

Die ambulante medizinische Versorgung 2015

ANLAGE
Qualitätsbericht 2014

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

4	A	KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHRUNG
7	B	ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)
9	C	GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z
9	C.1	AD(H)S
10	C.2	Akupunktur
13	C.3	Ambulantes Operieren
14	C.4	Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
15	C.5	Arthroskopie
18	C.6	Balneophototherapie
19	C.7	Blutreinigungsverfahren / Dialyse
21	C.8	DMP
24	C.9	Erweitertes Neugeborenen-Screening
24	C.10	Herzschrittmacher-Kontrolle
25	C.11	Hautkrebs-Screening
25		C.11.1 Histopathologie Hautkrebs-Screening
27		C.11.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)
28.	C.12	HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
30	C.13	Homöopathie
31	C.14	Hörgeräteversorgung
31		C.14.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene
33		C.14.2 Hörgeräteversorgung – Kinder
35	C.15	Interventionelle Radiologie
37	C.16	Intravitreale Medikamenteneingabe
38	C.17	Invasive Kardiologie
40	C.18	Kapselendoskopie – Dünndarm
42	C.19	Koloskopie
46	C.20	Künstliche Befruchtung
47	C.21	Laboratoriumsuntersuchungen
48	C.22	Langzeit-EKG-Untersuchungen
49	C.23	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
52	C.24	Magnetresonanztomographie-Angiographie
54	C.25	Mammographie (kurativ)
57	C.26	Mammographie-Screening
58	C.27	Medizinische Rehabilitation

- 59 C.28 Molekulargenetik
- 60 C.29 Neuropsychologische Therapie
- 61 C.30 Onkologie
- 63 C.31 Otoakustische Emissionen
- 64 C.32 Patientenbegleitung
- 65 C.33 Photodynamische Therapie am
Augenhintergrund
- 66 C.34 Phototherapeutische Keratektomie
- 67 C.35 Psychotherapie
- 69 C.36 Schlafbezogene Atmungsstörungen
- 70 C.37 Schmerztherapie
- 71 C.38 Sozialpsychiatrie
- 72 C.39 Soziotherapie
- 73 C.40 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- 74 C.41 Strahlendiagnostik / -therapie
 - 74 C.41.1 Konventionelle Röntgendiagnostik
 - 76 C.41.2 Computertomographie
 - 76 C.41.3 Osteodensitometrie
 - 77 C.41.4 Strahlentherapie
 - 77 C.41.5 Nuklearmedizin
- 78 C.42 Substitutionsgestützte Behandlung
Opiatabhängiger
- 80 C.43 Ultraschalldiagnostik
- 88 C.44 Vakuumbiopsie der Brust
- 90 C.45 Zytologische Untersuchung von Abstrichen
der Zervix uteri

93 D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

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

95 E RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

A KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2014 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Akupunktur	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 8 stellvertretende Mitglieder der KV 1 Fachberater	1
Apherese	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 5 stellvertretende Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	6
Arthroskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 14 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK für regional u. landesw.	5
Diabetes	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder 1 beratendes ärztliches Mitglied für KHK	3
Dialyse	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 stellvertretende Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK	4
Herzschrittmacher	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 örtlichen Mitgliedern	0
HIV/Aids	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder	1
Hygiene	Landesweite Kommission BW 6 ärztliche Mitglieder der KV	2
Invasive Kardiologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Koloskopie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 26 ärztlichen Mitgliedern der KV	8
Labor	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	1
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 34 ärztlichen Mitgliedern der KV	9

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2014 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Langzeit- EKG	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 örtliche Mitglieder der KV	0
Mammographie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 regionale Kommissionen 15 ärztliche Mitglieder der KV 12 stellvertretende Mitglieder der KV	0 7 (Ergebnisqualität)
Auswahlkommission Mammographie-Screening	Landesweite Kommission BW 2 ärztliche Mitglieder der KV 1 ärztliches Mitglied der AOK BW 1 ärztliches Mitglied des MDK BW 2 ärztliche Mitglieder der Verwaltung der KVBW 1 juristisches Mitglied der Verwaltung der KVBW	0
Magnetresonanz- Tomographie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 8 ärztlichen Mitgliedern der KV 1 Mitglied des MDK	7
Neuropsychologische Therapie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 7 Mitgliedern (Psychologische Psychotherapeuten) der KV	1
Onkologie	Landesweite Kommission BW 6 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	2
Photodynamische Therapie/Phototherapeutische Keratektomie	Landesweite Kommission BW mit insgesamt 4 ärztlichen Mitgliedern der KV	Nur Umlaufverfahren (PTK)
Polygraphie/Polysomnographie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV	0
Qualitätsmanagement	Landesweite Kommission BW 5 ärztliche Mitglieder der KV 1 Mitglied des MDK	1

Bereich	Mitglieder	Sitzungen im Jahr 2014 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	Landesweite Kommission BW	0
	4 regionale Kommissionen	15 (Strukturqualität)
	Gemeinsame Prüfkommision der KVBW und der Ärztlichen Stelle: mit insgesamt 46 ärztlichen Mitgliedern der KV 2 Mitglieder des MDK 1 Leiter der Ärztlichen Stelle nach RÖV	6 (Ergebnisqualität)
	Routine- und Stichprobenprüfungen durch Ärztliche Stelle	
Schmerztherapie	Landesweite Kommission BW 13 ärztliche Mitglieder (darunter 2 Fachberater) der KV	2 (Ergebnisqualität)
Substitution	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV 4 Mitglieder der Krankenkassen	3
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 12 ärztlichen Mitgliedern der KV 12 Mitgliedern der Krankenkassen	20
Ultraschall „Allgemein“	Landesweite Kommission BW 8 ärztliche Mitglieder der KV plus	0
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 184 Mitgliedern/Fachberatern	18
Ultraschall „Säuglingshüfte“ (Stichprobenprüfung)	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus	1
	4 regionale Kommissionen mit insgesamt 34 Mitgliedern/ Fachberatern der KV	10
Vakuumbiopsie der Brust	Landesweite Kommission BW 7 ärztliche Mitglieder der KV	1
Zytologie	Landesweite Kommission BW 4 ärztliche Mitglieder der KV plus 2 Mitglieder des MDK	2

Bemerkung:

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

B ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)

