

Die ambulante medizinische Versorgung 2019

ANLAGE
Qualitätsbericht 2018

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

4	A	KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG
6	B	ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)
8	C	GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z
8	C.1	AD(H)S
9	C.2	Akupunktur
11	C.3	Ambulantes Operieren
12	C.4	Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
14	C.5	Arthroskopie
16	C.6	Balneophototherapie
17	C.7	Botoxbehandlung bei bestimmten Blasen-funktionsstörungen
18	C.8	Blutreinigungsverfahren /Dialyse
20	C.9	DMP
22	C.10	Erweitertes Neugeborenen-Screening
23	C.11	Geriatric - Spezialisierte geriatriche Diagnostik
24	C.12	Gesund schwanger
25	C.13	Herzschrittmacher-Kontrolle
27	C.14	Hautkrebs-Screening
27		C.14.1 Histopathologie Hautkrebs-Screening
29		C.14.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)
30	C.15	HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen
32	C.16	Homöopathie
	C.17	Hörgeräteversorgung
33		C.17.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene
35		C.17.2 Hörgeräteversorgung – Kinder
37	C.18	Holmium-Laser
38	C.19	Interventionelle Radiologie
40	C.20	Intravitreale Medikamenteneingabe
42	C.21	Invasive Kardiologie
44	C.22	Kapselendoskopie – Dünndarm
45	C.23	Koloskopie
49	C.24	Künstliche Befruchtung
50	C.25	Laboratoriumsuntersuchungen
51	C.26	Langzeit-EKG-Untersuchungen
52	C.27	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
55	C.28	Magnetresonanztomographie
57	C.29	Mammographie (kurativ)
59	C.30	Mammographie-Screening
60	C.31	Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
61	C.32	Molekulargenetik
62	C.33	Neuropsychologische Therapie

- 64 C.34 Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa)
- 65 C.35 Onkologie
- 66 C.36 Otoakustische Emissionen
- 67 C.37 Palliativmedizinische Versorgung
(Besonders qualifizierte und koordinierte
palliativmedizinische Versorgung)
- 68 C.38 PET und PET/CT
- 69 C.39 Photodynamische Therapie am
Augenhintergrund
- 70 C.40 Phototherapeutische Keratektomie
- 71 C.41 Psychotherapie
- 73 C.42 Schlafbezogene Atmungsstörungen
- 74 C.43 Schmerztherapie
- 76 C.44 Sozialpsychiatrie
- 77 C.45 Soziotherapie
- 78 C.46 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- 79 C.47 Strahlendiagnostik /-therapie
- 79 C.47.1 Konventionelle Röntgendiagnostik
- 81 C.47.2 Computertomographie
- 82 C.47.3 Osteodensitometrie
- 82 C.47.4 Strahlentherapie
- 82 C.47.5 Nuklearmedizin
- 83 C.48 Substitutionsgestützte Behandlung
Opiatabhängiger
- 85 C.49 Ultraschalldiagnostik
- 92 C.50 Vakuumbiopsie der Brust
- 94 C.51 Zytologische Untersuchung von Abstrichen
der Zervix uteri

96 D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

- 96 D.1 Diabetischer Fuß
- 96 D.2 Funktionsstörung der Hand
- 96 D.3 Orientierende Entwicklungsneurologische
Untersuchung und orientierende
Untersuchung der Sprachentwicklung
- 96 D.4 Krebsfrüherkennung der Frau
- 96 D.5 Empfängnisregelung
- 97 D.6 Neurophysiologische Übungsbehandlung
- 97 D.7 Physikalische Therapie

98 E REGIONALE VEREINBARUNGEN

- 98 E.1 Diabetes Mellitus Vertrag mit der DAK
- 99 E.2 Frühe Hilfen
- 101 E.3 Tonsillotomie
- 102 E.4 Venentherapie
- 103 E.5 Leistungen für Familien mit Kindern von
schwer erkrankten Eltern
- 103 E.6 Willkommen Baby

104 F QUALITÄTSFÖRDERUNG

- 104 F.1 Fortbildungsverpflichtung

105 G RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

A KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Bereich	Anzahl berufene Mitglieder und weitere Teilnehmer	
	*Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und /oder der Krankenkasse (KK) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	Sitzungen im Jahr 2018 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Akupunktur	4 Vertreter der KV 4 Stellvertreter der KV	1
Apherese	9 Vertreter der KV 2 Vertreter des MDK	5
Arthroskopie	20 Vertreter der KV 2 Vertreter des MDK	2
Diabetes	5 Vertreter der KV 1 Fachberater	2
Dialyse	4 Vertreter der KV 4 Stellvertreter der KV 2 Vertreter der MDK	4
Herzschrittmacher	3 Vertreter der KV	1
HIV/Aids	8 Vertreter der KV	1
Hygiene	7 Vertreter der KV	1
Intravitreale Medikamenteneingabe	4 Vertreter der KV	2
Invasive Kardiologie	3 Vertreter der KV 3 Stellvertreter der KV	0
Koloskopie	24 Vertreter der KV 1 Stellvertreter der KV 1 Sachverständiger der KV	4
Labor	24 Vertreter der KV	8
Langzeit- EKG	3 Vertreter der KV	0
Mammographie	27 Vertreter der KV	10
Auswahlkommission Mammographie-Screening	1 Vertreter der KV 1 juristischer Vertreter der Verwaltung der KV 1 Vertreter der KK 1 Vertreter des MDK	0
Magnetresonanztomographie	8 Vertreter der KV	7

Bemerkung: *Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Krankenkassen können Ärzte und/oder Psychotherapeuten sein.
Seitens der Krankenkassen gab es keine Sachverständige
In einzelnen Bereichen wurden die Kommissionen nicht im Rahmen von Sitzungen, sondern im schriftlichen Umlaufverfahren tätig.

Bereich**Anzahl berufene Mitglieder und weitere Teilnehmer**

***Vertreter der Kassenärztlichen
Vereinigung (KV) und /oder der Kranken-
kasse (KK) und Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung (MDK)**

**Sitzungen im Jahr
2018 gegebenenfalls
inklusive Kolloquien**

Neuropsychologische Therapie	6 Vertreter der KV	1
Onkologie	12 Vertreter der KV	1
Positronenemissionstomographie (PET) und Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	5 Vertreter der KV	1
Photodynamische Therapie/ Phototherapeutische Keratektomie	4 Vertreter der KV	0
Polygraphie/Polysomnographie	5 Vertreter der KV	0
Qualitätsmanagement	4 Vertreter der KV 2 Stellvertreter der KV 1 Vertreter der KK 1 Stellvertreter der KK	1
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	14 Mitglieder der KV 13 Stellvertreter der KV darunter 8 Fachberater der KV 2 Vertreter des MDK	18 Sitzungen 16 Strukturqualität 2 Ergebnisqualität
Schmerztherapie	4 Vertreter der KV 4 Stellvertreter der KV	3
Substitution	12 Vertreter der KV 12 Vertreter der KK	8
Ultraschall „Allgemein“	166 Vertreter der KV	30
Ultraschall „Säuglingshüfte“ (Stichprobenprüfung)	30 Vertreter der KV	9
Vakuumbiopsie der Brust	6 Vertreter der KV	1
Zytologie	8 Vertreter der KV 2 Vertreter der KK	1

Bemerkung: *Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Krankenkassen können Ärzte und/oder Psychotherapeuten sein.
Seitens der Krankenkassen gab es keine Sachverständige
In einzelnen Bereichen wurden die Kommissionen nicht im Rahmen von Sitzungen, sondern im schriftlichen Umlaufverfahren tätig.

B ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)

Arzt-Psychotherapeutengruppe Schwerpunktbezeichnung	Anzahl der an der vertrags- ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten
Allgemeinärzte	4.960
Praktische Ärzte/Ärztinnen	298
Anästhesisten	544
Augenärzte	766
Chirurgen	857
Gefäßchirurgie	146
Kinderchirurgie	36
Plastische Chirurgie	62
Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	15
Unfallchirurgie	320
Visceralchirurgie	148
Frauenärzte	1.629
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktions- medizin	45
Gynäkologische Onkologie	51
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	55
HNO-Ärzte	521
Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie	14
Hautärzte	501
Humangenetiker	39
Internisten*	3.480
Hausärztlich tätige Internisten	1.874
Fachärztlich tätige Internisten	1.606
Angiologie	98
Diabetologie und Endokrinologie	62
Gastroenterologie	301
Geriatrie	0
Hämatologie/internistische Onkologie	171
Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin	0
Kardiologie	450
Nephrologie	220
Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde	176
Rheumatologie	75

Arzt-Psychotherapeutengruppe Schwerpunktbezeichnung	Anzahl der an der vertrags- ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten
Kinderärzte	1.062
Infektiologie	0
Kinder-Endokrinologie und Diabetologie	0
Kindergastroenterologie	0
Kinderhämatologie und -onkologie	19
Kinderkardiologie	54
Kinder-Pneumologie, Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde	1
Kindernephrologie	3
Kinderneuropsychiatrie	0
Kinderrheumatologie	0
Neonatologie	145
Neuropädiatrie	68
Kinder- und Jugendpsychiater	126
Laborärzte	176
Mikrobiologie	66
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	151
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	764
Forensische Psychiatrie	2
Kinderneuropsychiatrie	0
Neurochirurgen	102
Nuklearmediziner	100
Orthopäden	973
Rheumatologie	56
Pathologen	129
Neuropathologie	1
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	62
Ärztliche Psychotherapeuten	944
Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	559
Psychotherapeuten ohne Ärztliche Psychotherapeuten	3.199
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	796
Psychologische Psychotherapeuten	2.403
Radiologen/diagnostische Radiologen	511
Kinderradiologie	15
Neuroradiologie	38
Strahlentherapie	1
Strahlentherapeuten	121
Transfusionsmediziner	28
Urologen	398
Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen	22.441

Bemerkung:

* Seit dem 31.12.2013 werden Lungenärzte nicht mehr als separate Arztgruppe ausgewiesen, sondern der Arztgruppe der Internisten zugewiesen.

Quelle: Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.2018

C GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z

C.1 AD(H)S

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

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

**Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S/ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung),
Rechtsgrundlage: § 73c SGB V, gültig ab dem 01.04.2009 (Stand 19.11.2014)**

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	205	212
beschiedene Anträge	5	8
▪ Genehmigungen	5	8
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	12**	1

Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)

Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise nach § 7 (4) erbracht haben	nicht geprüft*	nicht geprüft*
---	----------------	----------------

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten

Ärzte/Psychotherapeuten, welche die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	nicht geprüft*	nicht geprüft*
---	----------------	----------------

Bemerkung:

* Prüfung nach Beschluss des Vertragsausschusses ausgesetzt

**Statuserende

C. 2 Akupunktur

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

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

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

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

Die Leistungen der Akupunktur können nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischen

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

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

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

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

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.01.2007,
zuletzt geändert zum 01.01.2016

Genehmigungen	31.12.2018		31.12.2017	
Ärzte mit Genehmigung	1.453		1.502	
beschiedene Anträge	53		36	
▪ Genehmigungen	53		36	
▪ Ablehnungen	0		0	
Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0		0	
Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6
	7	0	30	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5		14	

Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess	2018		2017	
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	1.243		1.293	
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	Ärzte bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden	Ärzte bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden
	15	58	Dokumentationsprüfung bis 31.12.2017 ausgesetzt	Dokumentationsprüfung bis 31.12.2017 ausgesetzt
▪ bestanden	12	43	-	-
▪ nicht bestanden	3	15	-	-
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	0	-	-
▪ ohne Beanstandungen	0	0	-	-
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	-	-

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse	2018		2017	
geprüfte Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
	876	827	-	-
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
	56	162	-	-
▪ unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1	0	-	-
▪ nicht nachvollziehbar/nicht nachvollziehbar begründet	6	82	-	-
▪ unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar/nicht nachvollziehbar begründet	49	80	-	-

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2	2018	2017
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.340	1.410

C. 3 Ambulantes Operieren

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

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

des Robert Koch-Institutes in

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.12.2011

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	4.858	4.914
beschiedene Anträge	587	386
▪ Genehmigungen	585	385
▪ Ablehnungen	2	1
Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	12	4

C. 4 Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Die Ausführung und Abrechnung von Apherese ist genehmigungspflichtig und erst nach Erteilung einer Genehmigung zu den Blutreinigungsverfahren (Dialyse) oder, bei Vorlage von entsprechenden Belegen, für Fachärzte für Transfusionsmedizin möglich.

Rechtsgrundlage ist die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apherese als

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

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.01.1991, zuletzt geändert zum 06.03.2015

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigungen	135	134
beschiedene Anträge	12	10
▪ Genehmigungen	12	10
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung		
Stand	2018	2017
Erstanträge	1	0
▪ angenommen	1	0
▪ abgelehnt	0	0
Folgeanträge	5	1
▪ angenommen	5	1
▪ abgelehnt	0	0

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

Stand	2018	2017
Erstanträge	1	4
▪ angenommen	1	3
▪ abgelehnt	0	1
Folgeanträge	40	35
▪ angenommen	39	35
▪ abgelehnt	1	0

LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Stand	2018	2017
Erstanträge	25	7
▪ angenommen	14	3
▪ abgelehnt	11	4
Folgeanträge	14	13
▪ angenommen	13	13
▪ abgelehnt	1	0

Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

Stand	2018	2017
Erstanträge	0	0
Folgeanträge	0	0

C. 5 Arthroskopie

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

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach Paragraph 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie) enthält bundesweit einheitliche Beurteilungskriterien für arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk. Auf der Basis dieser Kriterien werden stichprobenartige Überprüfungen der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen arthroskopischer Operationen durchgeführt.

