem zu prüfenden Arzt werden per Zufallsgenerator zwölf Patienten ermittelt, für die die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen angefordert werden.

### Kooperation mit der Ärztlichen Stelle der Landesärztekammer

Nachdem neben den Qualitätssicherungsmaßnahmen der KV Baden-Württemberg auch Qualitätskontrollen seitens der Ärztlichen Stelle bei der Lan-

desärztekammer im Rahmen der Überprüfung von Röntgeneinrichtungen gemäß der Röntgenverordnung vorgenommen werden, wurde zur Vermeidung von Doppelanforderungen im Jahre 2006 eine Kooperation eingegangen. Durch die gemeinsame Anforderung der Dokumentationen der radiologischen Diagnostik soll der Aufwand in den Arztpraxen möglichst gering gehalten werden. Eine paritätisch besetzte Kommission mit Mitgliedern der Ärztekammer und der KVBW überprüft anhand der eingereichten Unterlagen, ob die Anforderungen an die Qualität der röntgenologischen beziehungsweise computertomographischen Leistungen erfüllt sind.

In Baden-Württemberg besitzen im Berichtsjahr (Stand 31. Dezember 2006) 2.706 Ärzte eine Genehmigung zur Durchführung von röntgenologischen Leistungen und 336 Ärzte eine Genehmigung zur Durchführung von computertomographischen Leistungen. Davon haben 179 Ärzte beziehungsweise 41 Ärzte die Genehmigung im Jahr 2006 neu erhalten.

Detaillierte Angaben über die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Radiologie können im Anhang dem Kapitel C.24 ab Seite 103 entnommen werden.

### 5.2.3 Gemeinsame Einrichtung zu den Disease Management Programmen (DMP)

In Baden-Württemberg sind flächendeckend Disease Management Programme (DMP) für die Indikationen

- Brustkrebs
- Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie
- Koronare Herzkrankheiten

eingeführt worden. Im Jahr 2007 sind außerdem das DMP Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (DMP Asthma/COPD) gestartet. Zur Qualitätssicherung der DMP haben die KV Baden-Württemberg und die Krankenkassen/verbände sowie im DMP Brustkrebs die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) entsprechend der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) eine Gemeinsame Einrichtung (GE) gebildet. Deren wesentliche Aufgaben erstrecken sich auf den Versand der indikationsspezifischen Berichte an die an einem DMP teilnehmenden Vertragsärzte und die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Grundlage der Dokumentationsdaten.

Zur Erfüllung der Aufgaben wurde eine Geschäftsstelle am Sitz der GE eingerichtet. Während die Geschäftsstelle der GE beim DMP Brustkrebs ihren Sitz bei der BWKG hat, ist die Geschäftsstelle aller anderen DMP bei der KV Baden-Württemberg angesiedelt.

Im Jahr 2006 sind bereits vier indikationsspezifische Berichte zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 an die DMP-Ärzte verschickt worden. Aufgrund der

gesonderten DMP-Vereinbarungen für den AOK-Bereich einerseits und den Bereich der Ersatzkassen, Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Knappschaft andererseits, mussten jeweils zwei getrennte Feedbackberichte erstellt werden.

In Gesprächen mit den Kassenverbänden konnte aktuell erreicht werden, dass zukünftig alle indikationsspezifischen Berichte je DMP kassenartenübergreifend verschickt werden. Daraus resultiert, dass die an einem DMP teilnehmenden Ärzte nun halbjährlich je Indikation nur noch einen kassenartenübergreifenden Bericht erhalten werden.

Außerdem wird die Aussendung des Berichtes zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 ab dem Jahr 2007 in Kurzform erfolgen und damit für die Ärzte wesentlich übersichtlicher und einfacher zu interpretieren sein. Seitens der KBV wurde mitgeteilt, dass die weiteren Indikationen, wie zum Beispiel die DMP Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma/COPD zukünftig auch in Kurzform erstellt werden können.

Damit sind weitere Schritte eingeleitet worden, um die Papierflut in den Praxen zu reduzieren und insbesondere dem an einem Disease Management Programm teilnehmenden Arzt, die Interpretation seiner Rückmeldeberichte zu erleichtern.

Detaillierte Angaben zu den DMP können im Anhang dem Kapitel C.5 ab Seite 63 entnommen werden.

## 6. QUALITÄTSZIRKEL, FORTBILDUNG

### 6.1 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.

#### Qualitätszirkel arbeiten

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

Die KVBW misst der Qualitätszirkel-Arbeit eine zentrale Bedeutung für die Sicherung der Qualität in der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Baden-Württemberg bei. Vor diesem Hintergrund wird die Arbeit der Qualitätszirkel von

der KVBW finanziell gefördert. Im Jahr 2006 wurden für ganz Baden-Württemberg einheitliche QZ-Leitlinien<sup>1</sup> entwickelt, um für alle Qualitätszirkel eine einheitliche Basis zu schaffen und um Impulse für weitere Neugründungen zu geben.

#### Voraussetzungen für die Anerkennung eines Qualitätszirkels

- Mindestens fünf Teilnehmer;
- mindestens vier Sitzungen im Jahr;
- Leitung durch einen von der KVBW anerkannten Moderator

#### Förderung

75,00 € Aufwandsentschädigung für den Moderator pro Sitzung für vier bis sechs QZ-Sitzungen im Jahr

#### Fortbildungspunkte

Landesärztekammer beziehungsweise Landespsychotherapeutenkammer gewähren für Moderator und Teilnehmer der Qualitätszirkel Fortbildungspunkte nach vorheriger Anmeldung der QZ-Sitzungen

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

Die ersten Qualitätszirkel wurden in Deutschland Anfang der 90er Jahre gebildet. Bundesweit gibt es mittlerweile deutlich über 5.000 Qualitätszirkel. Die Zahlen für Baden-Württemberg sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Zum 31. Dezember 2006 bestanden in Baden-Württemberg insgesamt 612 aktive Qualitätszirkel, das

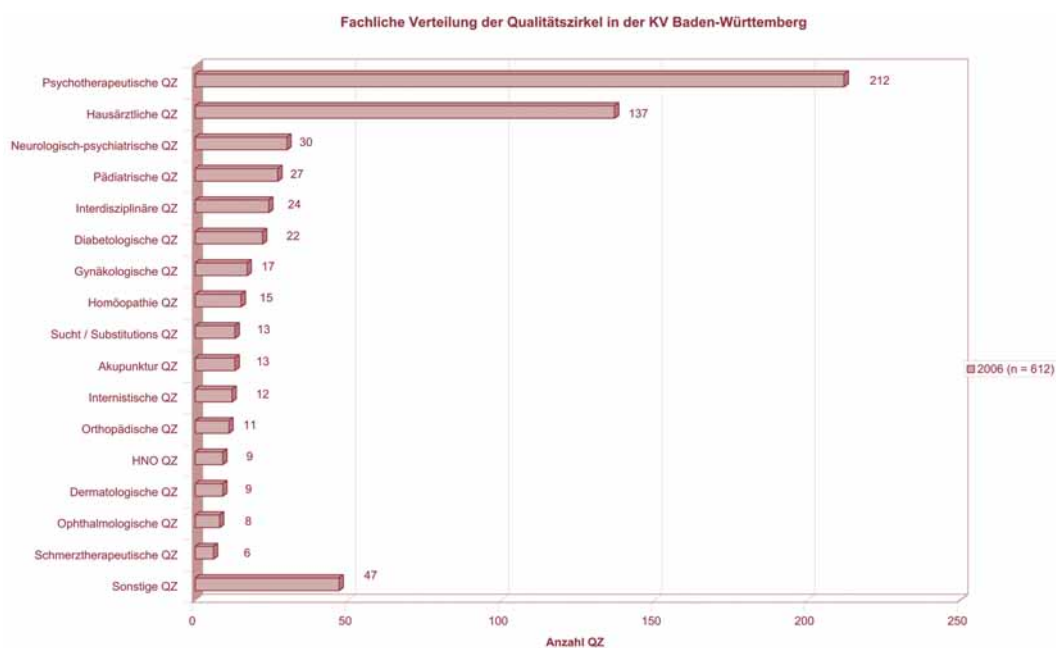
heißt Qualitätszirkel, die im Jahr 2006 regelmäßig (= mindestens vier mal) getagt und die zwischen 5–20 Teilnehmer (inklusive Moderator) hatten. Weitere 260 QZ trafen sich in unregelmäßigen Abständen. Eine Vielzahl von QZ arbeitet mit zwei Moderatoren, so dass im Jahr 2006 insgesamt 807 Moderatoren im Einsatz waren.

Region	Anzahl Qualitätszirkel
Regierungsbezirk Freiburg	150
Regierungsbezirk Karlsruhe	148
Regierungsbezirk Stuttgart	92
Regierungsbezirk Tübingen	222
<b>Gesamt Baden-Württemberg</b>	<b>612</b>

Anzahl von Qualitätszirkeln je Region in Baden-Württemberg 2006

Insgesamt gesehen ist das Qualitätszirkel-Netz in Baden-Württemberg bereits ziemlich engmaschig: Pro 1.000 zugelassene Vertragsärzte/Vertragspsycho-

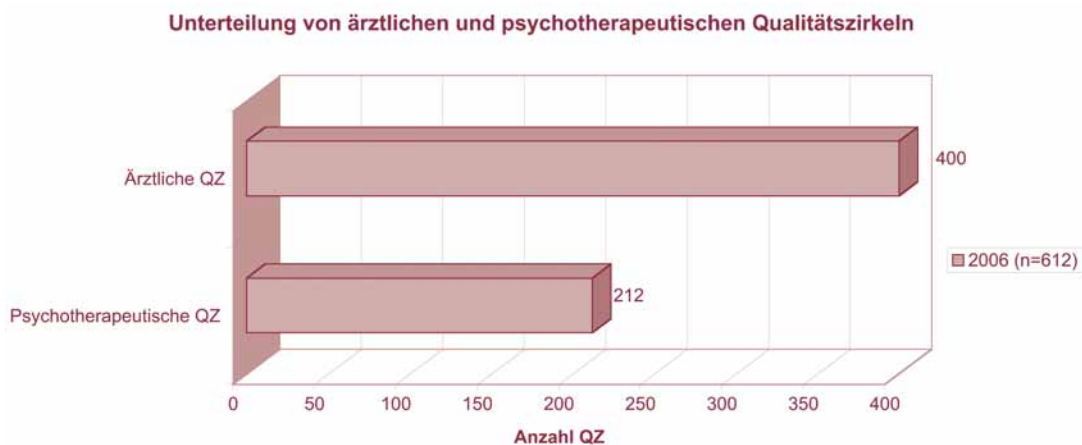
therapeuten gibt es rund 34 Qualitätszirkel. Die 612 aktiven QZ wiesen ein breites Spektrum auf. Einen Überblick hierzu bietet die folgende Abbildung.



Fachliche Verteilung der Qualitätszirkel in Baden-Württemberg 2006

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

Qualitätszirkel je Themengebiet haben. Werden die Qualitätszirkel in ärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel unterteilt, bietet sich folgendes Bild:



Unterteilung von ärztlichen und psychotherapeutischen Qualitätszirkeln in Baden-Württemberg 2006

39

Die 612 Qualitätszirkel setzen sich aus 65,4 Prozent ärztlichen und 34,6 Prozent psychotherapeutischen Qualitätszirkeln zusammen.

Die Management Akademie der KVBW (mak) hat im Jahr 2006 in mehreren Moderatorentrainings insgesamt 78 Moderatoren neu ausgebildet.

Im Jahr 2006 haben insgesamt 3.678 QZ-Sitzungen stattgefunden, an denen 32.013 Personen teilgenommen haben. Durchschnittlich haben demnach 8,7 Personen eine QZ-Sitzung besucht.

## 6.2 Fortbildung

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten unterliegen durch das Berufsrecht der Verpflichtung zu einer berufslebenslangen, regelmäßigen Fortbildung. Die konkreten Anforderungen regeln die Berufsordnungen der regionalen Kammern. Sie begründen damit eine wesentliche Säule der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurde mit Wirkung ab dem 1. Juli 2004 die Pflicht zur fachlichen Fortbildung und die Dokumentationspflicht der Fortbildungsaktivitäten für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten erstmals auch im Sozialrecht verankert. Die Zuständigkeit dafür weist der Gesetzgeber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu.