Arztgruppen Schwerpunktbezeichnung	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten
Allgemeinärzte	5.092
Praktische Ärzte / Ärzte	380
Anästhesisten	526
Augenärzte	721
Chirurgen	807
Gefäßchirurgie	110
Kinderchirurgie	11
Plastische Chirurgie	18
Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	20
Unfallchirurgie	426
Visceralchirurgie	112
Frauenärzte	1.557
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktions- medizin	33
Gynäkologische Onkologie	40
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	36
HNO-Ärzte	503
Audiologen/ Phoniatrie/ Phoniatriker und Pädaudiologen	5
Hautärzte	480
Humangenetiker	35
Internisten*	3.171
Hausärztlich tätige Internisten	1.639
Fachärztlich tätige Internisten	1.156
Angiologie	99
Diabetologie und Endokrinologie	89
Gastroenterologie	317
Hämatologie/ internistische Onkologie	209
Infektiologie Infektions- und Tropenmedizin	0
Kardiologie	434
Nephrologie	214
Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde	136

Arztgruppen Schwerpunktbezeichnung	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten
Kinderärzte	982
Kinderhämatologie und -onkologie	12
Kinderkardiologie	53
Kinder-Pneumologie, Kinder-Lungen und Bronchialheilkunde	1
Kindernephrologie	0
Kinderneuropsychiatrie	0
Kinderrheumatologie	0
Neonatologie	121
Neuropädiatrie	74
Kinder- und Jugendpsychiater	120
Laborärzte	161
Mikrobiologie	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	156
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	612
Neurochirurgen	99
Nuklearmediziner	100
Orthopäden	861
Rheumatologie	69
Pathologen	128
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	64
Ärztliche Psychotherapeuten	1.081
Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	559
Psychologische Psychotherapeuten	2.684
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	691
Psychologische Psychotherapeuten	1.993
Radiologen / diagnostische Radiologen	473
Kinderradiologie	12
Neuroradiologie	39
Strahlentherapie	6
Strahlentherapeuten	115
Transfusionsmediziner	24
Urologen	384
Summe	29.859

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 31.12.2014

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-Vertragsarbeits-gemeinschaft Baden-Württemberg legt besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differentialdiagnostischen Untersuchungen der Auf-

merksamkeits-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 SG B V, Gültigkeit: 01.04.2009

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	221	212
Anzahl beschiedene Anträge	9	1
▪ davon Anzahl Genehmigungen	9	1
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)

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

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten

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

Bemerkung:

* Prüfung nach Beschluss des Vertragsausschusses ausgesetzt

C.2 Akupunktur

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

Als Voraussetzung zum Erhalt einer Genehmigung : 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 Jugend-

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

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.638		1.668	
Anzahl beschiedene Anträge	44		50	
▪ davon Anzahl Genehmigungen	44		50	
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0		0	
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0		0	
	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	10	0	9*	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	12		7	

Bemerkung:

* Widerruf der Genehmigungen wegen Nichterfüllung der Qualitätszirkelnachweise gemäß § 5 Abs. 1 PKt6

Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess	2014		2013	
Anzahl abrechnende Ärzte (III. Quartal)	1.426		1.488	
	Ärzte bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden	Ärzte bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	10	51	18	57
▪ davon bestanden	9	50	14	45
▪ davon nicht bestanden	1	1	3	10
Anzahl insgesamt Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	2	3	1	2
▪ davon ohne Beanstandungen	2	3	1	2
▪ davon mit Beanstandungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien insgesamt gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
	743	417	757	423
Anzahl unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
	23	18	68	49
<ul style="list-style-type: none"> ▪ davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 ▪ davon nicht nachvollziehbar / nicht nachvollziehbar begründet ▪ davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar / nicht nachvollziehbar begründet 	0	0	1	2
	0	0	10	3
	23	18	57	44

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2

Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.373	1.496
---	-------	-------

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 Vereinbarung Qualitätssicherungsvereinbarung vom 1. Oktober 2006.

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

des Robert Koch-Institutes in

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.12.2011

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung*	4.483	4.717
Anzahl beschiedene Anträge	402	353
▪ davon Anzahl Genehmigungen	394	351
▪ davon Anzahl Ablehnungen	8	2
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich

Bemerkung:

* Einschließlich Erklärungen zur Teilnahme nach Paragraph 115 b SGB V

C.4 Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

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

Rechtsgrundlage ist die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apheresen 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 Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.1991, zuletzt geändert zum 03.10.2014

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	129	123
Anzahl beschiedene Anträge	12	15
▪ davon Anzahl Genehmigungen	12	15
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung		
Stand	2014	2013
Anzahl Erstanträge	0	1
▪ davon angenommen	0	1
▪ davon abgelehnt	0	0
Anzahl Folgeanträge	8	7
▪ davon angenommen	8	7
▪ davon abgelehnt	0	0

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

Stand	2014	2013
Anzahl Erstanträge	12	5
▪ davon angenommen	7	3
▪ davon abgelehnt	5	2
Anzahl Folgeanträge	58	63
▪ davon angenommen	58	63
▪ davon abgelehnt	0	0

LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Stand	2014	2013
Anzahl Erstanträge	6	2
▪ davon angenommen	3	1
▪ davon abgelehnt	3	1
Anzahl Folgeanträge	11	13
▪ davon angenommen	11	13
▪ davon abgelehnt	0	0

Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

Stand	2014	2013
Anzahl Erstanträge	0	0
Anzahl 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.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1994, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	596	576
Anzahl beschiedene Anträge	63	54
▪ davon Anzahl Genehmigungen	63	54
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (§ 8)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 6 Abs. 3)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2014	2013		
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	387	402		
Anzahl geprüfter Ärzte	54	47		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	44	27		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	10	20		
Begründungen: falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde sonstige Kommentare	entfällt	entfällt		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
keine Beanstandungen	15	1	7	5
geringe Beanstandungen	10	2	2	2
erhebliche Beanstandungen	3	4	1	1
schwerwiegende Beanstandungen	16	3	17	12
Gesamtanzahl 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>	37		35	
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	1		0	
Gesamtanzahl 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>	27		27	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0		0	
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	0		1	
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0		0	
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8</i>	0		0	

C.6 Balneophototherapie

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	91	87
Anzahl beschiedene Anträge	8	15
▪ davon Anzahl Genehmigungen	8	15
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 9 Abs. 5)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Wartungsnachweise § 8

Anzahl abrechnender Ärzte(III. Quartal)	81	81
Anzahl geprüfter Ärzte (§ 8 Abs. 2)	18	17
▪ davon Nachweise erbracht	16	16
▪ davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	2	1
Anzahl nochmaliger Aufforderungen (§ 8 Abs. 3)	2	1
▪ davon Nachweise erbracht	2	1
▪ davon Nachweise innerhalb 1 Monat nicht erbracht	0	0