Arthroskopie-Vereinbarung

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 01.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) am 01.01.2015

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie,

Rechtsgrundlage § 136 SGB V, gültig seit dem 03.03.2010, zuletzt geändert zum 20.12.2018

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigungen	608	613
beschiedene Anträge	55	47
▪ Genehmigungen	55	47
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (§ 8)	0	0
Praxisbegehungen (§ 6 Abs. 3)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2018		2017	
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	349		371	
geprüfte Ärzte	18		52	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	14		40	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	4		12	
Begründungen: falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde sonstige Kommentare	entfällt		entfällt	
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
keine Beanstandungen	2	0	18	3
geringe Beanstandungen	3	0	9	3
erhebliche Beanstandungen	2	0	4	1
schwerwiegende Beanstandungen*	7	0	9	5
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung /Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	14		31	
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/ aufgefordert wurden <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	0		0	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) <i>gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b</i>	9		19	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0		0	
Genehmigungswiderrufe <i>gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1</i>	1		0	
der mit Auflagen versehenen Genehmigungen <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.</i>	0		0	
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8</i>	0		0	

Bemerkung: * Das Fehlen einzelner inhaltlicher Anforderungen (z.B. 2 oder mehr Kompartimente, fehlende Patienten-ID) wird als schwerwiegende Beanstandung gewertet.

C. 6 Balneophototherapie

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

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

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

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2010

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
mit Genehmigungen	110	99
beschiedene Anträge	15	10
▪ Genehmigungen	15	10
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Praxisbegehungen (§ 9 Abs. 5)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	1

Wartungsnachweise § 8	2018	2017
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	87	92
geprüfte Ärzte (§ 8 Abs. 2)	22	21
▪ Nachweise erbracht	20	17
▪ Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	2*	4*
nochmaliger Aufforderungen (§ 8 Abs. 3)	1	3
▪ Nachweise erbracht	1	3
▪ Nachweise innerhalb 1 Monat nicht erbracht	0	0

Bemerkung: * Ein Arzt hat die Genehmigung zurückgegeben.

C. 7 Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen (Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie)

Die transurethrale Botulinumtoxin-Therapie ist bei den folgend genannten Indikationsbereichen anwendbar. Bei einer idiopathisch überaktiven Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Der andere Indikationsbereich setzt eine Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose voraus.

Ab 1. Januar 2018 wurde die transurethrale Botulinumtoxin-Therapie als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Urologen und Gynäkologen können sie abrechnen.

Voraussetzung für die Abrechnung der Botoxbehandlung nach den GOP 08312 und 26316 EBM

ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese wird erteilt, wenn jährlich die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME-Punkten nachgewiesen wird. Die Leistung ist parallel zur Zystoskopie je vollendete zehn Minuten und maximal fünf Mal pro Sitzung berechnungsfähig.

Die neuen GOP werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Für die extrabudgetäre Vergütung der Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 ist die bundeseinheitliche Kennzeichnung bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, mit dem Buchstaben „T“ erforderlich.

Die Kosten für die Beschaffung des Arzneimittels Botox® trägt die Krankenkasse des gesetzlich versicherten Patienten. Dazu stellt der Arzt dem Patienten ein Rezept aus, das in der Apotheke eingelöst werden kann. Alternativ beschafft der Arzt das Arzneimittel und erhält die Kosten erstattet.

Rechtsgrundlage: EBM GOP 08312, 08313 bzw. 26316, 26317, gültig seit dem 1.1.2018

Genehmigungen, Stand		31.12.2018
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung		113
Anzahl beschiedene Anträge		113
▪ davon Anzahl Genehmigungen		113
▪ davon Anzahl Ablehnungen		0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen		0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungs-genehmigung		0

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.		2018
Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr erbracht haben		ab 2019

C. 8 Blutreinigungsverfahren/ Dialyse

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.1997, zuletzt geändert zum 01.04.2014

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, gültig seit dem 01.07.2009, zuletzt geändert zum 01.07.2018

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, gültig seit dem 24.06.2006, zuletzt geändert zum 12.04.2017

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigungen	243	242
beschiedene Anträge	24	18
▪ Genehmigungen	24	18
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 3)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Patienten	2018	2017
Patienten	8.754	11.108

Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Satz 1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2018

Stand	2018				2017			
Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1	I/ 2018	II/ 2018	III/ 2018	IV/ 2018	I/ 2017	II/ 2017	III/ 2017	IV/ 2017
	78	78	78	78	77	75	76	76
Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4				4			
Zusammensetzung der Kommissionen (ärztlich, nichtärztlich KV-, KK-Vertreter, andere)	4 ärztliche Mitglieder der KV 4 stellvertretende Mitglieder der KV 2 ärztliche Mitglieder des MDK				4 ärztliche Mitglieder der KV 5 stellvertretende Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK			
Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	21				26			
▪ ohne Beanstandungen	17				19			
▪ mit Beanstandungen	4				7			

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

Stand	2018	2017
Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	0
durchgeführte Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	0
Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0
widerrufene Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0

C. 9 DMP

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

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

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK; IKK; VdeK (und SVLFG)	
Ärzte	31.12.2018	31.12.2017
Genehmigung zur Teilnahme am Programm	249	243
▪ als diabetologisch qualifizierter Arzt	228	221
▪ als diabetologisch qualifizierter Pädiater	36	37
▪ als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	Keine Angaben möglich	0

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK; IKK; VdeK (und SVLFG)	
Ärzte	31.12.2018	31.12.2017
Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.601	6.613
▪ als koordinierender Arzt	6.567	6.575
▪ als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	540	561

Brustkrebs

Vertragsdaten

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden) AOK, Knappschaft, BKK; IKK; VdeK (und SVLFG)

Ärzte	31.12.2018	31.12.2017
mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	750	781
▪ als koordinierender Arzt	750	781

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten

Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden) AOK, Knappschaft, BKK; IKK; VdeK (und SVLFG)

Ärzte	31.12.2018	31.12.2017
Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.457	6.405
▪ als koordinierender Arzt	6.298	6.257
▪ als kardiologisch qualifizierter Facharzt	346	325
▪ als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	91	87

Asthma bronchiale

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK; IKK; VdeK (und SVLFG)	
Ärzte	31.12.2018	31.12.2017
Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.561	6.499
▪ als koordinierender Arzt	6.540	6.476
▪ als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	268	270

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK; IKK; VdeK (und SVLFG)	
Ärzte	31.12.2018	31.12.2017
mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.019	5.971
▪ als koordinierender Arzt	6.009	5.959
▪ als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	134	135

C. 10 Erweitertes Neugeborenen-Screening

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

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

Der Qualitätsbericht der Universität Heidelberg für das Berichtsjahr 2018 lag zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts „Die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg 2019“ der KVBW noch nicht vor.

C. 11 Geriatrie - Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Ältere multimorbide Patienten haben mitunter einen besonderen Behandlungsbedarf. Hierbei setzt die spezialisierte geriatrische Diagnostik an. Spezialisierte Geriater ermitteln den individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten und erstellen einen Behandlungsplan. Der Vertragsarzt, der den Patienten

überwiesen hat, nutzt diesen dann für das Einleiten und Koordinieren geeigneter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen.

Die spezialisierte geriatrische Diagnostik wurde zum 1. Juli 2016 in den EBM aufgenommen (Abschnitt 30.13). Spezialisierte geriatrische Vertragsärzte und Geriatrische Institutsambulanzen (GIA), die zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, können die neuen Leistungen abrechnen.

Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 1.07.2016

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	33	25
Anzahl Institutsambulanzen mit Genehmigungen	3	3
Anzahl Ärzte, die ohne persönliche Genehmigung in Institutsambulanzen tätig sind	9	9
Anzahl erteilt für ermächtigte geriatrische Institutsambulanzen	0	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	8	23
▪ Genehmigungen	8	12
▪ Ablehnungen	0	11
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	3	16
▪ Genehmigungen	0	5
▪ Ablehnungen	3	11
Anzahl beschiedene Anträge auf erneute Genehmigung gemäß § 8 Abs. 5	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Praxisbegehungen (§ 9 Abs. 6)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 8	2018
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 (zweijährlich) vorgelegt haben	16
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben gemäß § 8 Abs. 4	ab 2019
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	ab 2019

C. 12 Gesund schwanger

Die „Gesund schwanger“ Vereinbarung basiert auf der Grundlage von Paragraph 140a SGB V.

Ziel dieser Vereinbarung ist es, die Versorgungsqualität bei schwangeren Versicherten zu erhöhen und durch besondere ambulante Maßnahmen die Frühgeburtenrate zu senken.

„Gesund schwanger“ Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten zwischen dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. und dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. und dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. und der GWQ Service Plus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse und der AG Vertragskoordinierung vertreten durch die KBV gültig seit dem 01.04.2016

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	367	342
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	40	84
▪ Genehmigungen	40	84
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	0

C. 13 Herzschrittmacher-Kontrolle

Untersuchungen zur Herzschrittmacher-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte durchführen, die der Kassenärztlichen Verei-

nigung nachgewiesen haben, dass sie über die benötigte fachliche Qualifikation verfügen und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllt, und ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit dem 01.04.2006, gültig bis 30.09.2018. Die Vereinbarung wird ersetzt durch die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2018.

Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V. Anlage 31 BMV-Ä, gültig zum 01.01.2017

Genehmigungen		bis 30.09.2018
beschiedene Anträge		40
▪ Genehmigungen		40
▪ Ablehnungen		0
Kolloquien (Antragsverfahren)		0
Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)		0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit dem 01.10.2018.

Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V. Anlage 31 BMV-Ä, gültig zum 01.01.2017

Genehmigungsbereich „Herzschrittmacherkontrolle“, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 a)

Genehmigungen		ab 01.10.2018
Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2018)		12
beschiedene Anträge		13
▪ Erstmalig erteilte Genehmigungen (im Berichtsjahr), auch gemäß § 12		12
▪ Ablehnungen		1
abrechende Ärzte		11
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0

Genehmigungsbereich „Herzschrittmacher- und ICD-Kontrolle“, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 b)

Genehmigungen		ab 01.10.2018
Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2018)		4
beschiedene Anträge		4
▪ Erstmalig erteilte Genehmigungen (im Berichtsjahr), auch gemäß § 12		4
▪ Ablehnungen		0
abrechende Ärzte		4
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0

Genehmigungsbereich „Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Kontrolle“, gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 c)

Genehmigungen		ab 01.10.2018
Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2018)		344
beschiedene Anträge		344
▪ Erstmalig erteilte Genehmigungen (im Berichtsjahr), auch gemäß § 12		344
▪ Ablehnungen		0
abrechende Ärzte		330
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0

C. 14 Hautkrebs-Screening

C. 14.1 Histopathologie Hautkrebs-Screening

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

Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

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

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

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

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

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), Abschnitt D Nr. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, gültig mit Änderungen zum 01.07.2008, zuletzt geändert zum 01.01.2019

Genehmigungen	31.12.2018			31.12.2017		
Ärzte mit Genehmigung	75			82		
	neu	erneut gemäß § 5 Abs. 5	erneut gemäß § 8 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 5 Abs. 5	erneut gemäß § 8 Abs. 6
beschiedene Anträge	2	0	0	4	0	0
▪ Genehmigungen	2	0	0	4	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 6	0			0		
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0			0		
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Wegen Nicht-erreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5	Wegen Nicht-erreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5		
	0	0	0	0	0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2			1		

Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2**2018****2017**

	< 1.000	≥ 1.000	< 1.000	≥ 1.000
Ärzte mit vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung	0	73*	2	76***
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben 	0	entfällt	0****	entfällt

**Dokumentationsprüfungen
§ 8 – Prüfprozess**

geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	4
<ul style="list-style-type: none"> ▪ bestanden ▪ nicht bestanden 	3 0	4 0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5a	0	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5b	0	0

**Dokumentationsprüfung § 8
– Mängelanalyse****2018****2017**

geprüfte Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate	30	40
<ul style="list-style-type: none"> ▪ vollständig und nachvollziehbar ▪ vollständig aber nicht nachvollziehbar ▪ nicht vollständig aber nachvollziehbar ▪ weder vollständig noch nachvollziehbar 	30 0 0 0	38 0 2 0

Bemerkungen:

- * Prüfzeitraum Quartale 4/2017 – 3/2018: (Ärzte mit Genehmigung Stand 30.09.2018: 77 Ärzte)
4 Ärzte in KV-UEBAG, Prüfung durch KVB (Hauptbetriebsstätte in Bayern)
- ** 1 Arzt hat die Genehmigung zurückgegeben (Eintragung im Qualitätsbericht 2017)
- *** Prüfzeitraum Quartale 4/2016 – 3/2017: (Ärzte mit Genehmigung Stand 30.09.2017: 82 Ärzte)
4 Ärzte in KV-UEBAG, Prüfung durch KVB (Hauptbetriebsstätte in Bayern)
- **** Die Ärzte haben die Genehmigung in 2018 zurückgegeben (Eintragung im Qualitätsbericht 2018)

C. 14.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung	5.687	5.673
beschiedene Anträge	309	352
▪ Genehmigungen	307	349
▪ Ablehnungen	2	3
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung	462	455
beschiedene Anträge	28	29
▪ Genehmigungen	28	29
▪ Ablehnungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 15 HIV-Infektionen/ Aids-Erkrankungen

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.07.2009

Genehmigungen	31.12.2018			31.12.2017		
Ärzte mit Genehmigungen	37			37		
	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5
beschiedene Anträge	2	0	0	4	0	0
▪ Genehmigungen	2	0	0	4	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 4	1			1		
▪ bestanden	1			1		
▪ nicht bestanden	0			0		
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0			0		
Widerrufe von Genehmigungen von Abrechnungsgenehmigungen, insgesamt	0			0		
▪ wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3	0			0		
▪ wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4	0			0		
▪ wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4	0			0		
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0			0		

Frequenzregelung § 10 Abs. 1 Nr. 1	2018		2017	
Ärzte mit jährlich durchschnittlich ... betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	< 25	≥ 25	< 25	≥ 25
	0	37	5	32
▪ Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen	0	entfällt	0	entfällt
▪ Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	0	entfällt	1	entfällt

Fortbildung § 10 Abs. 1 Nr. 2	2018	2017
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	37	37
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4	0	1

Dokumentationsprüfung § 8 – Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	2018	2017
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4
▪ bestanden	4	3
▪ nicht bestanden	0	1
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	0
▪ Begründung ausreichend	0	0
▪ Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0