Für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bedeutet dies, dass ein Nachweis der Fortbildung gegenüber der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geführt werden muss. Erstmals wird dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist zum 30. Juni 2009 der Fall sein. Zur Regelung des Verfahrens hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer eine Fortbildungsregelung verabschiedet, die alle Modalitäten des Fortbildungsnachweises festschreibt. Grundlage des Nachweises ist das Fortbildungszertifikat der zuständigen Landeskammer. Für den Erhalt des Zertifikats müssen in einem Zeitraum von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte in verschiedenen Kategorien erworben werden. Hierzu gehören Fortbildungsveranstaltungen im klassischen Sinne und das Selbststudium ebenso, wie

die Teilnahme an moderierten Qualitätszirkeln oder die interaktive Online-Fortbildung. Näheres hierzu regelt die (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat, die vom 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen verabschiedet worden ist. Werden 250 Fortbildungspunkte nachgewiesen, stellt die Kammer ein Zertifikat aus.

Um mögliche Engpässe gegen Ende des am 30. Juni 2009 auslaufenden ersten Nachweiszeitraumes zu vermeiden ist es für die Ärzte oder Psychotherapeuten empfehlenswert, Fortbildungsangebote, die durch die Kammer anerkannt sein müssen, kontinuierlich wahrzunehmen und die dafür erhaltenen Bescheinigungen bei der zuständigen Kammer einzureichen. Nahezu alle Kammern führen für ihre Mitglieder Fortbildungskonten, auf denen die erworbenen Punkte gutgeschrieben werden. Das ermöglicht dem Vertragsarzt und dem Vertragspsychotherapeuten eine ständige Übersicht über seine Fortbildungsaktivitäten. Mögliche Fragen zu Inhalt und Umfang der Fortbildungsmaßnahmen können dort direkt geklärt werden.

In Baden-Württemberg existiert eine Kooperationsvereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Landesärztekammer, die die direkte Übermittlung der erworbenen Fortbildungspunkte an die KV gewährleistet.

Über die wichtigsten Fragen zur Fortbildungspflicht geben die Websites der KVBW unter [www.kvbawue.de/index.php?id=658](http://www.kvbawue.de/index.php?id=658) beziehungsweise der KBV unter [www.kbv.de/9930.html](http://www.kbv.de/9930.html) Auskunft.

## 7. SERVICE

In diesem Abschnitt finden Sie unter anderem Erläuterungen weiterer Angebote und Maßnahmen der

KV zur Sicherstellung einer hochwertigen vertragsärztlichen Versorgung.

### 7.1 Informations-/Fortbildungsveranstaltungen in der KV

Die KV Baden-Württemberg bietet ihren Mitgliedern und deren Mitarbeitern eine Vielzahl an Fortbildungen zu unterschiedlichsten Themen an. Die Fortbildungen reichen von Orientierungsseminaren für neue Vertragsärzte über Angebote zum Praxismarketing bis hin zu speziellen Kursen zum Beispiel auf dem Gebiet der Patientenschulungsprogramme für Diabetiker oder Basis- und Intensivkurse zum Thema Qualitätsmanagement. Die Nachfrage in der Ärzte-

schaft und bei den Praxismitarbeitern ist anhaltend groß – zum Teil werden auf Nachfrage zusätzliche Angebote gemacht.

Insgesamt hat die KV Baden-Württemberg im Jahr 2006 155 Fortbildungsveranstaltungen mit 2.963 Teilnehmenden durchgeführt. Die Resonanz auf die Fortbildungsangebote war durchgehend positiv.

Qualifikationskurse	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Schulung Diabetiker – ohne Insulin	16	240
Schulung Diabetiker – mit Insulin	8	101
Schulung Diabetiker – Normal Insulin	1	18
Hypertonie (ZI)	7	90
Hypertonie (HBSP)	2	39
Asthmatiker-Schulung	4	62
Rückenschule	4	41
Strahlenschutzkurs für Arzthelferinnen	5	93
Auffrischkurs zur Aktualisierung der Fachkunde nach Röntgenverordnung	2	129

Informationsveranstaltungen	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
DMP Brustkrebs	5	194
Diabetes	2	116



Management-Akademie (mak)	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmer
Qualitätsmanagement	33	660
Unternehmen Praxis	29	580
Telefontraining, Terminorganisation, Patientenumgang, Konfliktmanagement	20	460
EDV-Schulungen	17	140

## 7.2 Medizinprodukte und Hygiene

Eine Vielzahl von Gesetzen, Richtlinien, Normen, technischen Regeln und Vorschriften regelt den Umgang mit Medizinprodukten und die Einhaltung von Hygienestandards in der Arztpraxis und in eingeschränktem Maße in psychotherapeutischen Praxen. Je nach Rechtsgrundlage wird die Einhaltung der Bestimmungen durch Gesundheitsämter, Regierungspräsidien und Eichbehörden überprüft. Die Häufigkeit der Kontrollen und das Vorgehen variieren zurzeit je nach Bundesland. Tendenziell ist allerdings festzustellen, dass die Behörden in allen Bundesländern ihre Aktivitäten hinsichtlich der Überwachung der Praxen ausweiten.

Den Überblick über diese umfangreichen Regelungen zu behalten, ist für den einzelnen Praxisinhaber neben der Praxistätigkeit mittlerweile schwierig. Auch die rechtlichen Konsequenzen, die sich aus einer Nichteinhaltung ergeben können, wie die Einschränkung der Praxistätigkeit oder das Aussprechen eines Praxisverbots bis zur Verhängung einer Geldbuße sind in ihrer Tragweite nicht allen Praxisinhabern bekannt.

Darüber hinaus besteht von Seiten der Industrie und Dienstleistern ein großes Interesse, ihre Produkte und Dienstleistungen zu verkaufen mit dem Argument, dass diese durch veränderte Regelungen notwendig sind. Hier müssen die Praxisinhaber ebenfalls den Überblick behalten und abwägen, inwieweit dies zutreffend ist.

Aus diesen Gründen hat die KVBW in den letzten zwei Jahren vielfältige Aktivitäten entwickelt. Im Jahr 2006 hat die erste von vier Informationsveranstaltungen für Ärzte und Praxismitarbeiter stattgefunden, in der die rechtlichen und organisatorischen Anforderungen an die Aufbereitung dargestellt wurden.

Zur Auffrischung und Vertiefung der Hygienekenntnisse in den Praxen hat die Management Akademie der KVBW (mak) den Kurs „Alles sauber, oder was? – Hygiene in der Arztpraxis“ entwickelt und diesen erstmalig Ende des Jahres 2006 angeboten. In diesem Kurs werden die Inhalte eines Hygieneplans besprochen. Insgesamt haben im Jahr 2006 an drei Kursen 80 Ärzte und Praxismitarbeiter teilgenommen.

### Inhalte eines Hygieneplans:

- Händehygiene
- Hautantiseptik (Hautdesinfektion)
- Flächenreinigung und -desinfektion
- Reinigung/Desinfektion von medizinischen Geräten
- Aufbereitung von Medizinprodukten (Instrumenten)
- Schutzmaßnahmen
- Umgang mit Medikamenten
- Abfallentsorgung
- Hygienisch-mikrobiologische/-physikalische Routineuntersuchungen
- Erfassung/Meldung übertragbarer Krankheiten

Um den Praxen die Möglichkeit zu geben, die Sachkunde gemäß Paragraf 4 Abs. 3 Medizinprodukte-Betreiberverordnung nachzuweisen, wird die KVBW, als einzige KV bundesweit, in Kooperation mit der Abteilung Wissenstransfer der Universität Tübingen sowie dem Brandenburgischen Bildungswerk für

Medizin und Soziales e.V. ab 2007 Sachkundekurse zur Sterilgutaufbereitung für den niedergelassenen Bereich anbieten. Beide Fortbildungseinrichtungen sind bei der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung akkreditiert und arbeiten nach deren Curriculum.

### Inhalte des Sachkundekurses Sterilgutaufbereitung:

- Praxisrelevante rechtliche Rahmenbedingungen
- Grundlagen der Mikrobiologie
- Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
- Grundlagen der Desinfektion
- Dekontamination von Medizinprodukten
- Aufbereitung von Medizinprodukten
- Grundlagen der Sterilisation
- Verpackung und Lagerung
- Instrumentenkunde und -pflege
- Qualitätsmanagement

Darüber hinaus hat die KVBW eine Telefonhotline zum Thema Hygiene und Medizinprodukte eingerichtet, bei der auch unter anderem Informations-

materialien zu verschiedenen Themen angefordert werden können.

## 7.3 Patientenservice

### 7.3.1 Informationsservice für Ärzte und Patienten

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

Zurzeit stellt der **InfoService Gesundheit** unter anderem folgendes Informationsangebot bereit:

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

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

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

erreichbar:

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

Insgesamt wurde der InfoService Gesundheit bisher von rund 36.000 Anrufern in Anspruch genommen (Stand 31. Dezember 2006). Hinzu kommen regelmäßig eingehende schriftliche Anfragen per Brief, Fax und E-Mail.

Die in den vergangenen Jahren feststellbare kontinuierlich zunehmende Nutzung der Website hat sich auch im Jahr 2006 fortgesetzt. So war ein Zuwachs um rund 13.000 zusätzliche Besuche auf insgesamt 62.325 in diesem Jahr zu beobachten. Seit Veröffentlichung der Website, waren bis Ende 2006 insgesamt 223.232 Besuche (Visits) mit über 3,1 Mio. Seitenaufrufen (PageViews) zu verzeichnen.

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

### 7.3.2 Patiententelefon MedCall

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

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

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

Das Beratungsteam des Patiententelefon äußert sich nicht zu diagnostischen oder therapeutischen Fragestellungen im Einzelfall, sondern informiert ausschließlich über die von den Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten angebotenen Versorgungsstrukturen.

Grundlage für die qualifizierte Informationsweitergabe bilden unter anderem

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

Im Internet finden Sie den Patientenservice unter der Adresse [www.medcall.de](http://www.medcall.de).

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

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

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

# ANHANG

# A ORGANISATION, STRUKTUREN UND NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

## A.1 Zuständigkeiten und Organisation

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure. Einen Überblick über diese Komplexität gibt folgende Übersicht:

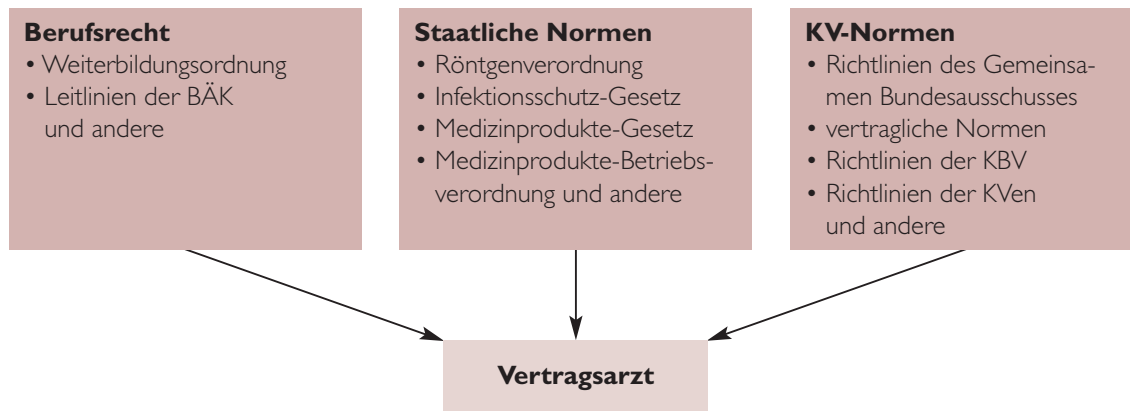


Abbildung: Schema der Normsetzungsbereiche

Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (zum Beispiel Eichordnung, Röntgenverordnung),
- der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärzttekammer und KV).

Der Vertragsarzt muss in seiner Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dabei hat er es nicht nur mit dem Ansprechpartner KV, sondern auch der Ärztekammer und staatlichen Einrichtungen zu tun.