C.7 Blutreinigungsverfahren / Dialyse

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

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

Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1997, zuletzt geändert zum 01.04.2014

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert 01.01.2014

Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.06.2006, zuletzt geändert zum 01.01.2014

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	235	227
Anzahl beschiedene Anträge	29	23
▪ davon Anzahl Genehmigungen	29	23
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 3)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Patienten

Anzahl Patienten	9.747	10.092
------------------	-------	--------

Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Satz 1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2014

Stand	2014				2013			
Anzahl der Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1	I/2014	II/201	III/201	IV/201	I/2014	II/201	III/201	IV/201
	78	78	78	77	78	78	78	78
Anzahl der 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 Mitglieder des MDK				4 ärztliche Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK			
Anzahl Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	41				15			
▪ davon ohne Beanstandungen	41				15			
▪ davon mit Beanstandungen	0				0			

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

Stand	2014	2013
Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	0
Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	0
Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0
Anzahl der widerrufenen Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0

C.8 DMP

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

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

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten

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

Ärzte, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	236	233
▪ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	213	210
▪ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	36	33
▪ darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0	0

Patienten Stand	Dezember 2014	Dezember 2013
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherung, Mehrfachzuordnung)	15.756	14.501

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten

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

Ärzte, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.562	6.564
▪ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.521	6.524
▪ darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	604	614

Patienten Stand	Dezember 2014	Dezember 2013
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherung, Mehrfachzuordnung)	455.816	437.482

Brustkrebs

Vertragsdaten

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

Ärzte, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	816	824
▪ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	816	824

Patienten Stand	Dezember 2014	Dezember 2013
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	8.173	8.677

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten

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

Ärzte, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.253	6.202
▪ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.127	6.079
▪ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	295	276
▪ darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	81	79

Patienten Stand	Dezember 2014	Dezember 2013
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	187.072	173.274

Asthma bronchiale

Vertragsdaten

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

Ärzte Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.271	6.146
▪ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.253	6.040
▪ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	243	221

Patienten Stand	Dezember 2014	Dezember 2013
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	81.127	76.631

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten

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

Ärzte, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.781	5.706
▪ darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	5.776	5.607
▪ darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	117	106

Patienten Stand	Dezember 2014	Dezember 2013
Anzahl eingeschriebener Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	68.604	63.503

C.9 Erweitertes Neugeborenen-Screening

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

rungsdiagnostik 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 2014 lag zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts „Die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg 2014“ der KVBW noch nicht vor.

C.10 Herzschrittmacher-Kontrolle

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

benötigte fachliche Qualifikation verfügen und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllt, und ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2006

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL)	361	346
Anzahl beschiedene Anträge	27	33
▪ davon Anzahl Genehmigungen	26	29
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.11 Hautkrebs-Screening

C.11.1 Histopathologie Hautkrebs-Screening

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

Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 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, Gültigkeit: mit Änderungen zum 01.07.2008, zuletzt geändert zum 01.01.2015.

Genehmigungen, Stand	31.12.2014			31.12.2013		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	87			81		
	neu	erneut gemäß § 5 Abs. 5	erneut gemäß § 8 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 5 Abs. 5	erneut gemäß § 8 Abs. 5
Anzahl beschiedene Anträge			6		5	6
▪ davon Anzahl Genehmigungen	11	11	0	4	0	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium gemäß § 9 Abs. 6	0			0		
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0			0		
	Wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5		Wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0		0	0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0			0		

Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2		2014		2013	
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung	< 1.000	≥ 1.000	< 1.000	≥ 1.000	
	4	75 *	4	72*	
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben	4	entfällt	4	entfällt	

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

Dokumentationsprüfung § 8 – Mängelanalyse		2014	2013
Anzahl geprüfter Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate		30	30
▪ davon vollständig und nachvollziehbar		30	30
▪ davon vollständig aber nicht nachvollziehbar		0	0
▪ davon nicht vollständig aber nachvollziehbar		0	0
▪ davon weder vollständig noch nachvollziehbar		0	0

Bemerkungen:

- * Prüfzeitraum Quartale 4/2013 – 3/2014 (Ärzte mit Genehmigung Stand 30.09.2014: 87 Ärzte)
5 Ärzte in KV-ÜBAG, Prüfung durch KVB (Hauptbetriebsstätte in Bayern)
2 Ärzte nicht geprüft, da Genehmigung im laufenden Prüfzeitraum erteilt wurde
1 Arzt nicht geprüft, da Ruhen der Zulassung für 9 Monate im Prüfzeitraum
- ** Prüfzeitraum Quartale 4/2012 – 3/2013:
5 Ärzte in KV-UEBAG, Prüfung durch KVB (Hauptbetriebsstätte in Bayern)
1 Arzt nicht geprüft, da Genehmigung erst ab 01.01.2013 (Prüfzeitraum Quartale 4/2012 – 3/2013)

C.11.2 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, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung	5.494	5.410
Anzahl beschiedene Anträge	297	296
▪ davon Anzahl Genehmigungen	294	292
▪ davon Anzahl Ablehnungen	3	4
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung	441	443
Anzahl beschiedene Anträge	27	40
▪ davon Anzahl Genehmigungen	27	40
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.12 HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen

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

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

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

Genehmigungen, Stand		31.12.2014			31.12.2013		
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen		39			34		
Anzahl beschiedene Anträge		neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 8 Abs.	erneut gemäß § 10 Abs.
						4	5
		5	0	0	6	0	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen		5	0	0	6	0	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen		0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 4		0			0		
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2		0			0		
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen von Abrechnungsgenehmigungen, insgesamt		0			0		
▪	darunter wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3	0			0		
▪	darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4	0			0		
▪	darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4	0			0		
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0			0		

Frequenzregelung § 10 Abs. 1 Nr. 1

Anzahl Ärzte mit jährlich durchschnittlich ... betreuten HIV- / Aids-Patienten pro Quartal	< 25		≥ 25	
	7		33	
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen	0		entfällt	
▪ davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	1		entfällt	
			7	27
			0	entfällt
			2	entfällt

Fortbildung § 10 Abs. 1 Nr. 2

Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	36	34
Anzahl Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4	0	0

Dokumentationsprüfung § 8 – Prüfprozess

Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	3
▪ davon bestanden	4	3
▪ davon nicht bestanden	0	0
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	0
▪ davon Begründung ausreichend	0	0
▪ davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0