Dokumentationsprüfung § 8 – Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	2018	2017
geprüfte Dokumentationen insgesamt	40	40
▪ vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	30
▪ vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
▪ nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	10
▪ nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität		
▪ nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)	0	0
▪ mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)	0	0
▪ mangelnde Screening-Veranlassung (Anlage 1, Punkt 9)	0	0

C. 16 Homöopathie

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

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

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

Vereinbarung über die vertragsärztliche Behandlung mittels Homöopathie mit dem BKK Landesverband der Betriebskrankenkassen, gültig seit Neufassung zum 01.04.2008

Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73 c SGB V mit der SECURVITA BKK und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, gültig seit dem 01.07.2009

Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73 c SGB V mit der IKK classic, gültig seit dem 01.01.2011

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

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	217	227
▪ Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK	212	116
▪ Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK Securvita	213	222
▪ Genehmigungen ausschließlich Homöopathie IKK classic	193	204
beschiedene Anträge	11	9
▪ Genehmigungen	11	9
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	7

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung

Baden-Württemberg

Albstadtweg 11

70567 Stuttgart

Telefon 0711 7875-0

Telefax 0711 7875-3274

C. 17 Hörgeräteversorgung

C. 17.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene

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

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

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

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

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

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

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

Nach Erhalt einer Genehmigung sind weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen organisatorischer Art einzuhalten:

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

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

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

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

Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung sind folgende Auflagen zu erfüllen:

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

**Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2012,
zuletzt geändert zum 01.01.2016**

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigungen	485	469
beschiedene Anträge	32	21
▪ Genehmigungen	27	21
▪ Ablehnungen	5	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	1
▪ bestanden	0	1
▪ nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
▪ wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	0	0
▪ wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	3
Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1	2018	2017
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	485	469
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0
Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2	2018	2017
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	485	ausgesetzt
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0

C. 17.2 Hörgeräteversorgung - Kinder

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.07.2012, zuletzt
geändert zum 01.01.2016**

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigungen	22	21
beschiedene Anträge	2	1
▪ Genehmigungen	1	1
▪ Ablehnungen	1	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
▪ wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	0	0
▪ wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1	2018	2017
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	22	21
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0
Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2	2018	2017
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	22	ausgesetzt
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0

C. 18 Holmium-Laser-Eingriffe beim benignen Prostatasyndrom

Zum 1. April 2016 wurde die Behandlung des benignen Prostata-Syndroms (bPS) mittels Holmium-Laser in den EBM aufgenommen. Belegärztlich tätige Fachärzte für Urologie dürfen die entsprechenden Enukleations- oder Resektionsbehandlungen der Prostata durchführen. Sie benötigen dafür eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Ebenfalls am 1. April 2016 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-V) Holmium-Laser bei benignen Prostatasyndrom in Kraft getreten. Zentrale Punkte der QS-V sind die apparativen und organisatorischen Anforderungen. Zudem werden Anforderungen an die Dokumentation und die vom Arzt zu erstellende zusammenfassende Jahresstatistik festgeschrieben.

Die QS-V sieht eine Übergangsregelung für Urologen vor, die bereits vor dem Inkrafttreten der QS-V am 1. April 2016 Holmium-Laser-Behandlungen bei benignem Prostatasyndrom durchgeführt haben.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nichtmedikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser (Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser bei bPS), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2016

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2018. zuletzt geändert zum 01.01.2019

Genehmigungen	31.12.2018		31.12.2017	
Ärzte mit Genehmigung	7		0	
Anzahl abrechnende Ärzte	7		0	
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	neu	neu	erneut	erneut
	7	0	0	0
▪ Genehmigungen	7	0	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen (§ 8 Abs. 6)	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	
Gerätetechnische Angaben § 9 Abs. 1, Nr. 2 Buchst. e)	2018		2017	
I Holmium-Laser				
▪ genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung unter 50 W	0		0	
▪ genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung 50 W bis 64 W	0		0	
▪ genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung 65 W bis 79 W	0		0	
▪ genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung 80 W und mehr	2		0	
II Thulium-Laser				
▪ genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung 70 W bis 99 W	0		0	

▪ genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung 100 W und mehr	3	0
III Photoselektive Vaporisation der Prostata		
▪ genehmigte KTP-Laser mit einer Wattleistung 80 W	0	0
▪ genehmigte LBO-Laser mit einer Wattleistung 120 W	0	0
▪ genehmigte LBO-Laser mit einer Wattleistung 180 W	0	0

Dokumentationsprüfung § 6 Abs. 2 (fakultativ)

Ärzte, deren Dokumentation geprüft wurde	0	0
--	---	---

Anlassbezogene Prüfungen nach § 7 Abs. 4 bzw. Anlage 1 Nr. 10.2

▪ überprüfte Ärzte anlässlich Auffälligkeiten in der Jahresstatistik	0	0
--	---	---

C. 19 Interventionelle Radiologie

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

Aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrades der Erbringung von angiographischen Leistungen wurden Anforderungen an die ärztliche Routine formuliert. Während Genehmigungsinhaber zur Durchführung ausschließlich diagnostischer Katheterangiographien jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen nachweisen müssen, haben Genehmigungsinhaber zur Durchführung von diagnostischen Katheterangiographien und therapeutischen Eingriffen einen Nachweis über mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe, wovon mindestens 50 therapeutische Eingriffe sein müssen, zu erbringen.

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.07.2006, zuletzt geändert zum 01.10.2010

Diagnostische Katheterangiographien

Genehmigungen § 3 Abs. 1	31.12.2018		31.12.2017	
Ärzte mit Genehmigungen	6		7	
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6
	1	0	0	1
	▪ Genehmigungen	1	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0		0	
	wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen	aus sonstigen Gründen	wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen	aus sonstigen Gründen
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	

Frequenzregelung	2018		2017	
Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
	6	0	7	0
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	5	entfällt	6	entfällt

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Genehmigungen § 3 Abs. 2	31.12.2018		31.12.2017	
Ärzte mit Genehmigung	31		33	
	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7
beschiedene Anträge	0	0	1	0
▪ Genehmigungen	0	0	1	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1		3	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (< 100)	0		0	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei therapeutischen Eingriffen (< 50)	0		1	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (<100) und bei therapeutischen Eingriffen (< 50)	1		2	
▪ aus sonstigen Gründen	0		0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1		0	

Frequenzregelung	2018		2017	
Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
	26	5	26	7
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	24	entfällt	24	entfällt
Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
	26	5	26	7
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	23	entfällt	22	entfällt

C. 20 Intravitreale Medikamenteneingabe

Die intravitreale Medikamenteneingabe – kurz IVM – wurde zum 1. Oktober 2014 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die IVM kann bei Augenerkrankungen, zum Beispiel der feuchten altersbedingten Makuladegeneration, angewendet werden.

Vertragsärzte, die diese IVM-Leistungen durchführen und abrechnen wollen, benötigen dafür eine Genehmigung ihrer KV. Die QS-Vereinbarung IVM regelt unter anderem die Anforderungen, die beim Antrag nachzuweisen sind. Demnach muss der Arzt die Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“ führen und mindestens 250 Flu-

oreszenzangiographien am Augenhintergrund selbstständig unter Anleitung ausgewertet haben. Nachzuweisen ist die Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie) und die erfolgreiche Teilnahme an einem mindestens vierstündigen IVM-Kurs. Darüber hinaus muss er über einen Operationsraum verfügen und die Anwendung der fachgerechten Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren nachweisen sowie ein OP-Mikroskop vorhalten. Die Indikation und Durchführung der IVM ist zu dokumentieren.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung sieht eine Übergangsregelung für die Augenärzte vor, die bereits vor ihrem Inkrafttreten am 1. Oktober 2014 intravitreale Medikamenteneingaben durchgeführt haben.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2014, zuletzt geändert zum 01.04.2017

Genehmigungen	2018	2017
Ärzte mit Genehmigungen	256	238
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	207	193
beschiedene Anträge	46	48
▪ Genehmigungen	46	42
▪ Ablehnungen	0	6
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	21

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 2 (bezogen auf Ärzte)

Ärzte geprüft gemäß § 6 Abs. 2	26	20
▪ Anforderungen erfüllt	19	15
▪ Anforderungen nicht erfüllt	7	5

**Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 2
(bezogen auf Dokumentationen)****2018****2017**

geprüfte Dokumentationen	2018	2017
darunter Dokumentationen		
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	27	28
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	10	4
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	1	3
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	11	1
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	8	2

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 5 (bezogen auf Ärzte)

▪ erneute Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5	3	5
▪ davon ohne Beanstandungen	1	3
▪ davon mit Beanstandungen	2	2

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 5 (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	2018	2017
darunter Dokumentationen		
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	13	10
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	3	0
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	0	0
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	0	0
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	0	0
▪ Anzahl Kolloquien gemäß § 6 Abs. 5 und Abs. 6	0	0

C. 21 Invasive Kardiologie

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

von Leistungen der invasiven Kardiologie in der vertragsärztlichen Versorgung.

In dieser seit dem 1. Oktober 1999 (aktualisiert am 1. Januar 2013) 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.

Vereinbarung zur invasiven Kardiologie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.1999, zuletzt geändert zum 01.01.2019

Diagnostische Katheterisierungen

Genehmigungen	31.12.2018		31.12.2017	
Ärzte mit Genehmigung	14		15	
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3
	1	0	0	1
▪ Genehmigungen	1	0	0	1
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0		0	
Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nicht-erreichen Mindestzahl	aus sonstigen Gründen	Nicht-erreichen Mindestzahl	aus sonstigen Gründen
	0	0	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1		0	

Frequenzregelung	2018		2017	
Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
	13	1	15	0
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	12	entfällt	14	entfällt

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Genehmigungen		31.12.2018		31.12.2017				
Ärzte mit Genehmigung	79			79				
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3		neu	erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3			
	8	1		5	0			
▪ Genehmigungen	7	1		5	0			
▪ Ablehnungen	1	0		0	0			
Kolloquien (Antragsverfahren)	0			0				
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0			0				
Widerrufe von Genehmigungen	Nichterreichen Mindestzahl			Nichterreichen Mindestzahl				
	gesamt	< 150 ges. + therap.	< 50 therap.	aus sonstigen Gründen	gesamt	< 150 ges. + therap.	< 50 therap.	aus sonstigen Gründen
	5	5	0	0	1	1	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3			2				

Frequenzregelung		2018		2017	
Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291, 34292)	< 150	≥ 150	< 150	≥ 150	
	62	17	64	15	
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	58	entfällt	57	entfällt	
Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50	
	66	13	70	9	
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	62	entfällt	61	entfällt	

C. 22 Kapselendoskopie-Dünndarm

Am 1. Juli 2014 wurde die Kapselendoskopie als neue Leistung in den EBM aufgenommen. Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie dürfen sie durchführen. Sie benötigen dafür eine Genehmigung der Kassenzärtlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

Die Anforderungen, die Vertragsärzte für die Genehmigung erfüllen müssen, sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie aufgeführt. Sie ist am 1. Juli 2014 in Kraft getreten. Der zentrale Punkt sind die apparativen und organisatorischen Anforderungen. Zudem werden Anforderungen an die Dokumentation und die vom Arzt zu erstellende zusammenfassende Jahresstatistik definiert.

Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.07.2014

Genehmigungen Applizierer	31.12.2018	31.12.2017
aller Ärzte mit Genehmigung zur Applikation	80	76
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	56	58
beschiedene Anträge	5	6
▪ Genehmigung erteilt	5	6
▪ Antrag abgelehnt	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	4

Genehmigungen Auswerter	2018	2017
aller Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	77	73
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	54	58
beschiedene Anträge	5	6
▪ Genehmigung erteilt	5	6
▪ Antrag abgelehnt	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	4

Gerätetechnische Angaben § 10 Abs. 1, Nr. 2	2018	2017
genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4		
▪ applizierende Ärzte	6	6
▪ genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4 auswertende Ärzte	6	6

Dokumentationsprüfung § 7 Abs. 6 (fakultativ)	2018	2017
überprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	0*	0*
überprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 4 bzw. Anlage 1 Nr. 10.2 (anlässlich der Prüfung der Jahresstatistik)	0	0

Bemerkung: * Dokumentationsprüfungen werden bisher nicht durchgeführt!

C. 23 Koloskopie

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

Die Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie. Zentraler Punkt der Koloskopie-Vereinbarung 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 Koloskop-Aufbereitung durchgeführt werden.

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung geändert. Unter anderem gibt es nunmehr eine Stichprobenprü-

fung 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.

Eine weitere Änderung der Vereinbarung trat zum 1. Juli 2012 in Kraft. Die Dokumentationsprüfung findet nun - unter der Voraussetzung, dass bei der vorhergehenden Überprüfung die Auflagen erfüllt wurden - alle zwei Jahre statt. Diese Regelung betrifft die Untersuchungsfrequenz und die Überprüfung der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen. Sie betrifft Koloskopien und Polypektomien gleichermaßen.

Am 19. Juli 2018 erfolgte eine Änderung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme. Künftig ist für männliche Patienten ab dem 50. Lebensjahr eine Früherkennungskoloskopie möglich. Die übrigen Regelungen zu Intervallen bei der Inanspruchnahme von Früherkennungskoloskopien und iFOB-Tests auf okkultes Blut im Stuhl bleiben im Vergleich zu den bisherigen Vorgaben der KFE-RL unverändert. Patienten erhalten künftig Einladungen durch die jeweilige Krankenkasse im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren mit einem einheitlichen Einladungsschreiben. Die Umsetzung ist voraussichtlich ab Juli 2019 geplant.

**Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2002, zuletzt
geändert zum 01.07.2012**

**Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL, Abschnitt D Nr. 2,
Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4
SGB V, gültig seit dem 19.10.2018**

**Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen
(Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), Abschnitt D Nr. III,
Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4
SGB V, gültig mit Änderungen zum 01.07.2008, zuletzt geändert zum 19.10.2018**

Genehmigungen

31.12.2018

31.12.2017

Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	12		13	
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	358		355	
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5
	1	0	0	0
	▪ Genehmigungen	1	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5
	26	0	32	0
	▪ Genehmigungen	26	0	32
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
genehmigte Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	0		0	
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
bestanden	0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	1		1	
▪ wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0		0	
▪ ausschließlich wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei < 200 totalen Koloskopien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e	wegen Nicht-erreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e	wegen Nicht-erreichen Mindestzahl
	0	0	0	0
▪ ausschließlich wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei < 10 Polypektomien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c	wegen Nicht-erreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c	wegen Nicht-erreichen Mindestzahl
	1	0	1	0
▪ sowohl wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e § 6 Abs. 4b-c	wegen Nicht-erreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e § 6 Abs. 4b-c	wegen Nicht-erreichen Mindestzahl
	0	0	0	0
Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigung	14		11	

Totale Koloskopien

Frequenzregelung	2018		2017	
	< 200	≥ 200	< 200	≥ 200
Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	26	149	8	57
<ul style="list-style-type: none"> Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben 	25 (2 FA für Kinder-u.Jugendmedizin 1 Frequenz nicht erfüllt)	entfällt	8	entfällt

Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	175	65
<ul style="list-style-type: none"> bestanden nicht bestanden 	169 6 (*1 FA f.Kinder-u.Jugendmedizin ausschließlich wg. Frequenz)	64 1
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Prüfrhythmus geändert ab 2015 aufgrund Änderung der QS-Ver- einbarung	Prüfrhythmus geändert ab 2015 aufgrund Änderung der QS-Ver- einbarung
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	2	2 **
<ul style="list-style-type: none"> bestanden nicht bestanden 	1 1	1 1
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	0	0
<ul style="list-style-type: none"> bestanden nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl 	0 0 0	0 0 0

Bemerkung:

* 1 Kinder-Gastroenterologe ausschließlich wegen Frequenz

** nur Stichprobenprüfung, keine Frequenzprüfung

Polypektomien

Frequenzregelung	2018		2017	
	< 10	≥ 10	< 10	≥ 10
Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	16	157	2	63
<ul style="list-style-type: none"> Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben 	16	entfällt	2	entfällt

Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	169 (2 weniger, da FA Kinder-u. Jugendmedizin)	62
▪ bestanden	163	60
▪ nicht bestanden	6	2
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Prüfrhythmus geändert ab 2015 aufgrund Änderung der QS-Vereinbarung	Prüfrhythmus geändert ab 2015 aufgrund Änderung der QS-Vereinbarung
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	4	6
▪ bestanden	3	6
▪ nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	1	0
▪ nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	0

Bemerkung:

Überprüfungen der Dokumentation und der Frequenz sind in der KV organisatorisch verbunden. Frequenzangaben erfolgen für Ärzte, die in der Dokumentationsprüfung sind.

Prüfungen zur Hygienequalität

Stand	2018	2017
überprüfte Praxen (nicht Koloskope!)	277	260
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	546	506*
▪ bestanden	531	494
▪ nicht bestanden	15	12
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	15	12
▪ bestanden	15	11
▪ nicht bestanden	0	1
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8b Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	0	1
▪ bestanden	0	1
▪ nicht bestanden	0	0

Bemerkung:

* Bezirksdirektion Stuttgart: 14 Praxen wurden im 1. Halbjahr nicht geprüft, da noch kein Labor benannt oder kein Termin erhalten haben.

C. 24 Künstliche Befruchtung

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

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

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

Richtlinien über künstliche Befruchtung, Rechtsgrundlage: § 27a Abs. 4 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i. V. m. § 135 Abs. 1 SGBV. gültig ab dem 14.08.1990, Neufassung 18.12.2012

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	72	75
Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	35	35

C. 25 Laboratoriumsuntersuchungen

Zum 1. April 2018 wurde die bisher geltende Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung durch die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin ersetzt. Sie regelt die Erbringung von Leistungen des Kapitels 32.3 und entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM.

Bei Beantragung einer Genehmigung ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium obligatorisch. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin – für ausgewählte Leistungen auch Mikrobiologen, Transfusionsmediziner und entsprechend EBM weitere Facharztgruppen – sind von der Teilnahme am Kolloquium ausgenommen. Eine Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, dass innerhalb von 12 Monaten diverse Nachweise zum internen Qualitätsmanagement zu erbringen sind (§ 5 Abs.1)

Die Abrechnung von Laborleistungen setzt die Erfüllung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) voraus. Diese enthält unter anderem verpflichtende Regelungen zur internen und externen Qualitätssicherung (Ringversuche)

Um zu überprüfen, ob die Anforderungen der RiliBÄK erfüllt werden, sind Dokumentationsprüfungen von 15 % der abrechnenden Ärzte vorgesehen. Die einzureichenden Dokumentationen müssen Aussagen über das interne Qualitätsmanagementsystem (z.B. Qualitätsmanagement-Handbuch, Gerätenachweise, Mitarbeiterqualifikation, Fehlermanagement) und die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung (Ringversuche) enthalten (§ 5 Abs. 3 der QS-Vereinbarung).

Die Nachweise der Auflage zur Erteilung der Genehmigung sowie der Dokumentationsprüfung gelten bei Vorlage einer gültigen Akkreditierungsurkunde gemäß DIN EN ISO 15189 als erfüllt.

Richtlinien für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung – Anhang zu Abschnitt E der Richtlinie,

Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V (gültig seit dem 01.10.1987, zuletzt geändert zum 9.5.1994) i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.01.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015 gültig bis zum 30.03.2018. Die Richtlinie wird ersetzt durch die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2018

Genehmigungen	bis 31.03.2018
beschiedene Anträge	32
▪ Genehmigungen	23
▪ Ablehnungen	9
Kolloquien (Antragsverfahren)	5
▪ bestanden	5
▪ nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Genehmigungen

ab 01.04.2018

Ärzte mit Genehmigung (Stand 31.12.2018)	1.514
Anzahl abrechnender Ärzte (Quartal III/2018)	1.297
beschiedene Anträge	47
▪ Genehmigungen	43
▪ Ablehnungen	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	24
▪ bestanden	23
▪ nicht bestanden	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung nach § 5

Anzahl der nach § 5 Abs. 1 überprüften Ärzte	10
▪ ohne Beanstandungen	1
▪ mit Beanstandungen	0
▪ davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	9
Anzahl der nach § 5 Abs. 3 überprüften Ärzte	ab 2019

C. 26 Langzeit-EKG Untersuchungen

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

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.1992; zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015

Genehmigungen

31.12.2018

31.12.2017

Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung,	1.135	1.242
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	2.115	1.975
beschiedene Anträge	268	206
▪ Genehmigungen	254	199
▪ Ablehnungen	14	7
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 27 Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

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

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie-Vereinbarung, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.1993 zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.04.2001, zuletzt geändert zum 20.12.2018

Allgemeine Kernspintomographie

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	463	453
beschiedene Anträge	47	52
▪ Genehmigungen	47	52
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	1
▪ bestanden	0	0
▪ nicht bestanden	1	1
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	0

Kernspintomographie der Mamma

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	76	68
beschiedene Anträge	15	7
▪ Genehmigungen	14	5
▪ Ablehnungen	1	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	10	5
▪ bestanden	10	4
▪ nicht bestanden	0	1
▪ Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	0

Frequenzregelung	31.12.2018	31.12.2017
jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	67	66
▪ mindestens 50 Untersuchungen	29	30
▪ weniger als 50 Untersuchungen	38	36

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V

2018

2017

abrechnende Ärzte (III. Quartal)	437		439	
geprüfte Ärzte	3		23	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	0		23	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	3		0	
Begründungen: falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	entfällt		entfällt	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde ▪ sonstige Kommentare 				
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
▪ keine Beanstandungen	0	0	15	0
▪ geringe Beanstandungen	0	2	7	0
▪ erhebliche Beanstandungen	0	0	1	0
▪ schwerwiegende Beanstandungen	0	1	0	0
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	2		14	
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/ aufgefördert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		0	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0		0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1		0	
▪ davon bestanden	0		0	
▪ davon nicht bestanden	1		0	
Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	1		0	
mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0		0	
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0		0	

C. 28 Magnetresonanz-Angiographie

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

In der zum 1. Oktober 2007 in Kraft gesetzten und am 1. Oktober 2015 aktualisierten „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur MR-Angiographie“ wurde die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MR-Angiographie unter den Vorbehalt einer Genehmigung durch die KVBW gestellt. Im Einzelnen werden in dieser Vereinbarung die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung geregelt.

Fachliche Voraussetzung zur Erlangung der Genehmigung sind die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie, eine mindestens zweijährige überwiegende Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik (in den letzten 5 Jahren vor Antragsstellung) sowie der Nachweis von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn-

und Halsgefäße) unter Anleitung eines weiterbildungsbefugten Arztes. Die nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mit der TOF- (Time-of-Flight) und/oder der PC- (Phasenkontrast) Technik und mindestens zu 20 Prozent mit der CE- (Kontrastmittelverstärkung) Technik erstellt worden sein.

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

Die Vereinbarung legt außerdem einen Mindestumfang für die Dokumentation fest. Die Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung wird durch eine Stichprobenprüfung geprüft. Hierzu werden jährlich mindestens zwölf Dokumentationen von 20 Prozent der Ärzte begutachtet, die MR-Angiographien ausführen und abrechnen. Die Beurteilung der Dokumentationen erfolgt hinsichtlich einer nach Gefäßart und -region gegliederten Liste von klinischen Fragestellungen, die eine Indikation zur MR-Angiographie rechtfertigen. Die Dokumentationen sind auf Vollständigkeit zu überprüfen. Es wird nach drei Beurteilungskriterien differenziert (nachvollziehbar, eingeschränkt nachvollziehbar, nicht nachvollziehbar). Die Ergebnisse der Dokumentationsprüfungen werden nach Angiographien der Venen und der Hirngefäße separat angegeben. Weitere Indikationsstellungen sind möglich, sofern sie aufgrund des Einzelfalles besonders begründet werden können.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2007, zuletzt geändert zum 01.01.2015

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie, Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.04.2001, zuletzt geändert zum 20.12.2018

Genehmigungen	31.12.2018		31.12.2017	
Ärzte mit Genehmigung	394		383	
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 10	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 10
	42	0	48	0
▪ Genehmigungen	40	0	48	0
▪ Ablehnungen	2	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0		0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	

Dokumentationsprüfungen § 7	2018	2017
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	356	345
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 7	92	84
▪ ohne Beanstandungen	89	71
▪ davon mit Beanstandungen	5	13
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	13 (8 aus 2017)	8
▪ ohne Beanstandungen	13 (8 aus 2017)	7
▪ mit Beanstandungen	0	1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	1
▪ davon bestanden	0	1
▪ nicht bestanden	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0

Dokumentationsprüfung § 7 – Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	2018	2017
---	-------------	-------------

Insgesamt geprüfte Dokumentationen	1.152			1.022		
	ohne Venen		Venen	ohne Venen		Venen
	1.103		49	1006		16
	** Anlage 2 Nr. 1 (Hirngefäße)	Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7	Anlage 2 Nr. 5 (Venen)	** Anlage 2 Nr. 1 (Hirngefäße)	Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7	Anlage 2 Nr. 5 (Venen)
▪ Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	542	532	47	434	473	15
▪ Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	541	538	47	431	504	15
▪ Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	541	539	47	436	505	15
▪ insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	539	527	47	427	471	15
▪ insgesamt nachvollziehbarer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	3	10	0	5	29	0
▪ insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	17	7	2	51	23	1

C. 29 Mammographie (kurativ)

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

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

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

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

Mammographie-Vereinbarung, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert zum 01.10.2018

Genehmigungen	31.12.2018		31.12.2017	
Ärzte mit Genehmigung	321		313	
	neu	erneut	neu	erneut
beschiedene Anträge	8	0	14	0
▪ Genehmigungen	8	0	14	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquien im Rahmen der Genehmigungs-erteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7	0		0	

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt C

Genehmigungen	2018		2017	
	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen
Prüfungen	21	3	12	5
▪ bestanden	17	3	9	4
▪ nicht bestanden	4	0	3	1
Ärzte, die auf Entscheidung der KV nach der zweiten erfolglosen Wiederholung erneut an der Prüfung teilnehmen können	0		0	

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt D

Genehmigungen		2018		2017	
	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung	
Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben*	51	7	119	4	
▪ erfolgreiche Teilnahme	48	7	114	2	
▪ nicht erfolgreiche Teilnahme	3	0	5	2	
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e		1		1	
▪ davon bestanden		0		1	
▪ davon nicht bestanden		1		0	
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b		0		0	
Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c		0		0	

Dokumentationsprüfung gemäß Abschnitt E

Genehmigungen		2018			2017	
	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	Wiederholungsprüfung nach § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	Wiederholungsprüfung nach § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten
Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	138	4	1	103	0	1
▪ erfüllt	123	4	1	96	0	1
▪ nicht erfüllt	entfällt	0	0	entfällt	0	0
▪ nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder mindestens 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	10	entfällt	entfällt	4	entfällt	entfällt
▪ nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	5	entfällt	entfällt	3	entfällt	entfällt
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7		0			0	

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

Genehmigungen	2018	2017
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind gemäß § 11 Abs. 1	0	0
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind gemäß § 14 Abs. 5	0	0
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 30 Mammographie-Screening

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

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

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

lige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

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

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

Im Jahr 2018 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 614.262 Frauen eingeladen, davon haben 317.032 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von rund 51,61 Prozent).