Dies bedeutet umgekehrt, dass die KV nicht sämtliche den Vertragsarzt betreffenden Qualitätsnormen

vorgibt beziehungsweise deren Einhaltung überwacht, sondern nur die spezifisch vertraglichen Normen, die die gemeinsame Selbstverwaltung oder die ärztliche Selbstverwaltung vorgeben. Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend. Zwischen den Normen besteht ein Über- beziehungsweise Unterordnungsverhältnis:

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

### A.1.1 Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ersetzt nach den Regelungen der Paragraphen 91 ff. SGB V ab dem 1. Januar 2004 die bisherigen Normsetzungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Der G-BA ist das entscheidende, wichtigste Gremium für die Ausgestaltung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er besteht aus neun Vertretern der Leistungserbringer, neun Vertretern der Kassenseite sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Zur Stärkung der Kompetenz der Patientinnen und Patienten stellt der G-BA Informationen zu Krankheiten, die hohe soziale und volkswirtschaftliche Folgen verursachen und somit eine hohe Versorgungsrelevanz haben, zur Verfügung. Diese Informationen sind in einer allgemein verständlichen und für medizinische Laien nachvollziehbaren Form aufzuarbeiten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patientinnen und Patienten sowie die Beauftragte oder den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

geschaffen. Diese Regelungen finden sich in Paragraph 140f SGB V. Abs. 2 dahingehend geregelt, dass den Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten und den sie beratenden Organisationen im G-BA ein Mitspracherecht eingeräumt wird. Zur Wahrnehmung dieser Rechte benennen die Organisationen sachkundige Personen, die die notwendige Kompetenz mitbringen. Diese sachkundigen Personen sollen in den Gremien mit höchstens der Zahl vertreten sein, mit der auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesen Gremien vertreten sind. Diese für die Bundesebene geltende Regelung findet sich für die auf der Landesebene tätigen Gremien in Abs. 3. Betroffen sind hier insbesondere die Landesausschüsse sowie die Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse. Insgesamt sollen diese Regelungen die Patientensouveränität stärken. Die Versicherten sollen künftig stärker in die Entscheidungsprozesse der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Versorgung betreffen, eingebunden sein. Sie müssen von den Betroffenen zu Beteiligten werden.

### A.1.2 Normen der Qualitätssicherung

Gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der GKV bildet das Sozialgesetzbuch (SGB V). Daneben hat der Vertragsarzt noch weitere Gesetze beziehungsweise Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln.

#### **Wichtige Qualitätssicherungsparagraphen im SGB V (Stand 31. Dezember 2006):**

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

Dieser Paragraph gibt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung neben Wirtschaftlichkeit und Humanität auch die Verpflichtung für eine qualitativ gesicherte Versorgung vor:

##### **§ 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus**

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

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte und
3. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit.

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

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

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

Sollte die Überprüfung der oben genannten Kriterien ergeben, dass sie nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Nach Abs. 2 sind die Vertragspartner der Bundesmantelverträge verpflichtet, für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes,
- besondere Praxisausstattung und
- weitere Anforderungen an die Strukturqualität voraussetzen, einheitliche Qualifikationserfordernisse für Vertragsärzte zu vereinbaren.

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

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Paragraph 111a besteht, sind nach Maßgabe der Paragraphen 136a, 136b, 137 und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Diese Regelungen sind eingeführt worden, da von den positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements alle Leistungsbereiche profitieren sollen. Deshalb werden die Leistungserbringer erstmals auch verpflichtet, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern.

### **§ 136: Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen**

Schon die Überschrift trägt dem Anspruch Rechnung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu fördern haben und durch die Qualitätsprüfung das Ergebnis ihrer Bemühungen bewerten können. Kassenärztliche Vereinigungen haben Ziele der Qualitätssicherung festzulegen, um die Effektivität und Stringenz ihrer Maßnahmen zu gewährleisten. Die Resultate sind schriftlich festzuhalten und in allgemein verständlicher Form zugänglich zu machen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen, deren Ziele und Ergebnisse sind zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute Standard. Die KBV bemüht sich um eine Vereinheitlichung dieser Berichte, um daraus Qualitätsziele ableiten zu können. Diese Qualitätsberichte dienen der Förderung der Übersichtlichkeit der einzelnen Qualitätssicherungsmaß-



nahmen. Insbesondere für Versicherte soll dadurch die Tätigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Bereich deutlich gemacht werden.

Ebenso haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen. Dazu entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach Paragraph 92 SGB V Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie in Bezug auf Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung.

#### **§ 136a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung durch Richtlinien nach Paragraph 92 SGB V

- Maßnahmen der Qualitätssicherung nach Paragraph 135a Abs. 2,
- die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen.

Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien ist der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen,
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen,
- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten,
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierten Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten und

- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Es wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagen-spezifischer Besonderheiten

- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease Management Programmen
- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln
- Bürgerinformation zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung

Ziel dieser Regelung ist es, den Prozess der Fortentwicklung der medizinischen und pflegerischen Leistungen zu sichern und die kontinuierliche Einbe-

ziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine qualitativ gesicherte Leistungserbringung zu gewährleisten. Die Aufgabe der unabhängigen wissenschaftlichen Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistung obliegt häufig dem Institut. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick der wichtigsten Normen der Qualitätssicherung und die Zuständigkeit zur Regelung wieder:

Norm der Qualitätssicherung	Zuständig für die Erstellung
<b>§ 25 Gesundheitsuntersuchungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Früherkennungsleistungen, Festlegung unter Qualitätsgesichtspunkten von Mindestfrequenzen, bedarfsgerechter Festlegung von Planungsräumen (Qualifikation und räumliche Zuordnung)</li> </ul>	Partner der Bundesmantelverträge
<b>§ 115b Ambulantes Operieren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von Qualitätsanforderungen, Vereinbarung von Abschlägen bei mangelnder Qualität</li> </ul>	Dreiseitige Verträge KBV/DKG/Spitzenverbände KK
<b>§ 135 Abs. 2 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von Strukturanforderungen</li> <li>• Definition von sog. Kernleistungen</li> </ul>	Partner der Bundesmantelverträge
<b>§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung</li> <li>• Beteiligung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung</li> </ul>	G-BA
<b>§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichprobenprüfung</li> <li>• Qualitätsberichte</li> </ul>	G-BA, KVen
<b>§ 136a Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit von aufwändigen Leistungen</li> <li>• Definition von grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement</li> </ul>	G-BA
<b>§ 137b Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung</li> <li>• Regelmäßige Berichte</li> </ul>	G-BA
<b>§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DMP</li> <li>• Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP, einschließlich Qualitätssicherung</li> </ul>	G-BA

Norm der Qualitätssicherung	Zuständig für die Erstellung
<b>§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA</li> <li>• Bewertung evidenzbasierter Leitlinien</li> <li>• Empfehlung zu DMP</li> <li>• Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln</li> <li>• Bürgerinformationen</li> </ul>	Eigene Einrichtung

Normen der Qualitätssicherung mit Zuständigkeit für die Erstellung (Stand 31. Dezember 2006)

## A.2 Kommissionen der Qualitätssicherung

Die KV Baden-Württemberg kann zur Unterstützung ihrer Aufgaben für bestimmte Bereiche (z.B. Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin, Zytologie) Qualitätssicherungskommissionen einrichten. Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten

besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Kommissionen werden vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung berufen.

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

Kommissionen	Bezirksdirektion	Sitzungen im Jahr 2006
Ambulante Katarakt-OP	Gemeinsame Kommission	6
Ambulante Operationen	BD FR, BD KA, BD RT BD ST	2 Umlaufverfahren
Apheresen (nach § 5 der RL)	Gemeinsame Kommission	Umlaufverfahren
Arthroskopie	Gemeinsame Kommission der BD RT und BD ST BD FR, BD KA	8 Umlaufverfahren
Blutreinigungsverfahren (Dialyse)	Gemeinsame Kommission	Umlaufverfahren
Diabetes	Gemeinsame Kommission	2
Herzschrittmacher	BD FR, BD KA, BD RT	Umlaufverfahren
Invasive Kardiologie	Gemeinsame Kommission	Umlaufverfahren
Kernspintomographie	Gemeinsame Kommission	4

Kommissionen	Bezirksdirektion	Sitzungen im Jahr 2006
Koloskopie	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	10
Labor	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	12
Langzeit-EKG	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	3
Mammographie	BD FR, BD RT, BD KA, BD ST	14
Onkologie	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	8
Photodynamische Therapie	Gemeinsame Kommission	1
Polysomnographie	Gemeinsame Kommission	3
Psychotherapie	BD KA	Umlaufverfahren
Schmerztherapie	Gemeinsame Kommission der BD RT und BD ST BD FR, BD KA	2 4
Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	14
Substitution	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	24
Ultraschall	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	37
Zytologie	BD FR, BD KA, BD RT, BD ST	Umlaufverfahren

BD FR = Bezirksdirektion Freiburg  
BD KA = Bezirksdirektion Karlsruhe  
BD RT = Bezirksdirektion Reutlingen  
BD ST = Bezirksdirektion Stuttgart

## B ARZTSTRUKTUR

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

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

Arztgruppe	Vertrags- ärzte	Job- sharing- Partner	ange- stellte Ärzte	ermäch- tigte Ärzte	teilneh- mende Ärzte gesamt
<b>Chirurgie</b> davon:	<b>436</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>256</b>	<b>710</b>
• Gefäßchirurgie	32	1	0	64	97
• Kinderchirurgie	9	0	0	8	17
• Plastische Chirurgie	20	0	0	6	26
• Thoraxchirurgie	1	1	0	11	13
• Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	2	0	0	8	10
• Unfallchirurgie	224	3	4	136	367
• Visceralchirurgie	14	0	0	78	92
<b>Frauenheilkunde</b> davon:	<b>1.208</b>	<b>24</b>	<b>33</b>	<b>131</b>	<b>1.396</b>
• Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	2	0	0	1	3
• Gynäkologische Onkologie	3	0	0	2	5
• Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	1	0	0	1	2
<b>HNO-Heilkunde</b> davon:	<b>451</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>483</b>
• Phoniatrie	1	0	0	0	1
• Phoniatrie und Pädaudiologie	2	0	0	5	7

Arztgruppe	Vertrags- ärzte	Job- sharing- Partner	ange- stellte Ärzte	ermäch- tigte Ärzte	teilneh- mende Ärzte gesamt
<b>Innere Medizin</b> davon:	<b>2.246</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>362</b>	<b>2.657</b>
• Angiologie	39	0	2	27	68
• Endokrinologie	33	1	1	16	51
• Gastroenterologie	97	4	0	91	192
• Hämatologie	22	0	0	21	43
• Hämatologische und internistische Onkologie	76	0	0	52	128
• Infektiologie	0	0	0	1	1
• Kardiologie	205	5	0	85	295
• Nephrologie	134	4	3	19	160
• Pneumologie	71	1	2	24	98
• Rheumatologie	51	0	1	13	65
<b>Kinderheilkunde</b> davon:	<b>757</b>	<b>20</b>	<b>35</b>	<b>86</b>	<b>898</b>
• Kinderkardiologie	33	0	0	11	44
• Neonatologie	35	1	1	40	77
• Neuropädiatrie	5	0	0	2	7
<b>Orthopädie</b> davon:	<b>631</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>46</b>	<b>709</b>
Rheumatologie	52	4	0	15	71
<b>Radiologie/ Diagnostische Radiologie</b> davon:	<b>278</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>107</b>	<b>411</b>
• Kinderradiologie	1	0	0	4	5
• Neuroradiologie	14	3	0	9	26
• Strahlentherapie	4	0	0	7	11

Quelle: Bundesarztregister; Stand 31. Dezember 2006

# C BEREICHE DER QUALITÄTSSICHERUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung beruht auf sehr differenzierten Richtlinien und Vereinbarungen. Darüber hinaus sind die Normen ständigem Wandel unterworfen, und regelmäßig kommen neue Bereiche hinzu. Für Personen außerhalb der Qualitätssicherungsabteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ist dieses Detailwissen nur schwer zu erwerben und aktuell zu halten.

Aus diesem Grunde werden im Folgenden die in der KV Baden-Württemberg geltenden Regelungen zur

Qualitätssicherung detailliert wiedergegeben. Besondere Berücksichtigung finden in dieser Darstellung die Tätigkeit der Geschäftsstelle Qualitätssicherung und die Umsetzung des Sicherstellungsauftrages durch Angabe der gültigen Genehmigungen.

Die aktuellen Versionen aller geltenden Richtlinien sind im Wortlaut unter anderem auf der Homepage der KVBW unter [www.kvbawue.de/index.php?id=213](http://www.kvbawue.de/index.php?id=213) und der KBV unter [www.kbv.de/publikationen/rechtsquellen.htm](http://www.kbv.de/publikationen/rechtsquellen.htm) einzusehen.

## C.1 Ambulante Operationen

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, beim ambulanten Operieren und bei sonstigen stationersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß Paragraf 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGBV neu verabschiedet.