Dokumentationsprüfung § 8 – Mängelanalyse

Anzahl geprüfter Dokumentationen insgesamt	40	30
▪ davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	30
▪ davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
▪ davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
▪ davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität		
▪ darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)	0	0
▪ darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)	0	0
▪ darunter mangelnde Screening-Veranlassung (Anlage 1, Punkt 9)	0	0

C.13 Homöopathie

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

Diese beinhalten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen sowie deren Vergütung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der klassischen 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, Gültigkeit: Neufassung 01.04.2008

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	266	273
▪ davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie Barmer/GEK	171	181
▪ davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK	122	127
▪ davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK Securvita	254	259
▪ davon Genehmigungen ausschließlich Homöopathie IKK classic	222	209
Anzahl beschiedene Anträge	28	25
▪ davon Anzahl Genehmigungen	28	25
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	9	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	8

Bemerkung: Die Barmer GEK hat den Vertrag zum 31.12.2014 gekündigt.

C.14 Hörgeräteversorgung

C.14.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene

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

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

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

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

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

- Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld
- Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2
- Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungsergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3)
- Binokulares Ohrmikroskop
- 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 Leistungsleistungen im EBM (GOP 09372 und 09373 beziehungsweise 20372 und 20373). Aus dem APHAB-Fragebogen kann auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden.

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

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

Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung sind folgende Auflagen zu erfüllen:

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert: 01.01.2013

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	455	450
Anzahl beschiedene Anträge	21	18
▪ davon Anzahl Genehmigungen	21	18
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0
▪ davon bestanden	0	0
▪ davon nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0
▪ davon ohne Beanstandungen	0	0
▪ davon mit Beanstandungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
▪ davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	0	entfällt 2013
▪ davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0	entfällt 2013
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1	2014	2013
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	455	450
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2	2014	2013
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	455	0
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0

Bemerkung:

Es wurden keine Maßnahmen unternommen und es fanden keine Stichprobenprüfungen statt.

C.14.2 Hörgeräteversorgung - Kinder

Drei Monate nach Inkrafttreten der Qualitätssicherungs(QS)-Vereinbarung Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen haben die Partner der Bundesmantelverträge eine Qualitätssicherungsvereinbarung 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-audiometrieanlage, eine zweikanalige BERA (brainstem electric response audiometry) sowie geeignetes Kindersprachtestmaterial zur Durchführung der Sprachaudiometrie vorzuhalten.

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

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

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

**Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2012, zuletzt geändert 01.04.2013.**

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	16	14
Anzahl beschiedene Anträge	2	1
▪ davon Anzahl Genehmigungen	2	1
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
▪ davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	0	entfällt 2013
▪ davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0	entfällt 2013
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1	2014	2013
Anzahl Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	16	14
Anzahl Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0
Anzahl Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0
Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2	2014	2013
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	16	0
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0

Bemerkung:

Es wurden keine Maßnahmen unternommen und es fanden keine Stichprobenprüfungen statt.

C.15 Interventionelle Radiologie

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage:

§ 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert: 01.10.2010

Diagnostische Katheterangiographien

Genehmigungen § 3 Abs. 1, Stand	31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	6		7	
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6
▪ davon Anzahl Genehmigungen	0	0	2	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl 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
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	1	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1		1	

Frequenzregelung	2014		2013	
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
	5	0	4	0
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	5	entfällt	4	entfällt

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Genehmigungen § 3 Abs. 2	31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	41		41	
	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7
Anzahl beschiedene Anträge	4	0	3	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen	4	0	3	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen	0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1		0	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (< 100)	0		0	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei therapeutischen Eingriffen (< 50)	0		0	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (<100) und bei therapeutischen Eingriffen (< 50)	1		0	
▪ aus sonstigen Gründen	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1		3	

Frequenzregelung	2014		2013	
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
	26	8	27	10
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	26	entfällt	26	10
Anzahl Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
	28	6	31	6
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	26	entfällt	30	entfällt

C.16 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 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund

selbständig 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.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2014

Genehmigungen; Stand	31.12.2014
Anzahl Ärzte mit Genehmigungen	147
Anzahl abrechnende Ärzte (III. Quartal)	0
Anzahl beschiedene Anträge	176
▪ davon Anzahl Genehmigungen	176
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	ab 2015
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 2

Anzahl Ärzte geprüft gemäß § 6 Abs. 2	ab 2015
---------------------------------------	---------

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 2 – Mängelanalyse

Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen	ab 2015
--	---------

C.17 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 01. 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.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1999, zuletzt geändert zum 01.01.2013

Diagnostische Katheterisierungen

Genehmigungen, Stand	31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	17		17	
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3
	1	0	0	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1	0	0	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
▪ davon bestanden	0		0	
▪ davon nicht bestanden	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0		0	
▪ davon ohne Beanstandungen	0		0	
▪ davon mit Beanstandungen	0		0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterreichenden Mindestzahl	aus sonstigen Gründen	Nichterreichenden Mindestzahl	aus sonstigen Gründen
	1	0	1	0
▪ davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)	Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	

Frequenzregelung	2014		2013	
Anzahl Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
	15	2	13	4
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	14	entfällt	12	entfällt

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Genehmigungen, Stand		31.12.2014				31.12.2013			
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		71				68			
Anzahl beschiedene Anträge		neu		erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3		neu		erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	
▪ davon Anzahl Genehmigungen		4		0		8		0	
▪ davon Anzahl Ablehnungen		4		0		8		0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0				0			
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3		0				0			
		Nichterreichenden Mindestzahl				Nichterreichenden Mindestzahl			
		ge-samt	< 150 ges. + the- rap.	< 50 the- rap.	aus sonsti- gen Grün- den	ge-samt	< 150 ges. + the- rap.	< 50 the- rap.	aus sonsti- gen Grün- den
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen		0	0	0	0	0	0	0	0
▪ davon Ärzte mit eigenem Kathetermessplatz und alleiniger Nutzung (Protokollnotiz zu § 7)		Keine Angaben möglich				Keine Angaben möglich			
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsge-nehmigungen		1				1			

Frequenzregelung		2014		2013	
Anzahl Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291, 34292)		< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben		50	21	52	16
		46	entfällt	40	entfällt
Anzahl Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)		< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben		60	11	55	13
		54	entfällt		entfällt

C.18 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 Kassenzärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