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

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, gültig seit dem 01.01.2004, zuletzt geändert zum 01.10.2018

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, gültig seit dem 01.01.2004, zuletzt geändert zum 08.11.2017

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Screening-Einheiten	10	10
Programmverantwortliche Ärzte	19	19
▪ mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	7	8
kooperierende Ärzte	192	196
▪ Befunder von Mammographieaufnahmen	71	71
▪ histopathologische Beurteilung	22	19
▪ Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	18	17
▪ mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	17	17

C. 31 Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)

Zum 1. Juli 2016 trat die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA) in Kraft. Die Vereinbarung regelt weitgehend inhaltsgleich die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die Durchführung der

Leistungen sowie die Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit und löst damit die Regelung im Anhang zur Vergütungsvereinbarung ab. Teilnehmende Vertragsärzte benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Eine Übergangsregelung bestand für Ärzte, die vor Inkrafttreten der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung berechtigt waren, MRSA-Leistungen abzurechnen. Ärzte, welche die Teilnahme neu beantragen, müssen die in der Vereinbarung vorgegebenen fachlichen Befähigungen und organisatorischen Voraussetzungen nachweisen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 1.7.2016

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	1.009	964
Anzahl abrechnende Ärzte	298	311
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	54	179
▪ Genehmigungen	53	179
▪ Ablehnungen	1	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 32 Molekulargenetik

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

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

- ob die Stufendiagnostik eingehalten wird

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

Die ersten Jahresstatistiken wurden in elektronischer Form über das Mitgliederportal der KVBW eingereicht. In der Folge sind die Daten im ersten Quartal, das sich an das Untersuchungsjahr anschließt, auf diesem Weg zu liefern.

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

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2012, zuletzt geändert zum 01.04.2017

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	86	78
beschiedene Anträge	11	4
▪ Genehmigungen	11	4
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 33 Neuropsychologische Therapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Katalog der anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung um eine neue Leistung erweitert: Die neuropsychologische Therapie (Nr. 19 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Von dieser neuen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in der ambulanten Versorgung profitieren seit dem 24. Februar 2012 Patienten mit erworbenen hirnorganischen Erkrankungen, z.B. nach einem Schädelhirntrauma oder Schlaganfall. Bisher konnten sich betroffene Patienten nur stationär behandeln lassen. Durch die Neuregelung kann eine während der Akutphase begonnene neuropsychologische Therapie ambulant fortgeführt werden, was die Chancen auf einen Behandlungserfolg deutlich verbessert.

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

Die Feststellung der Indikation setzt die Diagnose einer zugrundeliegenden hirnorganischen Erkrankung voraus. Deswegen wurde für die neuropsychologische Therapie ein zweistufiges diagnostisches Vorgehen festgelegt:

Stufe 1: Somatische Abklärung

Auf der ersten Stufe erfolgt die Feststellung einer hirnorganischen Erkrankung unter Berücksichtigung möglicher anderer somatischer Krankheitsbilder (Ausschlussdiagnostik).

Diese Leistung kann durch Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie und

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erbracht werden.

Stufe 2: Neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplan

In der zweiten Stufe erfolgt die krankheitsspezifische, neuropsychologische Diagnostik einschließlich einer Einschätzung der Therapiediagnostik und der Prognose für die Therapie.

Zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistung sind berechtigt:

- Ärzte der Stufe 1
- Ärztliche Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie
- Psychologische Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie
- Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie

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

Aus Qualitätssicherungsgründen darf die Diagnostik der Stufe 1 nicht von dem gleichen Leistungserbringer durchgeführt werden, der ggf. die neuropsychologische Therapie durchführt.

Bei Durchführung der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie sind verschiedene Dokumentationen zu führen (Befunde, Therapieplan, Behandlungsverlauf etc.)

Die Überprüfung der sachgerechten Dokumentation sowie der Indikation wird durch Stichproben im Einzelfall erfolgen. Dazu richten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Qualitätssicherungskommission speziell für den Leistungsbereich der ambulanten Neuropsychologie ein.

Ärzte und Psychotherapeuten, die Leistungen der Stufe 2 (neuropsychologische Diagnostik und Therapie) erbringen und abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Für Leistungen der Stufe 1 (Somatische Abklärung) ist keine Genehmigung der KVBW erforderlich.

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19:
Neuropsychologische Therapie,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 24.02.2012 zuletzt geändert
am 01.07.2018**

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	29	27
beschiedene Anträge	4	1
▪ Genehmigungen	2	1
▪ Ablehnungen	2	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2018		2017	
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	23		23	
geprüfte Ärzte	2		2	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	2		2	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0		2	
Begründungen:	entfällt		entfällt	
▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag				
▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde				
▪ sonstige Kommentare				
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
▪ keine Beanstandungen	1	0	1	0
▪ geringe Beanstandungen	1	0	1	0
▪ erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0
▪ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		0	
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		0	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0		0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0		0	
Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	0		0	
der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0		0	
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0		0	

C. 34 Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA)

Nichtärztliche Praxisassistenten übernehmen delegierbare ärztliche Leistungen in der Häuslichkeit, Pflegeheimen oder andere beschützende Einrichtungen.

Unter Anderem führen sie auf Anordnung selbständig Hausbesuche bei den Patienten durch.

Die Qualifikation der NÄPa findet bei den zuständigen Kammern gemäß der Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Delegationsvereinbarung Anlage 8 BMV-Ä statt.

Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Delegationsvereinbarung)

Anlage 8 - Delegationsvereinbarung - § 7 Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistentin

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	2.108	1.963
beschiedene Anträge	145	225
▪ Genehmigungen	145	217
▪ Ablehnungen	0	8
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Fortbildungsverpflichtung	2018	2017
Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise erbracht haben	-	-
Nichtärztlicher Praxisassistenten in Ausbildung (Befristete Genehmigung laut Übergangsregel bis 31.12.2018)	41	43

C. 35 Onkologie

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

in einem festgelegten Umfang im onkologischen Bereich weiterbilden.

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

Onkologie-Vereinbarung,

Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, gültig seit dem 01.10.2009, zuletzt geändert zum 01.01.2019

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	554	537
▪ Ärzte in Neu-/Jungpraxen	Keine Angabe möglich*	Keine Angabe möglich*
▪ Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	Keine Angabe möglich*	Keine Angabe möglich*
beschiedene Anträge	66	41
▪ Genehmigungen	66	40
▪ Ablehnungen	0	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5	3
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	1

Dokumentationsprüfung § 10	2018	2017
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	41	19
▪ ohne Beanstandungen	35	7
▪ mit Beanstandungen	6	12

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.	2018	2017
Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	532	527

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten

2018

2017

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

Bemerkung:

* Aufgrund regionaler Vereinbarungen wurden die Fallzahlen zum Teil reduziert. Eine Differenzierung nach Jungpraxen waren 2018 und 2017 ebenfalls aufgrund regionaler Absprachen nicht nötig. Daher können zu diesen Punkten keine Angaben gemacht werden.

C. 36 Otoakustische Emissionen

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	450	460
beschiedene Anträge	26	19
▪ Genehmigungen	26	18
▪ Ablehnungen	0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 37 Palliativmedizinische Versorgung (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizi- nische Versorgung)

Zum 1. Januar 2017 ist eine Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung in Kraft getreten. Sie wurde als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) verabschiedet. Zum 1. Okto-

ber 2017 hat der Bewertungsausschuss neue Gebührenordnungspositionen für diese „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ beschlossen. Einige dieser Leistungen stehen unter einem Genehmigungsverbehalt, das heißt abrechnende Ärzte müssen die Voraussetzungen der Vereinbarung zur Palliativversorgung (Anlage 30 zum BMV-Ä) erfüllen und nachgewiesen haben. Dies sind unter anderem praktische und theoretische Qualifikationen sowie Nachweise über Kooperationen.

**Palliativmedizinische Versorgung,
Rechtsgrundlagen: Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifi-
zierten und koordinierten Palliativ-medizinischen Versorgung
Rechtsgrundlage: Anlage 30 BMV-Ä, gültig seit dem 01.01.2017
EBM (GOP 37300, 37302, 37317, 37318)**

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	420	285
beschiedene Anträge	163	53
▪ Genehmigungen	135	52
▪ Ablehnungen	28	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.	2018	2017
Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	373	0

C. 38 PET und PET/CT

Die Positronenemissionstomographie / Positronenemissionstomographie mit Computertomographie, kurz PET und PET/CT genannt, ist für die Tumordiagnostik bei Lungenkarzinomen oder Hodgkin-Lymphomen seit 1. Januar 2016 in den EBM aufgenommen worden. Bereits am 1. April 2007 und bis zur Einführung der Qualitätssicherungsvereinbarung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die PET als anerkannte Methode bei bestimmten Indikationen in die Nr. 14 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung aufgenommen sowie Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung festgelegt.

In der zum 1. Juli 2016 in Kraft getretenen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie“ wurde die Ausführung und Abrechnung

dieser Leistungen unter den Vorbehalt einer Genehmigung durch die KVBW gestellt. Im Einzelnen werden in dieser Vereinbarung die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung geregelt. Die Qualitätssicherungsvereinbarung wurde entsprechend der zusätzlichen Indikationen erneut zum 1. Dezember 2018 angepasst.

Die Genehmigung wird unter der Auflage erteilt, dass die Genehmigungsinhaber innerhalb eines Zeitraums von jeweils 24 Monaten mindestens 20 Fortbildungspunkte durch Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen nachweisen. Darüber hinaus besteht für die Genehmigungsinhaber eine Dokumentationspflicht. Es erfolgt eine Überprüfung der Dokumentationen von 12 abgerechneten PET- bzw. PET/CT-Untersuchungen innerhalb eines Zeitraumes von jeweils 3 Jahren, erstmals für das Jahr 2017. Für die zusätzlichen Indikationen erstmals für das Jahr 2018.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 16.5.2015

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 1.7.2016, zuletzt geändert zum 01.12.2018

Genehmigungen § 3 Abs. 1	31.12.2018		31.12.2017	
	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 4	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 4
Ärzte mit Genehmigungen	12		11	
Anzahl abrechnender Ärzte	7		7	
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	2	0	2	0
▪ Genehmigungen	2	0	2	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	2	0	2	0
▪ Genehmigungen	2	0	2	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
beschiedene Anträge gemäß § 12 Abs. 1	0		2	
▪ Genehmigungen	0		2	
▪ Ablehnungen	0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	

Dokumentationsprüfung gemäß § 8

geprüfte Ärzte gemäß § 8	9	ab 2018
▪ davon bestanden	9	
▪ mit Beanstandungen	0	
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1	ab 2020	ab 2020
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	ab 2019	ab 2019

Fortbildungsverpflichtung § 7

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs. 1 (zweijährlich) vorgelegt haben	9	ab 2018
---	---	---------

C. 39 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

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

der PDT. Die Dokumentationsprüfung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gemäß Paragraph 6 der Vereinbarung jährlich beziehungsweise bei wiederholter Erfüllung der Anforderungen alle zwei Jahre stichprobenartig durchgeführt wurde. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages werden die Dokumentationsprüfungen erneut bis zum 31. Dezember 2019 ausgesetzt. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.08.2001, zuletzt geändert 01.04.2017

Genehmigungen	31.12.2018		31.12.2017	
Ärzte mit Genehmigung	28		32	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	0		0	
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 6
	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5 S. 3	0		0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	

C. 40 Phototherapeutische Keratektomie

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

nen. Die Vereinbarung beinhaltet daher auch Anforderungen an die Indikationsstellung und deren Dokumentation. Die Dokumentationen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg alle zwei Jahre stichprobenartig überprüft. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages werden die Dokumentationsprüfungen bis zum 31. Dezember 2019 ausgesetzt. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

Qualitätssicherungsvereinbarung Phototherapeutische Keratektomie Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2007; zuletzt geändert zum 01.04.2017

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	16	16
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	0	6
beschiedene Anträge	0	1
▪ Genehmigungen	0	1
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 41 Psychotherapie

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

Die Psychotherapie-Richtlinien und -Vereinbarungen umfassen den gesamten Bereich der psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der psychosomatischen Grundversorgung, deren Ausgestaltung hinsichtlich Leistungsinhalten in den Psychotherapie-Richtlinien und Qualifikationsvoraussetzungen in den Psychotherapie-Vereinbarungen geregelt ist. Sowohl

Art und Umfang der Psychotherapie als auch die Qualifikation der an der vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten sind in den Richtlinien und Vereinbarungen geregelt.

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen setzt eine Genehmigung durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung voraus.

Richtlinienverfahren

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Psychosomatische Grundversorgung

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

**Psychotherapie-Vereinbarung,
Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, gültig seit
01.01.1999, zuletzt geändert zum 01.07.2017**

**Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der
Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie),
Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, gültig seit dem 18.04.2009 (zuvor
Richtlinie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen seit dem
01.01.1999), zuletzt geändert zum 16.02.2017. Inkrafttreten in Teilen zum
01.04.2017**

Verwaltungsaufwand	2018	2017
beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	1.428	922*
▪ Genehmigungen	1.409	914*
▪ Ablehnungen	19	8

Bemerkung:

* Rückgang der Anzahl aufgrund Wegfall der Anträge ab 01.04.2017 zur Befreiung von der Gutachterpflicht

Richtlinienverfahren

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienver- fahren	4.890	4.722
▪ davon Ärzte	1.404	1.701

im Einzelnen	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
	2018	2017	2018	2017	2018	2017
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.953	1.974	253	270	497	493
▪ davon Ärzte	1.209	1.238	131	138	90	88
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	1.630	1.502	411	414	343	306
▪ davon Ärzte	336	312	20	28	76	65
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	618	639	125	135	323	325
▪ davon Ärzte	279	293	56	58	3	3

Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	10.946	10.908
Therapeuten mit EMDR	197	177
▪ davon Ärzte	38	59
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	2.042	1.969
▪ davon Ärzte	1.219	1.225
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	1.995	1.919
▪ davon Ärzte	928	921
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	1.225	1.175
▪ davon Ärzte	519	518

C. 42 Schlafbezogene Atmungsstörungen

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2005

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	536	515
▪ Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	473	454
▪ Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	53	49
▪ Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	10	12
beschiedene Anträge	51	52
▪ Genehmigungen	51	49
▪ Ablehnungen	0	3
Kolloquien (Antragsverfahren Polysomnographie)	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 43 Schmerztherapie

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2005, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.10.2016

Genehmigungen	31.12.2018			31.12.2017		
Ärzte mit Genehmigung	171			179		
	neu (erstmalig)	erneut (n. Widerruf Rückgabe)	neu (wegen Statuswechsel u.ä.)	neu (erstmalig)	erneut (n. Widerruf Rückgabe)	neu (wegen Statuswechsel u.ä.)
beschiedene Anträge	12	0	1	8	9	ab 2018 abgefragt
▪ Genehmigungen	12	0	0	8	9	ab 2018 abgefragt
▪ Ablehnungen	1	0	1	1	0	ab 2018 abgefragt
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0			0		
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0			0		
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 10 Abs.2	0			0		
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1			0		

Versorgung

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

Dokumentationsprüfung gemäß § 7 Abs. 2 (fakultativ) und bei Ärzten, die vor dem 1.1.2017 eine Genehmigung erhalten hatten

geprüfte Ärzte	8	8
▪ Anforderungen erfüllt	8	7
▪ Anforderungen nicht erfüllt	0	1

Dokumentationsprüfung gemäß § 8 (Ärzte, die vom 01.01.2017 bis 31.12.2018 erstmals die Genehmigung erhalten haben)

geprüfte Ärzte	10
▪ Anforderungen erfüllt	6
▪ Anforderungen nicht erfüllt	4
geprüfte Dokumentationen	120
▪ ohne Beanstandungen	76
▪ mit Beanstandungen	44
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	2
▪ ohne Beanstandungen	0
▪ mit Beanstandungen	2
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	0
▪ davon bestanden	0
▪ nicht bestanden	0
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0

Nachweispflicht § 5 Abs. 5 **2018** **2017**

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	171	179
--	-----	-----

C. 44 Sozialpsychiatrie

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungs-

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

**Sozialpsychiatrie-Vereinbarung,
Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV,
gültig seit dem 01.07.2009, zuletzt geändert 01.10.2012,
Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, gültig
seit dem 01.07.2013**

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	79	77
beschiedene Anträge	10	5
▪ Genehmigungen	10	5
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigung	0	0

C. 45 Soziotherapie

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbstständig in Anspruch zu nehmen. Die für sie hilfreiche Soziotherapie kann von Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie oder "Neurologie und Psychiatrie", Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) und Psychiatrische Institutsambulanzen verordnet werden, wenn diese eine Genehmigung der KV erhalten haben.