Ergänzend zu den Leistungen des Kapitels 31.2 des EBM (aufgeführt in der Anlage 1 zum Grundvertrag nach Paragraf 115b SGBV = Abschnitt 1) sind nunmehr auch Leistungen aus den arztgruppenspezifischen Kaptiteln des EBM (Abschnitte 2 und 3) den Regelungen zum ambulanten Operieren unterworfen.

Die Eingriffe gemäß Paragraf 115b SGBV gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes in:

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

Leistungen des Kataloges ambulantes Operieren sind grundsätzlich nach Facharztstandard zu erbringen. In einigen Fällen (zur Durchführung bestimmter Operationen) bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse nachzuweisen ist.

In Folge der Neugliederung der Eingriffe in vier Kategorien ergeben sich auch unterschiedliche Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung. Die baulichen, apparativ-technischen, hygienischen und personellen Voraussetzungen sind detailliert vorgeschrieben und mit den geeigneten Maßnahmen zu überprüfen, gegebenenfalls wird eine Praxisbegehung vereinbart.

## Ambulante Operationen

<b>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren</b>	gültig seit: 1. Oktober 1994 zuletzt geändert: 1. Oktober 2006	
Rechtsgrundlage	§ 8 des dreiseitigen Vertrages nach § 115 b SGBV zwischen den Spitzenverbänden der KK, der DKG und der KBV (vom 01.04.1993, zuletzt geändert 01.10.2006)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓*	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓	
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓**	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	3.613	3.667
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	234	221
• davon Genehmigungen	234	212
• davon Ablehnungen	0	9
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	201	568
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
• davon ohne Beanstandung	0	0
• davon mit Beanstandung	0	0
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben) **</b>		
Anzahl geprüfter Ärzte	439	281
• davon ohne Beanstandung	341	165
• davon mit leichten Beanstandungen	53	79
• davon mit schweren Beanstandungen	45	37
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	-	-
• davon bestanden	-	-
• davon nicht bestanden	-	-
Praxisbegehungen	-	-
• davon bestanden	-	-
• davon nicht bestanden	-	-

\* Erklärungsbogen

\*\* im Rahmen des Strukturvertrages zur Förderung ambulanter Operationen (Bezirksdirektion Freiburg)



## C.2 Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren

Diese Richtlinie regelt sowohl die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung von extrakorporalen Hämotherapieverfahren (LDL-Apherese und Immunapheresen) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als auch die Überprüfung und Genehmigung der Behandlungsindikation im Einzelfall. Die einzusetzende Fachkommission wurde mit Änderung der Richtlinie in 2003 um zwei fachkundige Mitglieder des Medizinischen Dienstes erweitert und prüft in jedem Fall, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung gegeben ist.

Für die in Paragraph 3 der Richtlinie genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, sodass Apheresen nur in Ausnahmefällen bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen.

LDL-Apheresen können nur durchgeführt werden bei Patienten

- mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung oder
- mit schwerer Hypercholesterinämie, bei denen grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medika-

mentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann.

Im Vordergrund der Abwägung der Indikationsstellung soll dabei das Gesamt-Risikoprofil des Patienten stehen.

Immunapheresen können nur angewandt werden bei aktiver rheumatoider Arthritis bei Patienten

- die auf eine mindestens sechsmonatige Behandlung mit mindestens drei Basistherapeutika (eines davon Methotrexat) in adäquater Dosierung und darüber hinaus auf die Behandlung mit Biologika (TNF-alpha-Inhibitoren und/oder Interleukin-1-Inhibitoren) nicht angesprochen haben
- oder bei denen eine Kontraindikation gegen diese Arzneimittel besteht.

Ein Behandlungszyklus umfasst bis zu zwölf Immunapheresen, jeweils im wöchentlichen Abstand. Eine Wiederholung des Behandlungszyklus soll nur erfolgen, wenn mit dem ersten Zyklus ein relevanter klinischer Erfolg erreicht wurde (dokumentiert anhand validierter Aktivitäts-Scores wie beispielsweise DAS-Score oder ACRScore), und bedarf einer erneuten Genehmigung.

## Apheresen als extrakorporale Hämotherapieverfahren

<b>Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage I, 1.: Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren</b>	gültig seit: 1. Januar 1991 zuletzt geändert: 9. Juli 2003	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGBV i.V.m. § 135 Abs. 2 SGBV (Blutreinigungsverfahren)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓ **	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓ *	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	77	77
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	4	10
• davon Genehmigungen	4	10
• davon Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
<b>LDL-Apherese</b>		
Anzahl Patienten	51	50
Anzahl beschiedene Anträge (neue Patienten)	6	11
• davon positives Votum der KV	2	4
• davon negatives Votum der KV	4	7
Anzahl beschiedener Anträge (Fortsetzung)	48	54
• davon positives Votum der KV	45	44
• davon negatives Votum der KV	3	10
<b>Apherese bei rheumatoider Arthritis</b>	im Jahr 2006	im Jahr 2005
Anzahl Patienten die mindestens einen Zyklus begonnen haben	2	12
Anzahl beschiedener Anträge	2	14
• davon positives Votum der KV	1	11
• davon negatives Votum der KV	1	3

\* Dokumentationsprüfungen im Rahmen der Patientenanträge

\*\* Genehmigung für Dialyse muss vorliegen

## C.3 Arthroskopische Untersuchungen

Die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist an eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Grundlage für die Genehmigungserteilung ist die Arthroskopieverein-

barung sowie zusätzlich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Ambulanten Operieren. Neben den dort geforderten Nachweisen muss der Arzt über eine besondere fachliche Weiterbildung verfügen.

### Arthroskopische Untersuchungen

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)</b>	gültig seit: 1. Oktober 1994	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓	
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓*	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	413	397
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	33	28
• davon Genehmigungen	30	28
• davon Ablehnungen	3	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	4
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
• davon ohne Beanstandung	0	0
• davon mit Beanstandung	0	0

Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)	31.12.2006	31.12.2005
Anzahl geprüfter Ärzte	25	27
• davon ohne Beanstandung	8	6
• davon mit geringen Beanstandungen	11	5
• davon mit erheblichen Beanstandungen	0	0
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	6	16
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0

\* Einzelfallprüfungen durch Stichproben 2006 nur in der Bezirksdirektion Stuttgart gemäß Arthroskopie-Ausführungsbestimmungen der ehemaligen KV Nord-Württemberg

## C.4 Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Mit der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren wird die Strukturqualität bei der Erbringung von Dialyse-Leistungen (Extrakorporale Blutreinigungsverfahren und Peritonealdialyse zur Behandlung der terminalen Niereninsuffizienz) in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“, „Zentralisierte Heimdialyse“ („Limited-Care“) und „Heimdialyse“.

Neben der fachlichen Befähigung des Arztes werden in dieser Vereinbarung die besonderen Voraussetzun-

gen an die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten geregelt. So ist zum Beispiel ein bestimmter Arzt-/Patientenschlüssel zu gewährleisten und die Kooperation mit den Transplantationszentren für erwachsene Patienten und Kinder nachzuweisen, außerdem ist eine patientenbezogene Dokumentation zu führen, welche auf Anforderung der KV in anonymisierter Form vorgelegt werden muss. Ergänzt werden diese Vereinbarungen ab dem 24. Juni 2006 um die Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse, mit der alle Ärzte verpflichtet werden, sich an einrichtungsübergreifenden – das heißt externen – Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung zu beteiligen.

## Blutreinigungsverfahren/Dialyse

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)</b>	gültig seit 1. Oktober 1997 zuletzt geändert 9. Mai 2003	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 i.V. mit Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓	
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Praxen (Versorgungsaufträge)	89	87
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	187	181
Anzahl beschiedener Anträge	10	16
• davon Genehmigungen	10	11
• davon Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0
• davon bestanden	2	0
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	1
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
<b>Patienten</b>		
Anzahl Patienten	8142	4.148 *)

\* Anzahl Patienten in den Bezirksdirektionen Reutlingen und Stuttgart nicht ermittelbar

## C.5 Disease Management Programme

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

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

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

- Evaluation der Wirksamkeit und der Kosten der Disease Management Programme

Zur dauerhaften Sicherstellung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme sollen von Beginn an regelmäßige Evaluationen der Programme beitragen. Mit den Evaluationen werden die Wirksamkeit und die Kosten der Programme bewertet. Die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt wird aufgrund der gesetzlichen Vorgaben immer nur befristet erteilt, im Regelfall für drei Jahre. Eine Verlängerung der Zulassung ist von einem erneuten Antrag und der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt abhängig.

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

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

## Disease Management Programme

4. RSAV	27.06.2002	Festlegung von Anforderungen für die Zulassung von Disease Management Programmen für Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b> und für Patientinnen mit <b>Brustkrebs</b>
6. RSAV	27.12.2002	Modifizierung der Dokumentation der Daten und Befunde von Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b>
7. RSAV	28.04.2003	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten <b>mit koronarer Herzkrankheit (KHK)</b>
9. RSAV	18.02.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten <b>mit Diabetes mellitus Typ 1</b> Neufassung der Anforderungen an die Dokumentation für <b>Diabetes mellitus Typ 2</b> und <b>KHK</b>
11. RSAV	22.12.2004	Festlegung von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer <b>chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)</b>
12. RSAV	15.08.2005	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patienten mit <b>Diabetes mellitus Typ 2</b>
13. RSAV	23.01.2006	Überarbeitung der Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für Patientinnen mit <b>Brustkrebs</b>

RSAV = Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

## Diabetes mellitus Typ 1

<b>Vertragsdaten</b>	
gültig seit:	1. Juli 2006
akkreditiert:	Akkreditierung noch ausstehend
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse
gültig seit:	1. Juli 2006
akkreditiert:	Akkreditierung noch ausstehend
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Knappschaft
gültig seit:	1. Oktober 2006
akkreditiert:	Nimmt nicht am RSA teil
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg
Vertragspartner	LKK
<b>Ärzte</b>	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2006	115
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	111
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	4
• darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	-
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte (IV. Quartal 2006)	nicht ermittelbar *
<b>Schulungen</b>	
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen, Stand 31.12.2006	115
• darunter Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1	109
• darunter Schulungen für Patienten mit Hypertonie	91
• andere	-
<b>Patienten</b>	
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	47

\* nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 identisch sind.



## Diabetes mellitus Typ 2

<b>Vertragsdaten</b>		
gültig seit:	1. Juli 2003	
akkreditiert:	2. März 2004 mit Wirkung ab 7. Juli 2003	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse	
gültig seit:	1. Oktober 2003	
akkreditiert:	BKK: 6. Oktober 2003, IKK: 1. Oktober 2003 VdAK/AEV: 24. Oktober 2003 Knappschaft: 8. Dezember 2003	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Knappschaft	
gültig seit:	1. Januar 2004	
akkreditiert:	Nimmt nicht am RSA teil	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	LKK	
<b>Ärzte</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.997	5.972
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.966	5.904
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt beziehungsweise diabetologische Schwerpunktpraxis	670	649
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte (IV. Quartal 2006)	nicht ermittelbar *	3.146
<b>Patienten</b>		
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	193.868	176.000

\* nicht ermittelbar, da die Abrechnungsnummern zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1 seit 1.07.2007 identisch sind.

## Brustkrebs

<b>Vertragsdaten</b>		
gültig seit:	1. Juli 2004	
akkreditiert:	11. Januar 2005	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse	
gültig seit:	1. Juli 2004	
akkreditiert:	BKK: 9. Dezember 2004 IKK: 9. Dezember 2004 VdAK/AEV: 1. Dezember 2004 Knappschaft: 3. Februar 2005	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Knappschaft	
gültig seit:	1. Juli 2004	
akkreditiert:	Nimmt nicht am RSA teil	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	LKK	
<b>Ärzte</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	1.375	1.320
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	1.375	987
	IV. Quartal 2006	IV. Quartal 2005
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte	533	287
<b>Patienten</b>		
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	5.308	3.250

## Koronare Herzerkrankung

<b>Vertragsdaten</b>		
gültig seit:	1. Juli 2004	
akkreditiert:	11. Januar 2005	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	AOK, Seekrankenkasse	
gültig seit:	1. Juli 2004	
akkreditiert:	BKK: 11. Oktober 2005 IKK: 19. Oktober 2005 VdAK/AEV: 6. Oktober 2005 Knappschaft: 6. März 2006	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	BKK, IKK, VdAK/AEV, Knappschaft	
gültig seit:	1. Oktober 2005	
akkreditiert:	Nimmt nicht am RSA teil	
Gültigkeitsbereich	KV Baden-Württemberg	
Vertragspartner	LKK	
<b>Ärzte</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	4.019	3.518
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	3.915	3.429
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	160	145
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	38	34
	IV. Quartal 2006	IV. Quartal 2005
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmender Ärzte	2.462	1.871
<b>Patienten</b>		
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms)	29.250	2.600

## Asthma bronchiale/Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

In Baden-Württemberg existierte im Jahr 2006 noch kein DMP Asthma/COPD, sondern ein Vertrag zur Integrierten Versorgung, begrenzt auf die Bezirke Karlsruhe und Reutlingen.