Die Anforderungen, die Vertragsärzte für die Genehmigung erfüllen müssen, sind in der Qualitätssicherungs-

vereinbarung 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.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung sieht eine Übergangsregelung für bestimmte Ärzte vor, die bereits vor ihrem Inkrafttreten am 1. Juli 2014 Kapselendoskopien durchgeführt haben.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastroinestinaler Blutungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2014

Genehmigungen Applikateur, Stand		31.12.2014
Anzahl aller Ärzte mit Genehmigung zur Applikation		63
Anzahl beschiedene Anträge		63
▪ davon Genehmigung erteilt		63
▪ davon Antrag abgelehnt		0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen		0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0

Genehmigungen Auswerter		
Anzahl aller Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung		61
Anzahl beschiedene Anträge		61
▪ davon Genehmigung erteilt		61
▪ davon Antrag abgelehnt		0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen		0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0

Gerätetechnische Angaben § 10 Abs. 1, Nr. 2 *)

Anzahl genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4, differenziert nach Hersteller/Modell; applizierende Ärzte	63
▪ Covidian/Given Image Pillcam	58
▪ IntroMedic Europe/Microcam MR 1000/1100	1
▪ Olympus/Endocapsule System	3
▪ CapsoVision/ CapsoCam	1
Anzahl genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4 (bzw. Auswerteeinheit), differenziert nach Hersteller/Modell; auswertende Ärzte	61
▪ Covidian/Given Image Pillcam	56
▪ IntroMedic Europe/Microcam MR 1000/1100	1
▪ Olympus/Endocapsule System	3
▪ CapsoVision/ CapsoCam	1

Dokumentationsprüfung

Anzahl abrechnende Ärzte (Applizierer) gesamt	16
Anzahl überprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	0
Anzahl überprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 4 (anlässlich der Prüfung der Jahresstatistik)	entfällt 2014 und 2015

C.19 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 Stichprobenprüfung mit Bewertung der Mängel im Einzelnen. Die Prüfung erstreckt sich zum einen auf die geforderte Erreichung der Mindestfrequenz der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien; bei Erfüllung der Mindestzahlen schließt sich daran eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung der kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien/Polypektomien an.

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.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2002, zuletzt geändert zum 01.07.2012

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, Gültigkeit: mit Änderungen zum 01.07.2008, zuletzt geändert zum 01.01.2015.

Genehmigungen, Stand	31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	17		27	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	342		357	
Anzahl beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5
	1	0	1	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1	0	1	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5
	21	0	27	1
▪ davon Anzahl Genehmigungen	20	0	27	1
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1	0	0	0
Anzahl genehmigter Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	0		0	
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0		0	
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	1		3	
▪ wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0		0	
▪ davon ausschließlich wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei < 200 totalen Koloskopien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	0	0	0	0
▪ davon ausschließlich wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei < 10 Polypektomien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	0	0	1	0
▪ sowohl wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln / Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e § 6 Abs. 4b-c	wegen Nichterreichen Mindestzahl	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e § 6 Abs. 4b-c	wegen Nichterreichen Mindestzahl
	0	1	0	2
Anzahl Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigung	5		14	

Totale Koloskopien

Frequenzregelung	2014		2013	
	< 200	≥ 200	< 200	≥ 200
Anzahl Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	42	264	8	25
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	38	entfällt	6	entfällt

Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	305	31
▪ davon bestanden	302	29
▪ davon nicht bestanden	3	2
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfjahr erteilt
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	1	2
▪ davon bestanden	1	1
▪ davon nicht bestanden	0	1
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	1	2
▪ davon bestanden	0	0
▪ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0	0
▪ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	1	2

Polypektomien

Frequenzregelung	2014		2013	
	< 10	≥ 10	< 10	≥ 10
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	24	281	3	30
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	20	entfällt	1	entfällt

Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	303	23
▪ davon bestanden	292	20
▪ davon nicht bestanden	11	3
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	- abzüglich 1 Kinderchirurg - Genehmigungen wurden im laufenden Prüffjahr erteilt	Genehmigungen wurden im laufenden Prüffjahr erteilt
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	2	10
▪ davon bestanden	1	7
▪ davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0	1
▪ davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	1	2

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	2014	2013
Anzahl überprüfter Praxen (nicht Koloskope!)	271	280
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	542	559
▪ davon bestanden	529	535
▪ davon nicht bestanden	13	24
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	13	24
▪ davon bestanden	12	23
▪ davon nicht bestanden	1	1
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8b Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	1	1
▪ davon bestanden	1	1
▪ davon nicht bestanden	0	0

C.20 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. Sind beide Ehepartner bei der AOK versichert, besteht hier die Möglichkeit, darüber hinaus reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Die gesetzlich vorgeschriebene Beratung des Paares (Ausnahme Nr. 10.1 der Richtlinie) und ein Behandlungsplan, der von der Krankenkasse genehmigt werden muss. Weitere Voraussetzungen sind, dass bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist und bei der Frau ein ausreichender Schutz gegen Rötelinfection besteht.

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

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“) Rechtsgrundlage: § 27a Abs. 4 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i. V. m. § 135 Abs. 1 SGBV. Gültigkeit: 14.08.1990, Neufassung 18.12. 2012

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	91	91
Anzahl Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	37	37

C.21 Laboratoriumsuntersuchungen

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

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

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

Rechtsgrundlage: § 75 Abs. 7 SGB V (Gültigkeit: seit 01.10.1987, zuletzt geändert: 9.5.1994) i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.504	1.568
Anzahl beschiedene Anträge	50	75
▪ davon Anzahl Genehmigungen	47	70
▪ davon Anzahl Ablehnungen	3	5
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	48
▪ davon bestanden	0	42
▪ davon nicht bestanden	0	6
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.22 Langzeit-EKG Untersuchungen

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung ,	1.241	1.247
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	1.837	1.801
Anzahl beschiedene Anträge	193	187
▪ davon Anzahl Genehmigungen	187	182
▪ davon Anzahl Ablehnungen	6	5
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	1 (Aufzeichnung)

C.23 Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

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

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 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: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001

Allgemeine Kernspintomographie

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	413	396
Anzahl beschiedene Anträge	68	76
▪ davon Anzahl Genehmigungen	66	76
▪ davon Anzahl Ablehnungen	2	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	2	5
▪ davon bestanden	1	5
▪ davon nicht bestanden	1	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Kernspintomographie der Mamma

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	65	64
Anzahl beschiedene Anträge	10	7
▪ davon Anzahl Genehmigungen	10	7
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	5	3
▪ davon bestanden	5	3
▪ davon nicht bestanden	0	0
▪ Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	3