In den Soziotherapie-Richtlinien sind die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist (Ziele, Inhalt, Umfang, Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie), die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind, die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten sowie Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer beschrieben.

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten dürfen ab Juni 2017 ebenfalls Soziotherapie verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die entsprechenden Richtlinien angepasst. Danach können nun auch Therapeuten bei bestimmten Indikationen Soziotherapie verordnen. Das Ausstellen der Verordnungen von Soziotherapie sollte für diese Berufsgruppe gesondert honoriert werden.

Eine Genehmigungserteilung war jedoch nicht möglich, da über die Vergütungsregelung für psychologische Psychotherapeuten erst verhandelt werden musste.

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 416. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einen Beschluss zur Berechnungsfähigkeit und Vergütung der Verordnung von Soziotherapie gefasst.

Mit dem Beschluss können ab dem 1. April 2018 auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten die Verordnung von Soziotherapie abrechnen. Die Vergütung erfolgt jeweils extrabudgetär

Soziotherapie-Richtlinie,

Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, gültig seit dem 1.1.2002, Neufassung seit 15.4.2015, zuletzt geändert zum 16.03.2017

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung	512	449
beschiedene Anträge	87	26
▪ Genehmigungen	86	25
▪ Ablehnungen	1	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1

C. 46 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	158	166
beschiedene Anträge	7	15
▪ Genehmigungen	7	14
▪ Ablehnungen	0	1
Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1

C. 47 Strahlendiagnostik /-therapie

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

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

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft, ob die benötigten Kenntnisse

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

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum 01.10.2017.

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, gültig seit dem 01.10.1992, zuletzt geändert zum 20.12.2018

C. 47.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen § 4 und § 5	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	2.710	2.737
beschiedene Anträge	433	326
▪ Genehmigungen	428	320
▪ Ablehnungen	5	6
Kolloquien (Antragsverfahren)	44	36
▪ bestanden	41	30
▪ nicht bestanden	3	6
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	9	7

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V

2018

2017

abrechnende Ärzte (III. Quartal)	2.390		2.441	
geprüfte Ärzte	69		167	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	68		162	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	1		5	
Begründungen:	Prüfung ausgesetzt bis 31.12.2018		Bei drei Ärzten wurden weniger Patienten geprüft, da den Patienten Bilder mitgegeben wurden.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag ▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde ▪ sonstige Kommentare 				
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
▪ keine Beanstandungen	58	0	135	2
▪ geringe Beanstandungen	4	0	20	3
▪ erhebliche Beanstandungen	6	1	12	0
▪ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/ Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	12		21	
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	0		0	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) <i>gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b</i>	0		0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0		0	
▪ davon bestanden	0		0	
Genehmigungswiderrufe <i>gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1</i>	0		0	
der mit Auflagen versehenen Genehmigungen <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.</i>	0		0	
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8</i>	0		0	

C. 47.2 Computertomographie

Genehmigungen § 4 und § 8	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	571	566
beschiedene Anträge	98	87
▪ Genehmigungen	98	85
▪ Ablehnungen	0	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0
▪ bestanden	1	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2018		2017	
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	434		515	
geprüfte Ärzte	0		0	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	0		0	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0		0	
Begründungen:	Prüfung ausgesetzt bis 31.12.2018		Prüfung ausgesetzt bis 31.12.2018	
▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag				
▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde				
▪ sonstige Kommentare				
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
▪ keine Beanstandungen	0	0	0	0
▪ geringe Beanstandungen	0	0	0	0
▪ erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0
▪ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/ Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	0		0	
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/ aufgefördert wurden <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	0		0	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) <i>gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b</i>	0		0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0		0	
Genehmigungswiderrufe <i>gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1</i>	0		0	
mit Auflagen versehenen Genehmigungen <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.</i>	0		0	
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8</i>	0		0	

C. 47.3 Osteodensitometrie

Genehmigungen § 4 und § 8	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	178	175
beschiedene Anträge	19	19
▪ Genehmigungen	18	17
▪ Ablehnungen	1	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
▪ bestanden	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	5

C. 47.4 Strahlentherapie

Genehmigungen § 4 und § 8	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	183	178
beschiedene Anträge	65	60
▪ Genehmigungen	64	60
▪ Ablehnungen	1	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0
▪ bestanden	1	0
▪ nicht bestanden	1	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C. 47.5 Nuklearmedizin

Genehmigungen § 4 und § 8	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	199	208
beschiedene Anträge	20	25
▪ Genehmigungen	20	25
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	2	1
▪ bestanden	2	1
▪ nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen*	0	0

Bemerkung:

* Zulassungsbeendigungen können nicht immer exakt ermittelt werden.

C. 48 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

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

Zum 7. Dezember 2018 traten die Änderungen der MVV-Richtlinie in Kraft, so dass ab diesem Datum die

Fünf-Jahresprüfungen entfallen, weiter die Eingangsprüfung zur diamorphingestützten Substitution sowie die Prüfung weiterer Besonderheiten (Codeinbehandlung, Alter und Abhängigkeitsdauer). Ab diesem Datum entfallen auch die An- und Abmeldungen der Patienten an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Mit In-Kraft-Treten der Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung am 12. Juni 2010 ist auch die diamorphingestützte Substitution zu Lasten der GKV in speziellen ambulanten Einrichtungen möglich. Voraussetzung ist die in den Richtlinien vorgesehene Indikationseingrenzung (Schwerstabhängigkeit), eine spezielle ärztliche Qualifikation, eine landesrechtliche Erlaubnis für die jeweilige Einrichtung mit organisatorischen und räumlichen Vorgaben, eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg sowie die Einhaltung der weiteren Anforderungen der Richtlinie. In Stuttgart wurde im Jahr 2014 von Herrn Dr. Zsolnai die zweite Einrichtung in Baden-Württemberg nach Karlsruhe (AWO Karlsruhe gemeinnützige GmbH) eröffnet.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.10.1991, zuletzt geändert zum 17.01.2019

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte mit Genehmigung	294	296
beschiedene Anträge	23	9
▪ Genehmigungen	23	9
▪ Ablehnungen	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	1	2
▪ ohne Beanstandungen	1	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	2	2
Ärzte im Konsiliarverfahren	242	112
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen	3	2
▪ Einrichtungen nach § 12	2	2

Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3	2018	2017
abrechnende Ärzte	0**	277 + (2 Institute)
geprüfte Ärzte	138	0
geprüfte Fälle	400*	911
▪ keine Beanstandungen	325	786*
▪ geringe Beanstandungen	27	66
▪ erhebliche Beanstandungen	18	27
▪ schwerwiegende Beanstandungen	3	2

5-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 9 Abs. 5	2018	2017
geprüfte Fälle	16	310*
▪ ohne Beanstandungen	15	260
▪ mit Beanstandungen	1	44

2-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 3 Abs. 6	2018	2017
geprüfte Fälle	0	46
▪ ohne Änderung der Behandlung	0	46
▪ mit Änderung der Behandlung	0	0

Patienten	2018	2017
Patienten	Keine Angaben möglich**	9.199
▪ Patienten mit Diamorphinsubstitution	Keine Angaben möglich**	124

An-/Abmeldungen	2018	2017
Patientenanmeldungen und -abmeldungen	0	6.184

Bemerkung: * Noch nicht vollständig beschieden, da Nachforderungen/Fragen von Seiten der Kommission bestehen

**auf Grund Änderung der MVV-Rili keine Angabe mehr möglich

C. 49 Ultraschalldiagnostik

Am 1. April 2009 trat eine neue bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft (Rechtsgrundlage: Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zuletzt geändert 1. April 2017). Diese Vereinbarung besteht aus drei Teilen:

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

Strukturqualität

Die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung zulässig. Die Genehmigung ist nach Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen und eines entsprechend geeigneten Ultraschallsystems gemäß der Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) zu erteilen.

Abnahme- und Konstanzprüfung

Alle erfassten Ultraschallgeräte werden einer Abnahmeprüfung unterzogen. Nach erfolgreich durchgeführter Abnahmeprüfung folgt dann vier Jahre später jeweils die Konstanzprüfung.

Ultraschall-Vereinbarung, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.1993; zuletzt geändert zum 01.01.2018

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

Stichprobenprüfung

Es werden von mindestens drei Prozent aller Ärzte mit einer Ultraschallgenehmigung jeweils fünf Dokumentationen überprüft. Neu aufgenommen wurde die Prüfung von drei Prozent der Neugenehmigungsinhaber. Diese Regelung wurde für drei Jahre festgelegt.

Säuglingshüfte

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

a) Genehmigungserteilung

Genehmigungen	31.12.2018			31.12.2017	
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	11.877			11.663	
Anzahl beschiedener Anträge (Ärzte)	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7	neu (wegen Status- wechsel u.ä.)	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7
	1.446	0	0	1.582	0
▪ Genehmigungen	1.066	0	0	1.241	0
▪ Ablehnungen	380	0	0	341	0
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	neu	erneut		neu	erneut
	5.062	0		4.694	0
▪ Genehmigungen	3.724	0		3.566	0
▪ Ablehnungen	1.338	0		1.128	0
Kolloquien gemäß	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7		§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7
	163	0		171	1
▪ bestanden	153	0		152	1
▪ nicht bestanden	10	0		19	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0			0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	15			0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	20			Keine Angaben möglich	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	Keine Angaben möglich			Keine Angaben möglich	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	Keine Angaben möglich			Keine Angaben möglich	

b) Genehmigungsstand

Bemerkung:

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

Anwendungsbereiche

Ärzte mit Genehmigung		31.12.2018	31.12.2017
AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	439	419
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	216	219
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	263	257
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	460	471
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.522	1.516
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	4.859	4.693
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	688	672
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	236	225
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	60	60
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	2	2
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	359	337
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	9	5
AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.960	1.911
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	19	19
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	1.353	1.325
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7.012	6.880
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	246	250
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	123	127
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.236	1.230
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	4.044	3.929
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	512	512
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus,	1.628	1.618
AB 9.1	geburtshilffliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.503	1.498
AB 9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.290	1.265

Ärzte mit Genehmigung		31.12.2018	31.12.2017
-----------------------	--	------------	------------

AB 9.2	weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	751	751
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.172	1.146
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	1.144	1.114
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	1.366	1.335
AB 12.1	Haut, B-Modus	19	17
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	143	115
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.334	1.336
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	1.287	1.292
AB 20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	158	151
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	293	287
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	413	417
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	962	945
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	249	245
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	829	809
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	152	146
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	990	958
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	363	338
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	662	637
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	237	219
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	64	62
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	3
AB 22.1	Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	143	133
AB 22.2	Duplex-Verfahren – feto-maternales Gefäßsystem	596	571

c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung § 9

insgesamt gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2c	31.12.2018	31.12.2017
	15.401	15.330

Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung

geprüfte US-Systeme (§ 2 (c))	0	219
-------------------------------	---	-----

Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3: 4 bzw. 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)

geprüfte US-Systeme (§ 2 (c))	0	353
-------------------------------	---	-----

d) Dokumentationsprüfungen

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11

Prüfumfang und Ergebnisse (bezogen auf Ärzte) 2018

geprüfte Ärzte	§ 11 Abs. 2 a)	§ 11 Abs. 2 b)	§ 11 Abs. 5
	706	260	35
▪ ohne Beanstandungen	192	63	2
▪ mit geringen Beanstandungen	350	149	25
▪ mit erheblichen Beanstandungen	68	19	2
▪ mit schwerwiegenden Beanstandungen	96	29	6

Ergebnisse der Prüfungen (bezogen auf Dokumentationen) (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)

geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bemerkung: gemeint ist die Anzahl der geprüften Fälle, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)			
	3.523	1.299	169
▪ ohne Beanstandungen	1.601	599	44
▪ mit geringen Beanstandungen	1.239	490	89
▪ mit erheblichen Beanstandungen	431	141	26
▪ mit schwerwiegenden Beanstandungen	252	69	10

bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:

▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	159	44	13
▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	208	41	18
▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	159	46	10
▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-Diagnose)	311	79	17
▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	327	88	27

bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation:

▪ wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	164	44	5
▪ wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	425	106	13
▪ wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	135	47	10

Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6

Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	5
▪ bestanden	5

Widerrufe

▪ Widerruf der Abrechnungsgenehmigung	Ärzte	Anwendungsbereiche
	0	0

e) Säuglingshüfte

Genehmigungen

31.12.2018

31.12.2017

Ärzte mit Genehmigung	1.144			1.113	
	neu	erneut gem. § 11 Abs. 4	neu (wegen Statuswechsel u.ä.)	neu	erneut gem. § 11 Abs. 4
beschiedene Anträge	90	0	0	87	0
▪ Genehmigungen	84	0	0	81	0
▪ Ablehnungen	6	0	0	6	0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4		0		0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4		0		4	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0		0	
abrechnende Ärzte III. Quartal		857		839	

Dokumentationsprüfungen	31.12.2018			31.12.2017		
-------------------------	------------	--	--	------------	--	--

	Initial- prüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre	Initial- prüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
geprüfte Ärzte	52	7	60	62	38	29
▪ Anforderungen erfüllt	36	2	54	45	32	25
▪ mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	9	5	5	11	6	3
▪ mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	7	0	1	6	0	1
	nach Initial- prüfung	nach 2- Jahres- Prüfung	nach 5- Jahres- Prüfung	nach Initial- prüfung	nach 2- Jahres- Prüfung	nach 5- Jahres- Prüfung
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	20	2	9	13	16	14
▪ Anforderungen erfüllt	14	2	5	5	9	13
▪ mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	5	0	4	5	4	1
▪ Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	3	0	0	3	4	0
▪ Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0	0	0	0	0
▪ mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1	0	0	3	3	0
▪ Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	2	0	0	7	1	5
▪ Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0	0	0	0
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2		0			0	

Dokumentationsprüfung – Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	31.12.2018		31.12.2017	
--	------------	--	------------	--

insgesamt geprüfte Dokumentationen	2.143	2.036
▪ regelgerecht (Stufe I)	1.888	1.700
▪ eingeschränkt (Stufe II)	190	320
▪ unzureichend (Stufe III)	65	16
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	2	0
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2:	65	16
▪ Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	35	6
▪ Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0	1
▪ Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	30	9

C. 50 Vakuumbiopsie der Brust

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

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

In der am 1. Oktober 2009 in Kraft getretenen Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V wurde unter anderem die 2008 aktualisierte Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland berücksichtigt. Präzisiert werden in der Vereinbarung Fallzahlenanforderungen als Genehmigungsvoraussetzung, eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien, apparative Anforderungen (zum Beispiel automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel Erstellung von Kontrollaufnahmen, Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2009, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015

Genehmigungen	31.12.2018			31.12.2017		
Ärzte mit Genehmigung	47			37		
	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 5	erneut gemäß § 9 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 5	erneut gemäß § 9 Abs. 6
beschiedene Anträge	3	0	0	3	0	0
▪ Genehmigungen	3	0	0	3	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 12 Abs. 2	0			0		
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0			0		
Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentati- onsprüfung ge- mäß § 9 Abs. 5		Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentati- onsprüfung gemäß § 9 Abs. 5	
	0	0		0	1	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0			1		

**Dokumentationsprüfung § 9 –
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen
auf Ärzte)**

2018

2017

abrechnende Ärzte	39	40
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	2	23
▪ bestanden	1	21
▪ nicht bestanden	1	2
Widerholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5	1	2
▪ bestanden	noch nicht abgeschlossen	2
▪ nicht bestanden	noch nicht abgeschlossen	0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5	0	0
vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8 (Auffälligkeiten in der „Auflistung“)	0	0

**Dokumentationsprüfung § 9 –
Prüfergebnisse (bezogen auf
Dokumentationen)**

2018

2017

geprüfte Dokumentationen	20	230
▪ vollständig und nachvollziehbar	10	218
▪ vollständig aber nicht nachvollziehbar	4	0
▪ nicht vollständig aber nachvollziehbar	6	11
▪ weder vollständig noch nachvollziehbar	0	1

Frequenzregelung

2018

2017

Ärzte mit abgerechneten Vakuumbiopsien	< 25	≥ 25	< 25	≥ 25
	9	30	13	24
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben	noch nicht ab- geschlossen	entfällt	1	entfällt

C. 51 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen sind für die berechtigten Facharztgruppen (Pathologen und Gynäkologen) in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V einheitlich geregelt. Darüber hinaus wird die fachliche Qualifikation der im Zytologie-Labor unter Anleitung und Aufsicht des zytologieverantwortlichen Arztes tätigen Präparatebefunder verbindlich vorgegeben.

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert von allen zytologieverantwortlichen Ärzten im zweijährigen Abstand

jeweils zwölf Präparate mit den dazugehörigen Dokumentationen an.

Ferner müssen zytologieverantwortliche Ärzte und Präparatebefunder alle zwei Kalenderjahre eine themenbezogene Fortbildung über 40 Stunden nachweisen.

Als weitere Maßnahme der Qualitätssicherung sind die teilnehmenden Einrichtungen verpflichtet, eine Jahresstatistik zu erstellen, die eine fallbezogene Auflistung der zytologischen Befundgruppen sowie deren histologische Abklärung enthält. Die Einzelberichte werden nach Prüfung durch die Qualitätssicherungs-Kommission Zytologie von der Kassenärztliche Vereinigung zu einem Gesamtbericht zusammengestellt und den zytologieverantwortlichen Ärzten im Sinne eines Benchmarks zurückgespiegelt.

Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.01.2015, (vormalige Versionen seit dem 01.07.1992), zuletzt geändert zum 01.01.2019

Genehmigungen	31.12.2018			31.12.2017		
Ärzte mit Genehmigung	101			116		
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4
	4	0	0	3	0	0
▪ Genehmigungen	4	0	0	3	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	2			1		
▪ bestanden	0			0		
▪ nicht bestanden	2			1		
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0			0		
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4		
	0	0	0	0		
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	4			0		

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

2018

2017

abrechnende Ärzte (z. B. III/2018)	99	107
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	57	48
▪ bestanden	56	48
▪ nicht bestanden	1	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	0	1
▪ bestanden	0	1
▪ nicht bestanden	0	0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0
Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)
▪ ohne Beanstandungen	684	0	564	12
▪ mit Beanstandungen	683	0	564	12
▪ mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	1	0	0	0
▪ mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung	0	0	0	0
▪ mit unvollständiger Dokumentation	1	0	0	0
	0	0	0	0

Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess

2018

2017

abrechnende Praxen	79	86
vorgelegte Jahresstatistiken	78	84
▪ ohne Auffälligkeiten	49	60
▪ mit Auffälligkeiten	29	24
Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	17	13
▪ ausreichend begründete Stellungnahmen	17	13
▪ nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0
Anzahl Kolloquien	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 9

2018

2017

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	0		116	
Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2
	309	0	310	305*

Bemerkung:

* 5 Präparatebefunder in Elternzeit

D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

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

D. 1 Diabetischer Fuß

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

D. 2 Funktionsstörung der Hand

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

D. 3 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung und orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung

Leistungen für die orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes und/oder für die orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung eines Säuglings,

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

D. 4 Krebsfrüherkennung der Frau

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

D. 5 Empfängnisregelung

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

D. 6 Neurophysiologischen Übungsbehandlung

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

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

peuten oder Physiotherapeuten) nachweisen (gleichlautende Qualifikation wie für die Ärzte), kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

D. 7 Physikalische Therapie

Die Leistungen des Kapitels 30.4 EBM können nur von Fachärzten für: Haut- und Geschlechtskrankheiten, Orthopädie, Neurologie, Nervenheilkunde, Chirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Ärzten mit Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie abgerechnet werden. Vertragsärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatlich Geprüfter Masseur, Krankengymnast oder Physiotherapeut) angestellt haben und dessen Qualifikation gegenüber der KV nachweisen, kann auf Antrag eine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

Leistung Rechtsgrundlage EBM		Diabetischer Fuß	Funktionsstörung der Hand	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	Krebsfrüherkennung bei der Frau	Empfängerregelung	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Physikalische Therapie
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2018	1.371	505	259	577	558	67	101
	2017	1.416	495	274	622	645	72	99
beschiedene Anträge	2018	59	44	4	8	12	1	4
	2017	42	38	3	4	4	1	2
▪ Genehmigungen	2018	51	43	3	7	12	1	3
	2017	39	37	3	4	4	1	2
▪ Ablehnungen	2018	8	1	1	1	0	0	1
	2017	3	1	0	0	0	0	0
▪ Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2018	0	0	0	0	0	0	0
	2017	0	0	0	0	0	0	0

E REGIONALE VEREINBARUNGEN

E. 1 Diabetes Mellitus (Vertrag mit der DAK Gesundheit, mhplus BKK, Schwenninger BKK und ab dem 01. April 2019 mit der Techniker Krankenkasse und der Kaufmännische Krankenkasse)

Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der DAK Gesundheit über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des Paragraph 73c SGB V.

Die KVBW und die DAK-Gesundheit haben zum 1. Januar 2015 den Vertrag über die Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus abgeschlossen.

Durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen bei Patienten mit Diabetes mellitus soll das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien verhindert werden oder zumindest deutlich verzögert werden.

Im Rahmen dieses Vertrags werden in definierten Versorgungsfeldern regelmäßig Versorgungsprogramme zur Früherkennung von Komplikationen durchgeführt. Beim Entdecken einer Begleiterkrankung erfolgt eine fortdauernde Weiterbetreuung durch entsprechende krankheitsbezogene Weiterbetreuungsprogramme.

Anspruch auf Teilnahme an diesem Versorgungskonzept haben alle Versicherten der DAK-Gesundheit,

die sich aufgrund Ihrer Diabetesbehandlung in ärztlicher Behandlung befinden.

Für folgende Krankheitsbilder gibt es Module:

- Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten
- Neurologische Komplikation: LUTS
- Vaskuläre Komplikationen
- Diabetesleber
- Nephrologische Komplikationen

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVBW zugelassene (auch angestellte Ärzte) und ermächtigten Hausärzten nach Paragraph 73 Abs. 1a SGB V, die durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus im Quartal betreuen. Ab 1. April 2015 wurde der Kreis der teilnahmeberechtigten Ärzte um Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Diabetologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie oder Endokrinologie erweitert.

Die KVBW und die mhplus BKK haben zum 1. Januar 2016 ebenfalls den Vertrag über die Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus abgeschlossen (Rechtsgrundlage §83 SGB V). Zum 1. Juli 2016 wurde dieser Vertrag auch mit der Schwenninger BKK abgeschlossen.

Die KVBW und die Techniker Krankenkasse und Kaufmännische Krankenkasse haben zum 1. April 2019 ebenfalls den Vertrag über die Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes Mellitus abgeschlossen.

Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der DAK Gesundheit, mhplus BKK und Schwenninger BKK über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes Mellitus

DAK Gesundheit: Rechtsgrundlage: § 73c SGB V, gültig seit dem 01.01.2015

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	1.242	1.099
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	143	177
▪ davon Teilnahme	143	177
▪ davon Ablehnungen der Teilnahme	0	0
Widerrufe der Teilnahme	0	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0	0

Mhplus BKK: Rechtsgrundlage: § 83 SG B V, gültig ab 01.01.2016

Genehmigungen, Stand	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	385	243
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	142	124
▪ Anzahl Teilnahme	142	124
▪ Anzahl Ablehnungen der Teilnahme	0	0
Anzahl Widerrufe der Teilnahme	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0	0

Schwenninger BKK: Rechtsgrundlage: § 83 SG B V, gültig ab 01.07.2016

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	329	183
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	146	122
▪ davon Teilnahme	146	122
▪ davon Ablehnungen der Teilnahme	0	0
Widerrufe der Teilnahme	0	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0	0

E. 2 Frühe Hilfen

Vereinbarung zur Vernetzung vertragsärztlicher Qualitätszirkel mit Leistungen der Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Bereich „Frühe Hilfen“ in Baden-Württemberg (Vereinbarung Vernetzung Frühe Hilfen)

Die Vereinbarung dient der Verbesserung der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitswesen und der präventiven Unterstützung von psychosozial belasteten Familien.

Partner der Vereinbarung sind:

- Städtetag Baden-Württemberg, Stuttgart
- Landkreistag Baden-Württemberg, Stuttgart
- BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg
- Knappschaft
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart

Die Ausweitung auf weitere Kassenarten wird angestrebt.

An der Vereinbarung können folgende Fachgruppen teilnehmen:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- an der hausärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 73 SGB V teilnehmende Vertragsärzte,
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- an der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte,
- Vertragspsychotherapeuten,
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

Folgende Leistungen sind Bestandteil der Vereinbarung:

- (1) Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen, die nachteilige Auswirkungen auf das kindliche Gedeihen haben, anhand eines Erhebungsbogens
- (2) Führen von motivierenden Elterngesprächen:
 - Information und Beratung zu Hilfeeinrichtungen im Sinne des SGB VIII
 - Motivation, die Hilfe in Anspruch zu nehmen
 - Ausgabe von Informationsmaterial zu den Frühen Hilfen.
- (3) Vernetzung mit der Jugendhilfe durch gemeinsame Teilnahme an Qualitätszirkeln „Frühe Hilfen“

- (4) Unterstützung der Evaluation des Vertrages.

Voraussetzungen für die Teilnahme:

- einmalige Teilnahme an einer Schulung zum Umgang mit dem Erhebungsbogen sowie zur Technik der „Motivierenden Elterngespräche“
- regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln „Frühe Hilfen“

Für die Teilnahme an der Vereinbarung braucht es eine Genehmigung

Folgende Versicherte können diese Leistungen erhalten:

Teilnahmeberechtigt sind alle Familien mit Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr bei denen mindestens ein Elternteil und das bis zu dreijährige Kind bei einer an der Vereinbarung teilnehmenden Krankenkasse versichert sind.

An der Vereinbarung teilnehmen können auch bei einer teilnehmenden Krankenkasse versicherte Schwangere.

Die Teilnahme an der Vereinbarung ist freiwillig, der Arzt weist die Eltern in geeigneter Weise darauf hin. Die Versicherten müssen ihre Teilnahme schriftlich erklären und erhalten dazu eine Versicherteninformation.