<b>Vertragsdaten</b>		
gültig seit:	BD KA: 1. Juli 2005	
akkreditiert:	-	
Gültigkeitsbereich	Bezirksdirektion Karlsruhe	
Vertragspartner	BEK, DAK, GEK, HaMü, HEK, HZK, KKH, TK	
gültig seit:	BD RT: 1. Juli 2004	
akkreditiert:	-	
Gültigkeitsbereich	Bezirksdirektion Reutlingen (GNS = Gesundheitsnetz Süd)	
Vertragspartner	BEK, DAK, GEK, HaMü, HEK, HZK, KKH, TK	
<b>Ärzte</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	205	151
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	179	129
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	27	12
	IV. Quartal 2006	IV. Quartal 2005
Anzahl abrechnender = aktiv teilnehmende Ärzte	27	18
<b>Schulungen</b>		
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung zur Durchführung von Patientenschulungen	89	81
• darunter Schulungen für Kinder und Jugendliche	BD Karlsruhe: 2 BD Reutlingen: nicht abfragbar	0 0
• darunter Schulungen für Erwachsene	BD Karlsruhe: 36 BD Reutlingen: nicht abfragbar	BD Karlsruhe: 6
• andere	-	-
<b>Patienten</b>		
Anzahl eingeschriebener Patienten (Angabe nach Anzahl abgerechneter gültiger Erstdokumentationen seit Beginn des Programms), Stand 31. Dezember 2006	nicht abfragbar	nicht abfragbar

## C.6 Herzschrittmacherkontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie die benötigte persönliche Qualifikation erfüllen sowie die entsprechenden apparativen Voraussetzungen besitzen. Diese Qualifikation konnte bis zum 31. März 2005 in zwei Stufen erworben werden. Die erste betrifft die Überprüfung der Reizbeantwortung und -wahrnehmung sowie die Beurteilung der Batteriekapazität, die zweite die komplette Funktionsanalyse der programmierbaren Parameter;

gegebenenfalls einschließlich Umprogrammierung und – falls vorhanden – telemetrischer Abfragen. Mit der Einführung des neuen EBM zum 1. April 2005 gibt es nur noch die Genehmigung für die komplette Herzschrittmacherkontrolle. Damit können Ärzte, die nur über die Genehmigung der ersten Stufe verfügen, die entsprechenden Leistungen nicht mehr abrechnen.

Die Qualitätssicherungsrichtlinie zur Herzschrittmacherkontrolle wurde daraufhin angepasst und ist zum 1. April 2006 in Kraft getreten.

### Herzschrittmacherkontrolle

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung von Untersuchungen zur Herzschrittmacherkontrolle</b>	gültig seit 1. April 1992 zuletzt geändert 1. April 2006	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓	
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des <b>Batterie-zustandes und zur Funktionsanalyse</b> (Nr. B 2 der RL)	320	347
Anzahl beschiedener Anträge	16	32
• davon Genehmigungen	16	29
• davon Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestandene	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	33	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	12	0

## C.7 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. Die Vereinbarung 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.

### Invasive Kardiologie

<b>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie)</b>	gültig seit 1. Oktober 1999			
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGBV (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)			
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓			
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓			
<b>Frequenzregelung</b>	✓			
<b>Rezertifizierung</b>				
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓			
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>				
<b>obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel</b>				
<b>Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)</b>				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung am	01.01.2006	31.12.2006	01.01.2005	31.12.2005
	16	17	12	12
	<b>2006</b>		<b>2005</b>	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§7 Abs. 2 Nr. 3)
	2	0	1	0
• davon Genehmigungen	2	0	1	0
• davon Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
• davon bestanden	0		0	
• davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
• davon ohne Beanstandungen	0		0	
• davon mit Beanstandungen	0		0	

<b>Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 2)</b>							
	<b>2006</b>				<b>2005</b>		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen...	Nichterreichen Mindestzahl 0	sonstiger Gründe 0		Nichterreichen Mindestzahl 0	sonstiger Gründe 0		
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz <b>und</b> alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0				0		
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0				0		
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)		<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	2006	4	2	2	0	3	2
	2005	3	1	3	1	2	0
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben*)							
	2006	2	1	2	-	-	-
	2005	3	0	3	-	-	-

<b>Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen (gem. § 7 Abs. 1)</b>				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	01.01.2006	31.12.2006	01.01.2005	31.12.2005
	30	32	31	36
	<b>2006</b>		<b>2005</b>	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§7 Abs. 2 Nr. 3)	neu	erneut (§7 Abs. 2 Nr. 3)
	3	8	6	0
• davon Genehmigungen	3	8	6	0
- davon Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
• davon bestanden	0		0	
• davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
• davon ohne Beanstandungen	0		0	
• davon mit Beanstandungen	0		0	

**Genehmigungen ausschließlich zu diagnostischen und therapeutischen Katheterisierungen  
(gem. § 7 Abs. 1)**

	2006			2005			
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen... (2005 + 2006)	Nichterreichen Mindestzahl 0	sonstiger Gründe 0		Nichterreichen Mindestzahl 0	sonstiger Gründe 0		
• davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz <b>und</b> alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	0			0			
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung aus anderen Gründen	0			0			
<b>Frequenzregelung</b>							
Anzahl Ärzte mit ... <b>insgesamt</b> abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)		<100	100-129	130-149	150-169	170-199	>199
	2006	9	2	2	0	9	10
	2005	10	2	1	4	2	14
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben							
	2006	6	2	2	-	-	-
	2005	9	1	0	-	-	-
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)		<33	33-42	43-49	50-56	57-66	>66
	2006	7	0	0	4	2	9
	2005	14	0	4	3	4	8
• davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz erreicht haben							
	2006	6	0	0	-	-	-
	2005	11	0	0	-	-	-



## C.8 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 Magnetresonanz-Mammographie (MRM). So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist wie bei der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

### Kernspintomographie

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspin-Vereinbarung)</b>	gültig seit 1. April 1993 zuletzt geändert 1. Oktober 2001	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>	✓	
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓	
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Allgemeine Kernspintomographie</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur allgemeinen <b>Kernspintomographie (allgemeine MRT)</b>	231	212
Anzahl beschiedener Anträge	26	20
• davon Genehmigungen	26	19
• davon Ablehnungen	0	10
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	8	6
• davon bestanden	7	5
• davon nicht bestanden	1	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

<b>Kernspintomographie der Mamma</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Kernspintomographie der Mamma <b>(MRM)</b>	42	36
Anzahl beschiedener Anträge	8	8
• davon Genehmigungen	7	8
• davon Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	7	8
• davon bestanden	7	8
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0
<b>Frequenzregelung</b> (Anzahl jährl. Nachweise nach §4a Abs. 2 )		
• mindestens 50 Untersuchungen	33	19
• weniger als 50 Untersuchungen	2	1
Kolloquium innerhalb 3 Monaten	4	1
• davon bestanden	4	1
• davon nicht bestanden	0	0

<b>Allgemeine Kernspintomographie und Kernspintomographie der Mamma</b>		
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl geprüfter Ärzte	28	23
• davon ohne Beanstandung	13	10
• davon mit geringen Beanstandungen	10	11
• davon mit erheblichen Beanstandungen	5	2
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Kolloquien (Stichprobenprüfung)	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0

## C.9 Koloskopie

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

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

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

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

## Koloskopie

<b>Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Koloskopie-Vereinbarung)</b>	gültig seit 1. Oktober 2002 zuletzt geändert 1. Oktober 2006			
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)			
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓			
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓			
<b>Frequenzregelung</b>	✓			
<b>Rezertifizierung</b>				
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓			
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓			
<b>obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel</b>				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>ausschließlich</b> zur <b>kurativen</b> Koloskopie	01.01.2006	31.12.2006	01.01.2005	31.12.2005
	144	134	161	141
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>kurativen und präventiven</b> Koloskopie	01.01.2006	31.12.2006	01.01.2005	31.12.2005
	329	336	310	333
	<b>2006</b>		<b>2005</b>	
Anzahl beschiedener Anträge ( <b>ausschließlich</b> zur <b>kurativen</b> Koloskopie)	neu	erneut (§6 Abs. 1 Nr. 3)	neu	erneut (§6 Abs. 1 Nr. 3)
	4	0	6	3
• davon Genehmigungen	4	0	6	1
• davon Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl beschiedener Anträge ( <b>kurative und präventive</b> Koloskopie)	22	1	22	0
• davon Genehmigungen	22	1	22	0
• davon Ablehnungen	0	0	0	0
	<b>2006</b>		<b>2005</b>	
Anzahl der genehmigten Anträge zur <b>Erweiterung der Genehmigung</b> (ausschließlich kurativ – kurativ und präventiv)	4		3	
Anzahl <b>Kolloquien</b> (Antragsverfahren)	0		0	
• davon bestanden	0		0	
• davon nicht bestanden	0		0	

	2006				2005			
Anzahl der <b>Widerrufe</b> von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 6 und § 7	4*				5			
• davon wg. § 7 – Überprüfung <b>Hygienequalität</b>	0				0			
• davon <b>ausschließlich</b> wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei <b>totalen Koloskopien</b>	wg. Mängel gem. §6 Abs. 3 c-e	wg. Nichterreichen Mindestzahl	wg. Mängel gem. §6 Abs. 3 c-e	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
	-	1	-	2				
• davon <b>ausschließlich</b> wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei <b>Polypektomien</b>	wg. Mängel gem. §6 Abs. 4 b-c	wg. Nichterreichen Mindestzahl	wg. Mängel gem. §6 Abs. 4 b-c	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
	0	0	0	3				
• davon <b>sowohl</b> wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei <b>totalen Koloskopien als auch</b> wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei <b>Polypektomien</b>	wg. Mängel gem. §6 Abs. 3 c-e wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wg. Nichterreichen Mindestzahl	wg. Mängel gem. §6 Abs. 3 c-e wg. Mängel/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wg. Nichterreichen Mindestzahl				
	0	0	0	0				
Anzahl <b>Rückgabe/Beendigungen</b> der Abrechnungsgenehmigungen (auch z. B. wg. fehlender Bereitschaft zur Überprüfung der Hygienequalität)	24				24			
<b>Frequenzregelungen totale Koloskopien</b>								
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten <b>totalen Koloskopien</b> (EBM Nm. 01741, 13421)		<125	125-174	175-199	200-224	225-274	>274	
	2006	30	9	15	15	24	255	
	2005	29	6	11	14	11	211	
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben* und **								
	2006	15	5	10	-	-	-	
	2005	5	3	10	-	-	-	

<b>Frequenzregelungen Polypektomien</b>							
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit <b>Polypektomien</b> (EBM Nrn. 01741, 13421)		<5	5-7	8-9	10-11	12-14	>14
	2006	17	3	2	14	11	301
	2005	10	3	2	7	2	256
• davon Anzahl Ärzte, die durch zusätzlichen Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben* und **							
	2006	8	2	2	-	-	-
	2005	7	4	0	-	-	-

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

\* In 3 Fällen lag eine Verweigerung der Teilnahme an der Qualitätsprüfung vor:

\*\* Die Auswertung in der Bezirksdirektion Reutlingen ist bei 4 Ärzten noch nicht abgeschlossen.

<b>Prüfungen zur Hygienequalität</b>				
Anzahl überprüfter <b>Einrichtungen</b>				
Anzahl der <b>Prüfungen</b>		1. Prüf. (6 Mon.) (§7 Abs. 3)	2. Prüf. (3 Mon.) (§7 Abs. 8a)	3. Prüf. (6 Wo.) (§7 Abs. 8c Nr. 1)
	2006	744	26	2
	2005	728	33	0

## C.10 Künstliche Befruchtung

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

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

Die Richtlinien über künstliche Befruchtung setzen die vom Gesetzgeber in Paragraf 27a SGBV festgelegten Vorgaben um. Die letzte Richtlinienänderung erfolgte durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 15. November 2005; dieser Beschluss wurde vom BMG nicht beanstandet und trat am 15. Februar 2006 in Kraft (Konkretisierung des Anspruchs auf Maßnahmen, Anzahl der Zyklen).