Frequenzregelung	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	63	31
▪ mindestens 50 Untersuchungen	43	26 (lt. Abrechnung)
▪ weniger als 50 Untersuchungen	20*	38 (lt. Abrechnung)

Bemerkung:

* Das Verfahren außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Leistungen zur Frequenzerreichung anzuerkennen ist für die 20 Ärzte noch nicht abgeschlossen

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2014	2013		
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	400	378		
Anzahl geprüfter Ärzte	34	50		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	32	50		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	2	0		
Begründungen: falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	0	entfällt		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde ▪ sonstige Kommentare 				
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Beanstandungen ▪ geringe Beanstandungen ▪ erhebliche Beanstandungen ▪ schwerwiegende Beanstandungen 	19 7 2 4	0 0 0 2	34 13 1 2	0 0 0 0
Gesamtanzahl 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>	30	16		
Gesamtanzahl 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		
Gesamtanzahl 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>	2	0		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1	0		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ davon bestanden ▪ davon nicht bestanden 	1 0	0 0		
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	0	0		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	8	0		
Anzahl 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		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ davon ohne Mängel ▪ davon mit Mängeln 	0 0	0 0		

C.24 Magnetresonanz-Angiographie

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

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

Fachliche Voraussetzung zur Erlangung der Genehmigung sind die Berechtigung zum Führen der Gebietsbe-

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

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

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

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

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

Genehmigungen, Stand		31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung		347		329	
Anzahl beschiedene Anträge		neu	erneut gemäß § 7 Abs. 10	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 10
		47	0	53	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen		47	0	53	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen		0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)		0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4		0		0	
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9		0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0		0	

Dokumentationsprüfungen § 7		2014		2013	
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)		315		294	
Anzahl insgesamt geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 7		69		59	
▪ davon ohne Beanstandungen		67		59	
▪ davon mit Beanstandungen		2		0	
Anzahl Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9		0		5	
▪ davon ohne Beanstandungen		0		5	
▪ davon mit Beanstandungen		0		0	
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9		0		0	
▪ davon bestanden		0		0	
▪ davon nicht bestanden		0		0	

Dokumentationsprüfung § 7 – Mängelanalyse		2014		2013	
		ohne Venen	Venen	ohne Venen	Venen
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen		828	22	714	7
▪ darunter Anzahl Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist		805	22	701	7
▪ darunter Anzahl Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist		807	22	702	7
▪ darunter Anzahl Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist		806	22	704	7
▪ davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer / eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7		804	22	706	7
▪ davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7		24	0	8	0

C.25 Mammographie (kurativ)

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

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015

Genehmigungen, Stand	31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	311		318	
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut	neu	erneut
	19	0	25	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen	18	0	17	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1	0	8	0
Anzahl Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7	0		0	

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt C

Genehmigungen, Stand	2014		2013	
Anzahl Prüfungen	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen
	6	2	17	5
▪ davon bestanden	3	1	9	4
▪ davon nicht bestanden	3	1	8	1
Anzahl Ärzte, die auf Entscheidung der KV nach der zweiten erfolglosen Wiederholung erneut an der Prüfung teilnehmen können	0		0	

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt D

Genehmigungen, Stand	2014		2013	
Anzahl Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben *	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung
	79	3	124	1
▪ davon erfolgreiche Teilnahme	75	3	120	1
▪ davon nicht erfolgreiche Teilnahme	4	0	4	0
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0		0	
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0		0	
Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0		0	

Dokumentationsprüfung gemäß Abschnitt E

Genehmigungen, Stand	2014			2013		
Anzahl Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	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
	131	4	0	123	5	6
▪ davon erfüllt	117	3	0	107	4	5
▪ davon nicht erfüllt	entfällt	1	0	entfällt	1	1
▪ davon nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder mindestens 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt - geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	6	entfällt	entfällt	12	entfällt	entfällt
▪ davon nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	8	entfällt	entfällt	4	entfällt	entfällt
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7		1			2	

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

Genehmigungen, Stand	2014	2013
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind gemäß § 11 Abs. 1	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind gemäß § 14 Abs. 5	0	0
Anzahl Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	2

C.26 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 Tätig-

keit als Programmverantwortlicher eine einmalige, insgesamt vierwöchige Tätigkeit in einem Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

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

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

Im Jahr 2014 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 622.291 Frauen eingeladen, davon haben 336.352 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von rund 53,4 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, Gültigkeit: seit 01.01.2004, zuletzt geändert zum 01.07.2014

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, Gültigkeit: seit 01.01.2004, zuletzt geändert zum 01.01.2015

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Screening-Einheiten	10	10
Programmverantwortliche Ärzte	19	20
▪ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	6	6
kooperierende Ärzte	214	216
▪ Befunder von Mammographieaufnahmen	73	64
▪ histopathologische Beurteilung	22	21
▪ Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	23	23
▪ davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	23	23

C.27 Medizinische Rehabilitation

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

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

Eine Genehmigung erhält, wer entweder

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	7.389	7.376
Anzahl beschiedene Anträge	309	321
▪ davon Anzahl Genehmigungen	309	321
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1

C.28 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 Qualitätssicherungsvereinbarung 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 weiter gegeben:

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	111	116
Anzahl beschiedene Anträge	0	15
▪ davon Anzahl Genehmigungen	0	15
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.29 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 hirneigenen 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 hirneigenen 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 hirneigenen 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 hirneigenen Erkrankung unter Berücksichtigung möglicher anderer somatischer Krankheitsbilder (Ausschlussdiagnostik).

Diese Leistung kann durch Fachärztinnen und 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 Jugendlichenpsychotherapeuten 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 der gleichen Leistungserbringerin/ dem gleichen Leistungserbringer durchgeführt werden, die /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, Gültigkeit: seit 24.02.2012**

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	18	11
Anzahl beschiedene Anträge	8	11
▪ davon Anzahl Genehmigungen	7	11
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2014
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)	13
Anzahl geprüfter Ärzte	0
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	0
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0
Begründungen:	
▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	Es haben keine Prüfungen stattgefunden. Die Kommission arbeitet noch an einem Konzept. Die 1. Prüfung findet im Jahr 2015 statt
▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde	
▪ sonstige Kommentare	

C.30 Onkologie

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

in einem festgelegten Umfang im onkologischen Bereich weiterbilden.