Weiter Informationen finden Sie unter:

http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicung/fruehe_hilfen

Rahmen-Vereinbarung zur Vernetzung vertragsärztlicher Qualitätszirkel mit Leistungen der Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Bereich „Frühe Hilfen“ in Baden-Württemberg

Rechtsgrundlage: Grundlage ist eine Kombination von Vertragsgestaltungen nach § 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sowie nach § 140a SGB V – besondere ambulante ärztliche Versorgung gültig § 3 KKG 01.01.2012 und § 140a SGB V 17.02.2016

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	145	126
beschiedene Anträge	22	16
▪ Genehmigungen	17	7
▪ Ablehnungen	5	9
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

E. 3 Tonsillotomie

Die KVBW und ihre Vertragspartner (AOK BW, BKK VAG, BARMER GEK und SBK) wollen gemäß §73c und §140a SGB V (bis 30.06.17 §83 SGB V) eine qualitätsgesicherte und wohnortnahe ambulante Tonsillotomie (Teilentfernung der Gaumenmandel) ermöglichen und dadurch stationäre Leistungen einsparen, die nicht notwendig sind. Ziel der Tonsillotomie-Verträge ist außerdem, die intra- und postoperative Komplikationsrate zu reduzieren und Rezidive zu vermeiden. Betroffene Kinder profitieren von der weniger risikoreichen Operation. Gegenstand der Verträge ist die Erbringung einer ambulanten Tonsillotomie alleine oder als Zusatzleistung zu einer Adenotomie ggf. mit einer Paracentese und/oder Paukendrainage ein-/beidseitig, sowie die Erbringung der dadurch zusätzlichen erforderlichen Nachbehandlungen.

Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zugelassene/ermächtigte Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit der Genehmigung nach § 115 b SGB V. Um die Leistungen dieser Verträge abzurechnen, ist eine Genehmigung der KVBW notwendig. Im Vertrag zur BARMER GEK und seit 01.07.2017 auch im Vertrag zur AOK BW und SBK sind ebenfalls zugelassene Fachärzte für Anästhesiologie mit Vertragsarztsitz oder Nebenbetriebsstätte in Baden-Württemberg teilnahmeberechtigt, die im Zeitraum von 2 Jahren vor Antragstellung mindestens 20 Anästhesien an Kindern unter Vollnarkose durchgeführt haben. Dies ist durch Selbstauskunft (Antragsformular) zu bestätigen.

Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Tonsillotomie auf der Grundlage des § 83 SGB V bzw. ab 01.07.2017 nach § 140a SGB V zwischen der KVBW und der AOK BW

Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung zwischen der KVBW und BKK VAG BW

Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung zwischen der KVBW und Barmer GEK.

Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Tonsillotomie auf der Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KVBW und der SBK

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Rechtsgrundlage: § 73c SGB V Gültigkeit: BKK VAG ab 01.11.2013

Rechtsgrundlage: § 73c SGB V Gültigkeit: BARMER GEK ab 01.04.2015

Rechtsgrundlage: § 83 SGB V Gültigkeit: AOK BW ab 01.09.2012 bis 30.06.2017

Rechtsgrundlage: § 140a SGB V Gültigkeit: AOK BW ab 01.07.2017

Rechtsgrundlage: § 140a SGB V Gültigkeit: SBK ab 01.07.2017

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	252	249
beschiedene Anträge	37	195*
▪ Genehmigungen	37	195
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Bemerkung:

* Zum 1. Juli 2017 gilt ein neuer AOK-Vertrag, außerdem nimmt seit 1. Juli 2017 die Siemens-Betriebskrankenkasse mit einem Vertrag teil. Die bisherigen Genehmigungsinhaber mussten ab 1. Juli 2017 aufgrund des neuen AOK-Vertrages und des SBK-Vertrages einen neuen Genehmigungsantrag stellen.

E. 4 Venentherapie

Die Vereinbarung zur Venentherapie – AOK BW zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation) gemäß § 83 SGB V besteht seit 01.09.2012 und endete am 31.03.2018. Seit dem 01.04.2018 gilt die Vereinbarung zur Venentherapie gemäß § 140 a SGB V. Ziel der Vereinbarung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie ist es, den Versicherten der AOK Baden-Württemberg die Inanspruchnahme dieser qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Behandlung zu ermöglichen und dadurch nicht notwendige stationäre Leistungen einzusparen. Gegenstand der Vereinbarung ist die ambulante Behandlung der Varizen

eines Beines durch endovenöse Lasertherapie oder Radiofrequenzablation, sowie die Erbringung der dadurch erforderlichen eingriffsbedingten Nachbehandlungen.

Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zugelassene und ermächtigte Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Chirurgie und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie, jeweils mit einer Genehmigung nach § 115 b SGB V. Um die Leistungen dieser Vereinbarung abzurechnen, ist eine Genehmigung der KVBW notwendig. Fachärzte für Anästhesiologie können Leistungen nach dieser Vereinbarung ohne Genehmigung der KVBW erbringen und abrechnen.

Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation) auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der KVBW und der AOK BW

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren Rechtsgrundlage: § 83 SGB V, gültig seit dem 01.09.2012

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	151	161
beschiedene Anträge	153	24
▪ Genehmigungen	153	24
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Bemerkung

Zum 1. April 2018 ist ein neuer AOK-Vertrag in Kraft getreten. Die Ärzte mussten einen neuen Antrag stellen, dies erklärt die Anzahl der beschiedenen Anträge im Jahr 2018.

E. 5 Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern

Die am 1. Juli 2014 in Kraft getretene Vereinbarung nach Paragraph 43 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Techniker Krankenkasse soll den Familien, insbesondere auch den Kindern schwer erkrankter Eltern, eine Unterstützung in Form einer psychotherapeutischen Beratungsleistung bieten. Ziel der Vertragspartner ist die Vermeidung von psychischen Störungen bei Familien, insbesondere Kindern, in deren Familien durch das Auftreten einer

schweren Erkrankung eines Elternteils ein hohes Risikopotenzial besteht.

Teilnahmeberechtigt sind Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut mit der Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Kinder- und Jugendpsychiater mit der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie, Kinder- und Jugendärzte mit der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie, ärztlicher Psychotherapeut mit der Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Vereinbarung nach § 43 SGB V über ergänzende Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Techniker Krankenkasse Stuttgart.

Rechtsgrundlage: § 43 SGB V, gültig seit dem 01.07.2014

Genehmigungen	31.12.2018	31.12.2017
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	144	133
beschiedene Anträge	16	9
▪ Genehmigungen	16	9
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

E. 6 Willkommen Baby

Der Vertrag „Willkommen Baby“ basiert auf der Grundlage von Paragraph 140a Abs. 1 SGB V.

Ziele des Vertrags sind Risikofaktoren für Frühgeburten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Ein weiteres Ziel ist natürliche Geburten zu fördern.

Vertrag auf der Grundlage § 140a Abs. 1 SGB V über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren zwischen der DAG Gesundheit, dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.10.2016

Genehmigungen, Stand	31.12.2018	31.12.2017
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	658	546
Anzahl beschiedene Anträge	131	402
▪ davon Anzahl Genehmigungen	131	402
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

F QUALITÄTSFÖRDERUNG

F.1 Fortbildungsverpflichtung

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

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden müssen - unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind - innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

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

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

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

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

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

In der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg waren im Jahr 2018 1.714 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. 1.689 haben den Nachweis gegenüber der KVBW erbracht, dies entspricht gut 98,57 Prozent. Gegen 25 Nachweispflichtige wurden die gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen eingeleitet.

Fortbildungspflicht: Nachweiszeitraum
01.01.2018 – 31.12.2018

Anzahl Nachweispflichtige Ärzte/ Psychotherapeuten	Anzahl Erfüller	Anzahl Nicht-Erfüller	Erfüllung in Prozent
1.714	1.689	25	98,57

Abschließend lässt sich feststellen: Für die Mitglieder der KVBW ist die Fortbildung kein Problem, auch der Nachweis nicht. Das damit verbundene Verfahren in der Verwaltung läuft „rund“; die Ärzte und Psychotherapeuten werden damit in bürokratischer Sicht so wenig wie möglich belastet. Insofern sieht der zuständige Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement auch gelassen dem nächsten großen Nachweiszeitraum am 30. Juni 2019 entgegen. An diesem Tag endet die dritte Nachweisfrist für einen Großteil der Mitglieder der KVBW.

G. RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

Rechtsgrundlage	Bundesrechtliche Vereinbarungen													
	ADHS	Akupunktur	Ambulantes Operieren	Apherese	Arthroskopie	Balneophototherapie	Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	Botoxbehandlungen bei Blasenfunktionsstörungen	Computertomographie	Disease-Management- Programme	Geriatric	Gesund schwanger Herzschrittmacher- Kontrolle	Histopathologie im Hautkrebs-Screening	
	§ 73c SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2 §136	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV §136	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 137f § 137g	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 140a SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallcollections-, Präparateprüfung)														
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungs-erteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓
FREQUENZREGELUNG			✓				✓							✓
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG			✓				✓				✓			✓
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE						✓	✓							
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)		✓	✓		✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG		✓	(✓)	✓	✓	✓	✓		✓				(✓)	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓	✓						✓		✓	✓			
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION							✓			✓				
RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓	✓	(✓)	✓	✓		✓			✓	✓	✓	(✓)	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)		✓	(✓)		✓		✓		✓				(✓)	✓

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

Bundesrechtliche Vereinbarungen

	HIV/Aids	Holmium-Laser-Eingriffe	Homöopathie	Hörgeräteversorgung	Hörgeräteversorgung – Kinder	interventionelle Radiologie	intravitrealen Medikamenteneingabe	invasive Kardiologie	Kapselendoskopie	Koloskopie	konventionelle Röntgendiagnostik	Labor-Spezial
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 SGB V	73 c SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 75 Abs. 7 § 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)												
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG	✓					✓		✓	✓	✓	✓	
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓			
REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE		✓		✓	✓							✓
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓	✓	✓	✓	✓							✓
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION		✓		✓	✓				✓	✓		
RÜCKMELDESYSTEME/BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)		✓		✓	✓		✓		✓	✓		
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	✓									✓	✓	

Bemerkung:
(✓) regionale Vereinbarungen

Bundesrechtliche Vereinbarungen	Langzeit-EKG	Magnetresonanztomographie	Magnetresonanztomographie der Mamma	Magnetresonanztomographie der Mamma	Magnetresonanztomographie der Mamma	Mammographie (kurativ)	Mammographie-Screening	Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)	Molekulargenetik	Neuropsychologische Therapie
---------------------------------	--------------	---------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------	------------------------	--	------------------	------------------------------

Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1	§ 135 Abs. 2 § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1	§ 135 Abs. 2 § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1	§ 135 Abs. 2 § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	Anlage 9.2 BMV § 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)						✓	✓			
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG		✓	✓				✓			
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG		✓					✓	✓	✓	✓
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE						✓	✓		✓	
PRAXISBEGEHUNG/ HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL						✓	✓		✓	
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION							✓	✓	✓	
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓

Bemerkung:
(✓) regionale Vereinbarungen

Bundesrechtliche Vereinbarungen

Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA)

Nuklearmedizin

Onkologie

Osteodensitometrie

Otoakustische Emissionen

Palliativmedizinische Versorgung

PET und PET/CT

Photodynamische Therapie

Phototherapeutische Keratektomie

Psychotherapie - Richtlinienverfahren - Psychosomatik

Schlafbezogene Atmungsstörungen

Rechtsgrundlage	§ 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V	§ 135 Abs. 2	Anlage 7 BMV	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 87 Abs. 1b SGB V	§ 135 Abs. 1 und 2 SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 82 Abs. 1, geregelt in Anlage 1 BMV § 92 Abs. 6a	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)											
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungs-erteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)		✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓
FREQUENZREGELUNG	✓		✓								
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG			✓			✓	✓			✓	
REZERTIFIZIERUNG/WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE											
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)		✓		✓			✓				✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONS- PRÜFUNG		(✓)	✓				✓	✓	✓		(✓)
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓		✓			✓	✓				
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION			✓								
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓	(✓)						✓	✓	✓	(✓)
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)		(✓)						✓	✓		(✓)

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

Bundesrechtliche Vereinbarungen	Schmerztherapie	Sozialpsychiatrie	Soziotherapie	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	Strahlentherapie	Substitution	Ultraschall allgemein	Ultraschall Säuglingshüfte	Vakuumbiopsie der Brust	Zytologie
---------------------------------	-----------------	-------------------	---------------	--	------------------	--------------	-----------------------	----------------------------	-------------------------	-----------

Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2	§ 85 Abs. 2, § 43a, geregelt in Anlage 11 BMV	§ 37a i. V. m. § 92 Abs. 1	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2			
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)							✓			✓
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG	✓	✓				✓			✓	✓
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG	✓	✓	✓			✓			✓	✓
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZ- PRÜFUNG/RINGVERSUCHE							✓	✓	✓	
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	✓				✓	✓	✓		✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/DOKUMENTATIONS- PRÜFUNG	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓	✓				✓				✓
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION										✓
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARK- BERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓					✓	✓		✓	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereini- gungen im Rahmen kollegialer Fachge- spräche, auch Konsensuskonferenzen)					✓	✓	✓	✓	✓	✓

Bemerkung:
(✓) regionale Vereinbarung

Regionale Vereinbarungen	Diabetes Mellitus (Vertrag mit der DAK Gesundheit)	Frühe Hilfen	Tonsillotomie	Venentherapie	Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern	Willkommen Baby
---------------------------------	---	---------------------	----------------------	----------------------	---	------------------------

Rechtsgrundlage	§ 73c SGB V	§ 3 KKG § 140a SGB V	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 43 SGB V	§ 140a Abs. 1 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)						
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungs-erteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)						
FREQUENZREGELUNG						
KOOPERATION/FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG						
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE			✓	✓		
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)						
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONS-PRÜFUNG						
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL						
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION						
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)						
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	✓					

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung

Baden-Württemberg

Albstadtweg 11

70567 Stuttgart

Telefon 0711 7875-0

Telefax 0711 7875-3274