### Künstliche Befruchtung

<b>Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte Krankenkassen über die Maßnahmen zur Künstlichen Befruchtung</b>	gültig seit 1. Oktober 1990 zuletzt geändert 15. Februar 2006	
Rechtsgrundlage	§ 27a Abs. 4 i.V. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.10 und i.V. mit § 135 Abs.1 SGBV	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>		
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	81	91
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	35	12 *

\* konnte für die Bezirksdirektion Stuttgart nicht ermittelt werden

## C.11 Laboratoriumsuntersuchungen

Diese Richtlinien regeln die Erbringung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen des Kapitels 32.3 beziehungsweise des Kapitels 1.7 des EBM. Die Teilnahme an einem Kolloquium ist bei einem Antrag, außer für die explizit im Anhang zu Abschnitt E genannten Ärzte, obligatorisch. Dem Antrag sind erforderliche Zeugnisse und Bescheinigungen sowie

gegebenenfalls ein Fachkundenachweis für Laboruntersuchungen beizulegen. Die im Rahmen des Berufsrechts gleichzeitig geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien regeln die laborinterne Qualitätskontrolle und die externe Qualitätskontrolle mittels Ringversuchen.

### Laboratoriumsuntersuchungen

<b>Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung</b>	gültig seit 9. Mai 1994	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für Durchführung von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen	2.077	2.109
Anzahl beschiedener Anträge	101	255
• davon Genehmigungen	93	240
• davon Ablehnungen	8	15
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	54	55
• davon bestanden	49	50
• davon nicht bestanden	5	5
Anzahl Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	20	31
Anzahl Praxisbegehungen	0	0
• davon ohne Beanstandung	0	0
• davon mit Beanstandungen	0	0



<b>Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) *</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl geprüfter Ärzte	150	10
• davon ohne Beanstandung	150	10
• davon mit geringen Beanstandungen	0	0
• davon mit erheblichen Beanstandungen	0	0
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	-	-
• davon bestanden	-	-
• davon nicht bestanden	-	-
Praxisbegehungen (Stichprobenprüfung)	-	-
• davon bestanden	-	-
• davon nicht bestanden	-	-

\* Stichprobenprüfungen wurden nur in der Bezirksdirektion Reutlingen durchgeführt.

## C.12 Langzeit-EKG-Untersuchung

Die Durchführung von Langzeit-Elektrokardiographischen-Untersuchungen erfordert eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie mit der Fähigkeit auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen zu erkennen. Nur Ärzte,

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

### Langzeit-EKG-Untersuchung

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen</b>	gültig seit 1. April 1992	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGBV (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓*	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung <b>nur</b> zur <b>Aufzeichnung</b>	1.113	998
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur <b>Aufzeichnung und Auswertung</b>	1.527	1.320
Anzahl beschiedener Anträge	109	156
• davon Genehmigungen	109	149
• davon Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2	0

<b>Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben)</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl geprüfter Ärzte	23	0
• davon ohne Beanstandung	14	0
• davon mit geringen Beanstandung	8	0
• davon mit erheblichen Beanstandungen	-	0
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	1	0
Anzahl Kolloquien (Stichprobenprüfung)	1	0
• davon bestanden	1	0
• davon nicht bestanden	-	0

\* Einzelprüfungen durch Stichproben nur in der Bezirksdirektion Stuttgart auf Grund von Ausführungsbestimmungen in Nord-Württemberg

## C.13 Mammographie (kurativ)

Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren bisher Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Auf Grund der hier besonders betroffenen Regelungen wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine gesonderte Vereinbarung abgeschlossen. Als Neuerung wurde der Zeitpunkt der ersten Selbstüberprüfung auf 24 Monate

und nicht wie bisher auf zwölf Monate festgesetzt. Hinzu kommt, dass die Zuständigkeit für die Erstellung der Fallsammlungen und die Evaluation der Prüfungen von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung übergegangen ist.

### Mammographie (kurativ)

<b>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie</b>	gültig seit 1. April 1993 zuletzt geändert 1. Januar 2007	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>	✓	
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	315	314
Anzahl beschiedener Anträge	19	14
• davon Anzahl Genehmigungen	17	14
• davon Anzahl Ablehnungen	2	0
Anzahl Kolloquien gem. Vereinbarung (§ 6 Abs.3)	0	1
• davon bestanden	0	1
• davon nicht bestanden	0	0

<b>Beurteilung von Mammographieaufnahmen gemäß Anlage IV Abschnitt 1 (Fallsammlung)</b>	<b>2006</b>		<b>2005</b>	
	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
Anzahl Prüfungen	18	5	14	1
• davon bestanden	12	3	12	1
• davon nicht bestanden	6	2	2	0
<b>Selbstüberprüfung gemäß Anlage IV Abschnitt 2 (§5)</b>				
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben	erstmalige Selbstüberprüfungen 83	weitere Selbstüberprüfungen 101	erstmalige Selbstüberprüfungen 15	weitere Selbstüberprüfungen -
• davon erfolgreiche Teilnahme	79	96	15	-
• davon nicht erfolgreiche Teilnahme	4	5	0	-
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme (§5 Abs. 6e/§ 5 Abs. 7b)	0		-	
Widerruf der Genehmigung (§5 Abs. 7c)	0		-	
Widerruf der Genehmigung wegen Nichtteilnahme (§5 Abs. 5)	0		-	
<b>Überprüfung der Dokumentation nach Anlage IV Abschnitt 3</b>				
Anzahl Ärzte, bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen	1. Prüfung	Wiederholungsprüfungen
	95	48	96	24
• davon erfüllt	72	46	86	23
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II: eingeschränkt – geringe Mängel (§ 6 Abs. 7a)*	9	2	5	0
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel (§ 6 Abs. 7b)*	14	0	5	1
Anzahl Ärzte, die trotz Anforderung gem. § 6 Abs. 2 nicht an der Prüfung nach Abschnitt E teilgenommen haben	0		0	
Widerruf der Genehmigung nach § 6 Abs. 7	0		0	
Anzahl Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigung aus sonstigen Gründen	2			

\* 9 Ärzte im Bereich der Bezirksdirektion Freiburg waren auf Grund der Teilnahme am Mammographie-Screening von der Selbstüberprüfung befreit

## C.14 Medizinische Rehabilitation

Am 1. April 2004 ist die neu gefasste Vereinbarung „Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien)“ in Kraft getreten. Die Richtlinie gibt ein strukturiertes Verfahren zur Einleitung von ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Krankenkassen sind, vor. Medizinische Grundlage der Richtlinie bildet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO.

Nicht Gegenstand der Regelungskompetenz dieser Richtlinien sind beispielsweise die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach den Paragraphen 23 und 24 SGBV die Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt sowie Rehabilitationsmaßnahmen, deren Kostenträger die Deutsche Rentenversicherung Bund beziehungsweise Land (ehemals BfA beziehungsweise LVA) ist.

Hält der behandelnde Vertragsarzt eine Rehabilitationsmaßnahme für angezeigt und Erfolg versprechend, teilt er dies der Krankenkasse mittels Muster 60 mit. Die Krankenkasse prüft ihre Zuständigkeit und ob der Versicherte bereits früher eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hat. Bei

Kostenträgerschaft der GKV stellt die Krankenkasse dem Vertragsarzt ein vierseitiges Formular (Muster 61) zur Verfügung, in dem unter anderem Anamnese, Krankheitsbild und Fähigkeitsstörungen sowie eine Übersicht über bereits erfolgte Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen festgehalten werden. Die Krankenkasse entscheidet dann über Genehmigung beziehungsweise Ablehnung des Antrages.

Paragraf 11 der Rehabilitations-Richtlinien regelt, welche Vertragsärzte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen dürfen. Die Qualifikation kann unter anderem durch eine 16-stündige Fortbildung erworben werden. Zu den Inhalten der oben genannten Fortbildungen wurde ein Curriculum „Rehabilitation“ zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart. Um Engpässe in der Versorgung zu vermeiden und Ärzten ausreichend Zeit für gegebenenfalls notwendige Fortbildungen zu geben, wurde eine Übergangsregelung geschaffen. Hiernach können wie bisher medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen bis zum 31. März 2007 ohne besondere Genehmigung vorgenommen und abgerechnet werden.

## Medizinische Rehabilitation

<b>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b>	gültig seit 1. April 2004 zuletzt geändert 1. März 2005	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	4.656	4.223
Anzahl beschiedener Anträge	483	1.942
• davon Genehmigungen	483	1.942
• davon Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	-	-
• davon bestanden	-	-
• davon nicht bestanden	-	-
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

## C.15 Onkologie-Vereinbarung

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene **Zusatzvereinbarung** mit den Ersatzkassen über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung. Zusatzvereinbarungen mit den anderen Kassen wurden auf regionaler Ebene abgeschlossen. Ziel dieser Vereinbarung ist die wohnortnahe ambulante Behandlung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung setzt voraus, dass der Vertragsarzt nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordiniert.

Zum Nachweis der fachlichen Qualifikation muss der „onkologisch verantwortliche Arzt“ eine mindestens 2-jährige praktische Tätigkeit im Rahmen der Weiter-

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

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



## Onkologie-Vereinbarung

<b>Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung</b>	gültig seit 1. Juli 1995 zuletzt geändert 1. Februar 2002	
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 7 BMV EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>	✓	
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	523	487
Anzahl beschiedener Anträge	52	35
• davon Genehmigungen	51	32
• davon Ablehnungen	1	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	1
• davon bestanden	2	1
• davon nicht bestanden	1	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	7
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	6	10
<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben) § 9 Abs. 3</b>		
Anzahl geprüfter Ärzte	48	193
• davon ohne Beanstandung	25	171
• davon mit geringen Beanstandungen	15	22
• davon mit erheblichen Beanstandungen	6	0
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	2	0

## C.16 Otoakustische Emissionen

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

Anträge zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen können nur von

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

### Otoakustische Emissionen

<b>Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1, 5.: Bestimmung der otoakustischen Emissionen</b>	gültig seit 24. November 1995	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGBV	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>		
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	357	347
Anzahl beschiedener Anträge	20	47
• davon Genehmigungen	20	44
• davon Ablehnungen	0	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

## C.17 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

In der seit dem 1. August 2001 bestehenden Vereinbarung beschränkte sich der Einsatz dieser Methode auf die Behandlung der altersabhängigen feuchten Makuladegeneration mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation. Auf Grund der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Indikationserweiterung wurde die Qualitätssicherungsvereinbarung mit Wirkung vom 1. Oktober 2006 neu gefasst. Sie regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparative Ausstattung und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung der Photodynamischen Therapie. Antragsberechtigt sind Ärzte, die über die Gebiets-

bezeichnung „Augenheilkunde“ hinaus eine zusätzliche Qualifikation nachweisen. So ist unter anderem zu belegen, dass innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren vor Antragstellung mindestens 200 Fluoreszenzangiographien selbstständig unter Anleitung ausgewertet und mindestens 50 photodynamische Therapien ebenfalls unter qualifizierter Anleitung durchgeführt wurden. Nach Erteilung der Genehmigung ist die Ausführung und Anwendung der photodynamischen Therapie an die jährliche Überprüfung einer umfangreichen ärztlichen Dokumentation gebunden, die in erster Linie auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung gerichtet ist.

### Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

<b>Vereinbarung von Qualitäts-sicherungsmaßnahmen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund</b>	gültig seit 1. August 2001 zuletzt geändert 1. Oktober 2006			
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGBV (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)			
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓			
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓			
<b>Frequenzregelung</b>				
<b>Rezertifizierung</b>				
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>				
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓			
<b>obligate Fortbildungen/ Teilnahme Qualitätszirkel</b>				
Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand 01.01. und Stand 31.12.	01.01.2006	31.12.2006	01.01.2005	31.12.2005
	39	39	35	39
	<b>2006</b>		<b>2005</b>	
Anzahl beschiedener Anträge in 2006	neu	erneut (§6 Abs. 6)	neu	erneut (§6 Abs. 6)
	5	0	6	1
• davon Genehmigungen	3	0	6	1
• davon Ablehnungen	2	0	0	0

	2006		2005	
Anzahl <b>Kolloquien</b> (Antragsverfahren §8 Abs. 2)	0		0	
• davon bestanden	0		0	
• davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§ 6 Abs. 5 S. 3)	0		0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	2		2	
<b>Überprüfungen der ärztlichen Dokumentationen</b>				
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach einem Jahr		1. Überprüfung (§6 Abs. 5)	2. Überprüfung (§6 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§6 Abs. 5 S. 2)
	2006	20 *	0	0
	2005	-	-	-
Anzahl Ärzte mit Überprüfung nach zwei Jahren		1. Überprüfung (§6 Abs. 5)	2. Überprüfung (§6 Abs. 5 S. 1)	3. Überprüfung (§6 Abs. 5 S. 2)
		-	-	-

\* 7 Ärzte im Bereich der Bezirksdirektion Reutlingen haben keine Leistungen abgerechnet

## C.18 Psychotherapie

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch durch psychotherapeutisch tätige Ärzte setzt eine Genehmigung durch die KV voraus. Die Vereinbarung beinhaltet neben den

- drei Richtlinienverfahren (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie)

auch die

- psychosomatische Grundversorgung (verbale Interventionen, übende (Autogenes Training, Jacobson'sche Relaxation) und suggestive Techniken (Hypnose).