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

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum 01.01.2015

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	511	474
▪ darunter Anzahl Ärzte in Neu-/Jungpraxen	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich
▪ darunter Anzahl Ärzte in Praxen, die aus Sicherheitsgründen zugelassen wurden	0	0
Anzahl beschiedene Anträge	57	63
▪ davon Anzahl Genehmigungen	57	60
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	3
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0
▪ davon bestanden	1	0
▪ davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4	4
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	6	3

Dokumentationsprüfung § 10	2014	2013
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	38	39
▪ davon ohne Beanstandungen	16	36
▪ davon mit Beanstandungen	22	3

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.

Anzahl Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	80	470
--	----	-----

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten

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

Bemerkung:

* Aufgrund regionaler Vereinbarung wurden die Fallzahlen z.T. reduziert. Die Differenzierung nach Jungpraxen waren 2014 und 2013 wegen regionaler Absprachen nicht nötig. Daher können zu diesen Punkten keine Angaben gemacht werden.

C.31 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-, Na-

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	433	422
Anzahl beschiedene Anträge	42	25
▪ davon Anzahl Genehmigungen	42	25
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.32 Patientenbegleitung

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

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

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

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

Zunächst gilt der Vertrag für die Betriebskrankenkassen Scheufelen, Mahle, WMF und ab den 1. Juli die BKK Ricosta Weisser.

Vertrag nach § 83 SGB V zur Durchführung der Versorgungssteuerung und Patientenbegleitung in Baden-Württemberg, Gültigkeit 01.04.2012

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	93	79
Anzahl beschiedene Anträge	19	21
▪ davon Anzahl Genehmigungen	19	21
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.33 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 ist. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages werden die Dokumentationsprüfungen erneut bis zum 31. Dezember 2016 ausgesetzt. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.08.2001, zuletzt geändert: 01.07.2014 (Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 6 bis zum 31.12.2016)

Genehmigungen, Stand	31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	36		39	
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 6
▪ davon Anzahl Genehmigungen	0	0	0	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5 S. 3	0		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		3	

C.34 Phototherapeutische Keratektomie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Phototherapeutische Keratektomie (PTK) regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Durchführung der PTK mit dem Excimer-Laser bei bestimmten Indikationen. Die Vereinbarung beinhaltet daher auch Anforderungen an die Indikationsstellung und

deren Dokumentation. Die Dokumentationen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg alle zwei Jahre stichprobenartig überprüft. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages werden die Dokumentationsprüfungen bis zum

31. Dezember 2016 ausgesetzt. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007; zuletzt geändert zum 01.07.2014 (Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 7 bis zum 31.12.2016)

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	16	16
Anzahl beschiedene Anträge	3	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen	3	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
▪ davon bestanden	0	0
▪ davon nicht bestanden	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1

C.35 Psychotherapie

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

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

nehmenden Psychotherapeuten sind in den Richtlinien und Vereinbarungen geregelt.

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

Richtlinienverfahren

- analytische Psychotherapie
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Psychosomatische Grundversorgung

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

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, Gültigkeit: seit 01.01.1999, zuletzt geändert zum 01.01.2015

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: seit 18.04.2009 (zuvor Richtlinie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen seit 01.01.1999), zuletzt geändert zum 03.01.2015.

Verwaltungsaufwand	2014	2013
Anzahl beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	1.833	2.014
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1.829	2.010
▪ davon Anzahl Ablehnungen	4	4

Richtlinienverfahren

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	4.330	4.169
▪ davon Ärzte	1.667	1.414

im Einzelnen	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
	2014	2013	2014	2013	2014	2013
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.892	1.879	285	287	471	457
▪ davon Ärzte	1.211	1.233	158	164	90	90
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	1.259	1.183	382	359	232	202
▪ davon Ärzte	270	262	26	28	55	56
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	617	605	137	138	308	305
▪ davon Ärzte	296	300	61	64	3	3

Befreiung von der Gutachterpflicht	2014	2013
Anzahl Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht	3159	3.006
▪ davon Ärzte	977	746

Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	10.868	10.857
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	1.939	1.902
▪ davon Ärzte	1.306	1.344
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	1.813	1.751
▪ davon Ärzte	975	1.006
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	1.089	1.048
▪ davon Ärzte	536	559

C.36 Schlafbezogene Atmungsstörungen

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

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

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie	439	418
▪ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	392	368
▪ davon Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	38	41
▪ davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9	9
Anzahl beschiedene Anträge	45	29
▪ davon Anzahl Genehmigungen	45	29
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren Polysomnographie)	0	0
▪ davon bestanden	0	0
▪ davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0
▪ davon ohne Beanstandungen	0	0
▪ davon mit Beanstandungen	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	Keine Angaben möglich

C.37 Schmerztherapie

Schmerzen stellen eine häufige Begleit-symptomatik 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 be-

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum (rein redaktionelle Änderungen) 01.01.2015

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	163	165
Anzahl beschiedene Anträge	14	20
▪ davon Anzahl Genehmigungen	13	20
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs.2	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Versorgung		
Anzahl Kolloquien gemäß § 5 Abs. 7	0	0

Dokumentationsprüfung gemäß § 7 Abs. 2		
Anzahl geprüfte Ärzte	150*	149*
▪ davon Anforderungen erfüllt	100	73
▪ davon Anforderungen nicht erfüllt**	50	76
Anzahl geprüfte Dokumentationen ***	1.500	1490
▪ davon ohne Beanstandungen****	0	Keine Angaben möglich
▪ davon mit Beanstandungen****	0	Keine Angaben möglich

Nachweispflicht § 5 Abs. 5	2014	2013
Anzahl Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	163	149

Bemerkung:

- * Bei den Angaben zu den Dokumentationen handelt es sich um die Anzahl der geprüften Ärzte!
- ** Anforderungen nicht vollständig erfüllt, daher Hinweise zur Konkretisierung gegeben
- *** Bei den Angaben zu den Dokumentationen handelt es sich um die Gesamtanzahl der eingereichten Dokumentationen (d.h. 10 Patientendokumentationen pro Arzt)
- **** Kann nicht ermittelt werden, da Kommission nicht pro Patient, sondern pro Arzt (Zusammenfassung) prüft.

C.38 Sozialpsychiatrie

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

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

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung),

Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV,

Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert 01.10.2012,

Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung,

Gültigkeit: seit 01.07.2013

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	75	77
Anzahl beschiedene Anträge	2	5
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1	5
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.39 Soziotherapie

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

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

**Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie),
Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2002, zuletzt geändert zum 22.01.2015.**

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung	460	467
Anzahl beschiedene Anträge	25	19
▪ davon Anzahl Genehmigungen	25	19
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl der Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.40 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), und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes und zur Durchführung ambulanter Operationen besitzen.