Die Feststellung der Leistungspflicht erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag des Versicherten. Eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie ist durch den Therapeuten zu begründen. Ein Therapeut kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Befreiung von dieser Begründungspflicht beantragen. Die Durchführung einer Psychotherapie als so genannte Langzeittherapie ist dagegen immer an ein Gutachterverfahren gebunden.

### Psychotherapie

<b>Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung)</b>	gültig seit 1. Januar 1999 zuletzt geändert 7. Februar 2005	
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1 SGB V (Anlage 1 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>		
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Verwaltungsaufwand</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>
Anzahl beschiedener Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten*)	876	695
• davon Anzahl Genehmigungen	848	677
• davon Anzahl Ablehnungen	28	18
Anzahl Rückgaben/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen (Verfahren, nicht Therapeuten*)	0	16

<b>Richtlinienverfahren</b>						
<b>Genehmigungen</b>	<b>2006</b>				<b>2005</b>	
Therapeuten* mit <b>mindestens</b> einer Genehmigung zu den Richtlinieverfahren, Stand 31.12.2006	3.504				3.389	
• davon Ärzte	1.424				1.437	
<b>im Einzelnen für</b>	<b>nur Erwachsene</b>		<b>auch Kinder und Jugendliche</b>		<b>nur Kinder und Jugendliche</b>	
	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2005</b>
Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie</b>	1533	1.553	222	234	377	383
• davon Ärzte	987	1.028	149	160	71	70
Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Verhaltenstherapie</b>	803	817	244	269	71	78
• davon Ärzte	128	158	33	35	21	23
Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>analytischen Psychotherapie</b>	639	524	176	186	325	332
• davon Ärzte	368	289	95	101	7	6
	<b>2006</b>				<b>2005</b>	
Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie</b>	688				682	
• davon Ärzte	500				485	
Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>analytischen Psychotherapie</b>	305				319	
• davon Ärzte	161				169	
Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Gruppentherapie</b> im Rahmen der <b>Verhaltenstherapie</b>	399				374	
• davon Ärzte	95				83	
<b>Befreiung von der Gutachterpflicht</b>						
Anzahl Therapeuten* mit <b>Befreiung von der Gutachterpflicht</b>	2549				3.462	
• davon Ärzte	718 **				690	

\* gemeint sind Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse

\*\* Zahlen in der Bezirksdirektion Reutlingen nicht zu ermitteln

<b>Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Ärzte mit Genehmigung zur <b>psychosomatischen Grundversorgung</b>	9.424	9.341
Therapeuten* mit Genehmigung zum <b>autogenen Training</b>	1.627	1.631
• davon Ärzte	1.291	1.308
Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Jacobson'schen Relaxation</b>	1.264	763
• davon Ärzte	795	425
Therapeuten* mit Genehmigung zur <b>Hypnose</b>	784	768
• davon Ärzte	538	526

\* gemeint sind Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse

\*\* Zahlen in der Bezirksdirektion Reutlingen nicht zu ermitteln

## C.19 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Die am 1. April 2005 neu in Kraft getretene Vereinbarung gemäß Paragraf 135 Abs. 2 ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. „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, Herzrhythmus-

störungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage A Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß Paragraf 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) definiert.

## Schlafbezogene Atmungsstörungen

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen</b>	gültig seit 1. April 2005	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓	
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung insgesamt	246	189
• davon Genehmigungen <b>nur</b> Polygraphie	225	171
• davon Genehmigungen zur Polygraphie <b>und</b> Polysomnographie	21	18
Anzahl beschiedener Anträge <b>nur</b> Polygraphie	48	104
• davon Genehmigungen	48	103
• davon Ablehnungen	0	1
Anzahl beschiedener Anträge zur Polygraphie <b>und</b> Polysomnographie	8 *	19
• davon Genehmigungen	7	18
• davon Ablehnungen	1	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	5	6
• davon bestanden	5	5
• davon nicht bestanden	0	1
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

\* davon 1 Arzt nur Polysomnographie



## C.20 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleitsymptomatik bei den verschiedensten Krankheitsbildern dar. Ebenso können sie nach erfolgten therapeutischen Maßnahmen (zum Beispiel operativen Eingriffen) oder vorangegangenen Traumen oder ohne erkennbare Ursachen auftreten. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen.

Die Schmerztherapievereinbarung dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung. Die Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie folgender Patientengruppen:

1. Chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat.

Diese Verselbstständigung des Schmerzleidens führt zu psychopathologischen Veränderungen. Der Schmerz wird für diese Patienten zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens.

2. Chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheits-symptom geworden ist (zum Beispiel bei einem inkurablen Grundleiden).

Nach dieser Vereinbarung muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung eine Zusatzweiterbildung mit differenzierten Zeugnissen oder Bescheinigungen sowie die Qualifikation zur Psychosomatischen Grundversorgung nachweisen. Ebenfalls sind apparativ-technische und räumliche Voraussetzungen zu erfüllen. Darüber hinaus muss sich der Schmerztherapeut verpflichten, jährlich an mindestens acht interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilzunehmen, eine entsprechende Dokumentation der Qualitätssicherungskommission zur Prüfung vorzulegen sowie an vier Tagen pro Woche mindestens vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten. Ferner ist der Nachweis zu erbringen, dass der Arzt in seiner Praxis überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandelt.

## Schmerztherapie

<b>Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)</b>	gültig seit 1. April 2005	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>	✓	
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓	
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>	✓	
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	128	127
Anzahl beschiedener Anträge	15	130
• davon Genehmigungen	11	127
• davon Ablehnungen	4	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren – § 4 Abs. 3 Nr. 4)	2	0
• davon bestanden	2	0
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gem. § 9 Abs.2	2	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	3	1
<b>Versorgung</b>		
Anzahl Kolloquien § 5 Abs. 7	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0
<b>Dokumentationsprüfung</b>		
Anzahl Prüfungen nach § 7 Abs. 2	122	81
• davon ohne Beanstandungen	105	77
• davon mit Beanstandungen	17	4

## C.21 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

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

Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines so genannten Praxisteam (Heilpädagoge und

Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet.

Anträge zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung können von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendpsychiater“ sowie von Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mindestens 2-jähriger Weiterbildung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gestellt werden.

Hierbei handelt es sich um eine bundeseinheitlich getroffene Vereinbarung mit den Ersatzkassen. Vereinbarungen als Zusatzvereinbarungen wurden auf Landesebene auch für die Primärkassen getroffen.

### Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

<b>Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)</b>	gültig seit 1. Juli 1994	
Rechtsgrundlage	§ 82 Abs. 1, § 85 Abs. 2 und § 43 a SGBV (Anlage 11 BMV-EKV)	
Geltungsbereich	VdAK/AEV/Primärkassen	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>		
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	53	50
Anzahl beschiedener Anträge	5	3
• davon Genehmigungen	5	3
• davon Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	2
Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)	-	-

## C.22 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach Paragraph 37a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.

Allein die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antrag stellende Arzt berechtigt ist, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern und die Therapie gegebenenfalls abzubrechen.

Die soziotherapeutischen Leistungserbringer (in der Regel Sozialpsychiatrische Dienste) haben Verträge mit den Kostenträgern abgeschlossen und rechnen ihre Leistungen direkt mit den Kassen ab.

### Soziotherapie

<b>Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)</b>	gültig seit 1. Januar 2002	
Rechtsgrundlage	§ 37 a SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.6 SGB V	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>		
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung	455	452
Anzahl beschiedener Anträge nach Nr. 15 der RL	19	21
• davon Genehmigungen	18	20
• davon Ablehnungen	1	1
Anzahl der Widerrufe von Genehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Genehmigung	5	5

## C.23 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

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

### Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

<b>Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung</b>	gültig seit 24. November 1995	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	105	99
Anzahl beschiedener Anträge	8	13
• davon Genehmigungen	8	11
• davon Ablehnungen	0	2
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

102 |

## C.24 Strahlendiagnostik/-therapie (allg. Röntgendiagnostik, Computertomographie, Osteodensitometrie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)

Die auf Bundesebene gemäß Paragraf 135 Abs. 2 SGBV geschlossene Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin sowie 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 die Fachkenntnisse in einem Kolloquium nachgewiesen werden.

Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Röntgenverordnung (RöV) und der Strahlenschutzverordnung (StrSchV), die übergeordnete Rechtsvorschriften sind, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung müssen von allen Antragstellern die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachgewiesen werden.

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)</b>	gültig seit 1. April 1993 zuletzt geändert 1. Januar 2007
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGBV
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓
<b>Frequenzregelung</b>	
<b>Rezertifizierung</b>	
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>	✓
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>	

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)	Diagnostische Radiologie		Computer-		Osteodensitometrie		Strahlentherapie		Nuklearmedizin	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2.706	2.557	336	315	284	289	112	106	243	239
Anzahl beschiedener Anträge	183	162	44	22	27	16	24	10	17	10
• davon Genehmigungen	179	158	41	21	27	16	24	10	17	10
• davon Ablehnungen	4	7	3	0	0	0	0	0	0	1
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	1	1	2	10	15	0	0	3	7
• davon bestanden	2	1	1	2	10	15	0	0	3	0
• davon nicht bestanden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Widerrufte von Abrechnungsgenehmigungen	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	60	0	9	0	2	0	5	0	10
<b>Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichprobenprüfungen)</b>										
Anzahl geprüfter Ärzte	207	321	13	20	-	-	-	-	-	-
• davon ohne Beanstandung	49	90	6	12	-	-	-	-	-	-
• davon mit geringen Beanstandungen	142	217	6	7	-	-	-	-	-	-
• davon mit erheblichen Beanstandungen	10	14	1	1	-	-	-	-	-	-
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	6	0	0	0	-	-	-	-	-	-

## C.25 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

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



## Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

<b>Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage 1, 2.: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger</b>	gültig seit 1. Oktober 1991 zuletzt geändert 1. Januar 2003	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 1 SGB V	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>		
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen/Versorgung</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung *	360	361
Anzahl abrechnender = aktiver Ärzte (IV. Quartal 2006)	328	-
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	13	21
• davon Genehmigungen	13	18
• davon Ablehnungen	0	3
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	4	7
Anzahl Ärzte am Konsiliarverfahren	95	77
<b>Stichprobenprüfung der Dokumentation (§ 9 Abs. 3)</b>		
Anzahl geprüfter Fälle	571	787
• davon ohne Beanstandung	381	510
• davon mit geringen Beanstandungen	177	277
• davon mit erheblichen Beanstandungen	3	0
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	10	0
<b>5-Jahres-Überprüfungen-Patienten (§ 9 Abs. 5)</b>		
Anzahl geprüfter Fälle	249	166
• davon ohne Beanstandungen	172	93
• davon mit Beanstandungen	77	73
<b>Patienten</b>		
Anzahl Patienten im Jahr	8.261	7.713
<b>An-/Abmeldungen</b>		
Anzahl Patientenan-/Abmeldungen im Jahr 2006	<b>9.401</b>	<b>7.200</b>

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

## C.26 Ultraschalldiagnostik

Die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Die Genehmigung ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) vom 10. Februar 1993 in der Fassung vom 31. Januar 2003 zu erteilen. Die Genehmigungsvoraussetzungen bestehen in die Erfüllung der fachlichen Qualifikation nach den Paragraphen 4, 5 beziehungsweise Paragraph 6 der Ultraschall-Vereinbarung und dem Nachweis der apparativen Ausstattung

durch eine Gerätebestätigung der Hersteller-/Lieferfirma.

Die Genehmigung kann für insgesamt 31 verschiedene Anwendungsbereiche beantragt werden. Bei drei Anwendungsbereichen unterscheidet man zusätzlich noch die fachliche Qualifikation für die Anwendung bei Erwachsenen beziehungsweise bei Kindern. Soll die fachliche Qualifikation für Kinder nachgewiesen werden, muss aus dem vorzulegenden Zeugnis hervorgehen, dass die Untersuchungen bei Kindern durchgeführt wurden.

### Ultraschalldiagnostik

<b>Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)</b>	gültig seit 1. April 1993 zuletzt geändert 31. Januar 2003	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung *	9.268	9.085
Anzahl beschiedener Anträge **	1.580	1.356
• davon Genehmigungen	1.525	1.310
• davon Ablehnungen	55	46
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	243	203
• davon bestanden	235	182
• davon nicht bestanden	8	21
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen **	6	3
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung **	140	227

<b>Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl geprüfter Ärzte	213	238
• davon ohne Beanstandung	91	103 ***
• davon mit geringen Beanstandungen	96	91 ***
• davon mit erheblichen Beanstandungen	8	44 ***
• davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	18	- ***
Kolloquien (Stichproben)	0	0
• davon bestanden	0	0
• davon nicht bestanden	0	0
Praxisbegehung (Stichproben)	-	-
• davon bestanden	-	-
• davon nicht bestanden	-	-

\* Ärzte, nicht Anzahl der Genehmigungen

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

\*\*\* 2005 in Baden-Württemberg noch nicht standardisiert

<b>Genehmigungsbereiche der Ultraschalldiagnostik</b>		
<b>Anzahl Ärzte mit Genehmigung</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
<b>1.</b> Gehirn durch die offene Fontanelle und durch die Kalotte	333	301
<b>2.1</b> Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhle	149	148
<b>2.2</b> Biometrie der Achsenlänge des Auges und ihrer Teilabschnitte sowie Messungen der Hornhautdicke	107	97
<b>3.</b> Nasennebenhöhlen	410	396
<b>4.</b> Gesichteweichteile und Weichteile des Halses (einschl. Speicheldrüse)	800	715
<b>5.</b> Schilddrüse	3.038	2.920
<b>6.1.1</b> Echokardiographie – Erwachsene	613 *	638
<b>6.1.2</b> Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	35	
<b>6.2.1</b> Doppler-Echokardiographie – Erwachsene	510	527
<b>6.2.2</b> Doppler-Echokardiographie – Kinder (einschl. Säuglinge und Kleinkinder)	32	
<b>6.3</b> Belastungs-Echokardiographie	205	199
<b>7.</b> Thoraxorgane (ohne Herz)	1.296	1.330
<b>8.</b> Brustdrüse	954	941

\* Für die Bezirksdirektion Reutlingen ist eine Differenzierung der Echokardiographie-Genehmigungen nach Erwachsenen und Kindern nicht abrufbar.

<b>Anzahl Ärzte mit Genehmigung</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
<b>9.1</b> Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) – Erwachsene	5.419	5.555
<b>9.2</b> Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) – Kinder	343	
<b>10.1</b> Uro-Genitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)	2.207	2.657
<b>10.2</b> Weibl. Genitalorgane	1.122	1.100
<b>11.1</b> Geburtshilfliche Basisdiagnostik	970	946
<b>11.2</b> Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung bei Verdacht auf Entwicklungsstörungen oder Verdacht auf fetale Erkrankungen oder erhöhtem Risiko	916	920
<b>12.</b> Bewegungsorgane (ohne Säuglings Hüften)	868	836
<b>13.</b> Säuglings Hüften (siehe Kapitel C.27 ab Seite 110)	926	903
<b>14.1.1</b> Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (CW-Doppler)	1.040	952
<b>14.1.2</b> Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler)	944	895
<b>14.1.3</b> Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler)	173	169
<b>14.1.4</b> Feto-maternales Gefäßsystem (CW-Doppler)	siehe Genehmigungsbereich 14.3.6	
<b>14.2.1</b> Intrakranielle Gefäße (PW-Doppler)	258	251
<b>14.3.1</b> Extrakranielle hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	535	500
<b>14.3.2</b> Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)	437	499
<b>14.3.3</b> Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)	346	216
<b>14.3.4</b> Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)	174	156
<b>14.3.5</b> Fetale Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	69	62
<b>14.3.6</b> Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)	323	253
<b>14.4.1</b> Venen der Extremitäten (B-Mode)	756	672
<b>15.</b> Haut und Subcutis (einschl. subkutaner Lymphknoten)	23	22

## C.27 Ultraschalluntersuchung der Säulingshüfte

<b>Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte</b>	gültig seit 1. April 2005	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>	✓	
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>01.01.2006</b>	<b>31.12.2006</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	900	926
	<b>2006</b>	
Anzahl beschiedener Anträge	neu	erneut (§11 Abs. 3 S. 5)
• davon Genehmigungen	38	0
• davon Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	3	
• davon bestanden	3	
• davon nicht bestanden	0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (insgesamt)	0	
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	16	

110 |

<b>Dokumentationsprüfungen</b>								
Beurteilung Dokumentationsprüfung (§ 8 i.V.m. § 3)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	<5
		22	8	5	5	3	1	24
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	<5
		35	4	5	0	0	0	0
Grund für die jeweilige Beurteilungsstufe (§ 8 Abs. 2)	Stufe II	schriftl. Doku.			bildl. Doku.		schriftl. u. bildl. Doku.	
		1			84		23	
Anzahl Beurteilungen	Stufe III	schriftl. Doku.			bildl. Doku.		schriftl. u. bildl. Doku.	
		1			7		1	
Ergebnis Dokumentationsprüfung (§ 9) Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9		Wiederholungsprüfung 6 Monate		Wiederholungsprüfung 3 Monate		Widerruf	
	34		30		9		0	
Beurteilung Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	<5
		0	0	0	0	0	0	0
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	<5
		0	0	0	0	0	0	0
Ergebnis Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 2) – Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9		erneute Wiederholungsprüfung 6 Monate			Widerruf		
	0		0			0		
Beurteilung erneute Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4)	Stufe II	0	1	2	3	4	5	<5
		0	0	0	0	0	0	0
Anzahl geprüfter Ärzte mit Ergebnis ...in Stufe II und...in Stufe III	Stufe III	0	1	2	3	4	5	<5
		0	0	0	0	0	0	0
Ergebnis erneute Wiederholungsprüfung (§ 11 Abs. 3 S. 4) – Anzahl Ärzte	sachgerecht gem. § 9				Widerruf			
	0				0			

## C.28 Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale

Voraussetzung für die Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale ist die Vorlage von Zeugnissen beziehungsweise Fachkundenachweisen in der zytologischen Diagnostik, die im Rahmen der Weiterbildung erworben wurden und den Nachweis der verlangten diagnostischen Erfahrung in diesem Gebiet

belegen. Die Nachweise müssen auch Angaben darüber enthalten, worauf sich Art und Umfang der Prüfung (zytologische Diagnostik) erstreckt haben. Ist dies nicht der Fall, muss eine Präparateprüfung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (Begutachtung von 20 Präparaten) abgelegt werden. Dafür stehen dem Arzt vier Stunden Zeit zur Verfügung.

### Zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale

<b>Vereinbarung zu Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale</b>	gültig seit 1. Juli 1992 zuletzt geändert 1. Oktober 1994	
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 SGB V (Anlage 3 BMV-Ä/EKV)	
<b>Genehmigungsvorbehalt</b>	✓	
<b>Eingangsprüfung/Kolloquium</b>	✓	
<b>Frequenzregelung</b>		
<b>Rezertifizierung</b>		
<b>Praxisbegehungen/Hygieneprüfung</b>		
<b>Einzelfallprüfung durch Stichproben/Dokumentationsprüfung</b>		
<b>obligate Fortbildungen/Teilnahme Qualitätszirkel</b>		
<b>Genehmigungen</b>	<b>31.12.2006</b>	<b>31.12.2005</b>
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	181	194
Anzahl beschiedener Anträge	4	3
• davon Genehmigungen	3	3
• davon Ablehnungen	1	0
Anzahl Prüfungen nach Abschnitt C der Vereinbarung (Präparateprüfung)	5	3
• davon bestandene Prüfungen	2	3
• davon nicht bestandene Prüfungen	2	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	1	12

112 |

## D GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

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

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

### D.1 Chirotherapie

Gezielte chirotherapeutische Eingriffe an der Wirbelsäule und/oder an den Extremitätengelenken können nur zu Lasten der GKV durchgeführt und abgerech-

net werden, wenn der durchführende Arzt über eine besondere Qualifikation verfügt und diese gegenüber der KV nachweist.

### D.2 Diabetischer Fuß

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

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

### D.3 Funktionsstörung der Hand

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

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



## D.4 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung

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

te Ärzte müssen auch hierfür einen Antrag bei ihrer KV stellen. Die Abrechnung dieser Positionen wird auf Antrag auch dann gewährt, wenn eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung nachgewiesen werden kann. Dies betrifft die Nummern 03350-03352.

## D.5 Krebsfrüherkennung bei der Frau

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

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

## D.6 Empfängnisregelung

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

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

## D.7 Neurophysiologische Übungsbehandlung

Die Abrechnung von Leistungen der „neurophysiologischen Übungsbehandlungen“ ist nur für bestimmte Fachgruppen vorgesehen. Danach können Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Phoniatrie und Pädaudiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Neurochirurgie, Nervenheilkunde sowie Orthopädie Leistungen des Kapitels 30.3 des EBM 2000plus durchführen und abrechnen.

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

## D.8 Physikalische Therapie

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

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

### Genehmigungen auf Grundlage des EBM

Leistungen Rechtsgrundlage EBM	Chirotherapie		Diabetischer Fuß		Funktionsstörung der Hand		Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.312	1.326	1.302	1.106	380	355	376	272
Anzahl beschiedener Anträge	52	97	242	1.124	28	394	7	735
• davon Genehmigungen	52	85	199	938	28	355	6	272
• davon Ablehnungen	0	12	43	168	0	39	1	463
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	2	22	0	2	0	20

Leistungen Rechtsgrundlage EBM	Krebsfrüherkennung bei der Frau		Empfängnisregelung		Neurophysiologische Übungsbehandlung		Physikalische Therapie	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.067	1.028	1.124	886	433 *	180	585 *	823
Anzahl beschiedener Anträge	6	1.184	7	1.555	11 *	38	41 *	71
• davon Genehmigungen	4	1.028	4	860	11 *	29	41 *	55
• davon Ablehnungen	2	156	3	695	0	9	0	16
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	0	21	0	0	0	0

\* Anzahl in der Bezirksdirektion Freiburg nicht ermittelbar

## D.9 Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

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

bildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin hinaus eine besondere Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte nachgewiesen wird:

### Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin Rechtsgrundlage EBM	Endokrinologie und Diabetologie		Gastroenterologie		Hämatologie		Pneumologie	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung aus dem Schwerpunkt	14	15	2	3	5	3	21	20
Anzahl beschiedener Anträge	4	46	0	6	2	13	5	45
• davon Genehmigungen	1	13	0	3	2	3	5	20
• davon Ablehnungen	0	31	0	3	0	10	0	25
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	5	0	0	0	1	0	4

Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin Rechtsgrundlage EBM	Rheumatologie		Neuropädiatrie		Nephrologie		Kardiologie	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung aus dem Schwerpunkt	3	4	56	71	0	0	15	22
Anzahl beschiedener Anträge	0	35	4	84	0	2	0	35
• davon Genehmigungen	0	4	4	71	0	0	0	23
• davon Ablehnungen	0	31	0	13	0	2	0	12
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	6	0	3	0	0	0	0

# IMPRESSUM

## **Qualitätsbericht 2006 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)**

### **Herausgeber**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart  
Kontakt: qualitaetsbericht@kvbwue.de

### **Redaktion**

Dr. med. Wolfgang Herz (verantwortlich)  
Norbert Bonauer  
Dr. med. Michael Dierich  
Roland Müller  
Dr. med. Michael Viapiano  
Wolfgang Wiedlin  
Eva-Maria Henning  
Carmen Gonzalez

### **Autoren**

Karin Artz  
Norbert Bonauer  
Dr. med. Michael Dierich  
Harald Filipetz  
Katja Heinze  
Klaus Rees  
Roland Müller  
Wolfgang Wiedlin

### **Erscheinungstermin**

Oktober 2007

### **Gestaltung und Realisation**

Druckerei Mack

### **Auflage**

3.000