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

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	163	151
Anzahl beschiedene Anträge	28	11
▪ davon Anzahl Genehmigungen	28	11
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	2

C.41 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 jewei-

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

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum 01.01.2015.

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1992, zuletzt geändert 01.01.2013

C.41.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen § 4 und § 5, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	2.709	2.667
Anzahl beschiedene Anträge	344	145
▪ davon Anzahl Genehmigungen	342	141
▪ davon Anzahl Ablehnungen	2	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	33	10
▪ davon bestanden	33	10
▪ davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
▪ davon ohne Beanstandungen	0	0
▪ davon mit Beanstandungen	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3	13

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V		2014	2013		
Anzahl abrechnender Ärzte (III. Quartal)		2.529	2.360		
Anzahl geprüfter Ärzte		153	271		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2		144	258		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3		9	13		
Begründungen:					
<ul style="list-style-type: none"> ▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag ▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde ▪ sonstige Kommentare 		entfällt	entfällt		
Prüfergebnisse zur Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:		Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Beanstandungen ▪ geringe Beanstandungen ▪ erhebliche Beanstandungen ▪ schwerwiegende Beanstandungen 		105	3	188	2
		30	6	48	8
		6	0	19	1
		3	0	3	2
Gesamtanzahl Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a		47	93		
Gesamtanzahl Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a		0	0		
Gesamtanzahl Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (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		2	11		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c		0	0		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ davon bestanden ▪ davon nicht bestanden 		0	0		
		0	0		
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1		0	1		
Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.		0	0		
Anzahl Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8		0	0		

C.41.2 Computertomographie

Genehmigungen § 4 und § 8, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	537	496
Anzahl beschiedene Anträge	96	106
▪ davon Anzahl Genehmigungen	95	104
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	2
▪ davon bestanden	1	2
▪ davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Bemerkung:

* Computertomographie-Stichprobenprüfung 2014 und 2013 durch G-BA Beschluss ausgesetzt.

C.41.3 Osteodensitometrie

Genehmigungen § 4 und § 8, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	189	372
Anzahl beschiedene Anträge	26	56
▪ davon Anzahl Genehmigungen	25	52
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1	4
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	0	3
▪ davon bestanden	0	3
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	177	3

Bemerkung:

* Aufgrund der Änderung der Vereinbarung, dass Knochendichtemessungen nur noch mittels zentraler DXA durchgeführt werden dürfen, kommt die hohe Anzahl der Rückgaben/Beendigungen der Abrechnungsgenehmigungen zustande.

C.41.4 Strahlentherapie

Genehmigungen § 4 und § 8, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	174	167
Anzahl beschiedene Anträge	41	44
▪ davon Anzahl Genehmigungen	41	42
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	2
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0
▪ davon bestanden	1	0
▪ davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.41.5 Nuklearmedizin

Genehmigungen § 4 und § 8, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	224	216
Anzahl beschiedene Anträge	29	27
▪ davon Anzahl Genehmigungen	29	27
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Kolloquien (Antragsverfahren)	1	4
▪ davon bestanden	1	3
▪ davon nicht bestanden	0	1
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen*	0	0

Bemerkung:

* Zulassungsbeendigungen können nicht immer exakt ermittelt werden.

C.42 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

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

ärztlichen Vereinigung abgerechneten Behandlungsfälle im Quartal. Ferner werden alle Substitutionsbehandlungen nach jeweils fünf Jahren Substitution überprüft.

Mit In-Kraft-Treten der Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung am 12. Juni 2010 ist auch die diamorphingestützte Substitution zu Lasten der GKV in speziellen ambulanten Einrichtungen möglich. Voraussetzung ist die in den Richtlinien vorgesehene Indikationseingrenzung (Schwerstabhängigkeit), eine spezielle ärztliche Qualifikation, eine landesrechtliche Erlaubnis für die jeweilige Einrichtung mit organisatorischen und räumlichen Vorgaben, eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg sowie die Einhaltung der weiteren Anforderungen der Richtlinie. In Stuttgart wurde im Juli 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, Gültigkeit: seit 01.10.1991, zuletzt geändert zum 09.04.2013

Genehmigungen, Stand	31.12.2014	31.12.2013
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	325	329
Anzahl beschiedene Anträge	13	6
▪ davon Anzahl Genehmigungen	13	6
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Anzahl der Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	17	16
Anzahl Ärzte im Konsiliarverfahren	133	127
Anzahl Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen	2	1
▪ davon Einrichtungen nach § 12	1	1

Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3	2014	2013
Anzahl abrechnende Ärzte	251	254
Anzahl geprüfter Ärzte	0	Keine Angaben möglich
Anzahl geprüfter Fälle	675	832
▪ keine Beanstandungen	522	686
▪ geringe Beanstandungen	104	132
▪ erhebliche Beanstandungen	48	14
▪ schwerwiegende Beanstandungen	1	0

5-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 9 Abs. 5	2014	2013
Anzahl geprüfter Fälle	369	476
▪ davon ohne Beanstandungen	267	400
▪ davon mit Beanstandungen	102	76

2-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 3 Abs. 6	2014	2013
Anzahl geprüfter Fälle	23	0*
▪ davon ohne Änderung der Behandlung	23	0
▪ davon mit Änderung der Behandlung	0	0

Patienten	2014	2013
Anzahl Patienten	9.868	9.752
▪ davon Patienten mit Diamorphinsubstitution	54	27

An- / Abmeldungen	2014	2013
Summe Anzahl Patientenanmeldungen und -abmeldungen	7.670	7.947

Bemerkung:

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

C.43 Ultraschalldiagnostik

Am 1. April 2009 trat eine neue bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft (Rechtsgrundlage: Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zuletzt geändert 1. Oktober 2012).

Diese Vereinbarung besteht aus drei Teilen:

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

Strukturqualität

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

Abnahme- und Konstanzprüfung

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

Stichprobenprüfung

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

Stichprobenprüfung

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

Säuglingshüfte

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993; zuletzt geändert zum 01.10.2012

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

a) Genehmigungserteilung

Genehmigungen, Stand	31.12.2014		31.12.2013	
Anzahl Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	10.949		10.682	
	01.01.2014	31.01.2014	01.01.2013	31.01.2013
	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7
Anzahl beschiedene Anträge (Ärzte)*	1.516	0	1.219	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen	1.135	0	1.039	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	381	0	180	0
	neu	erneut	neu	erneut
Anzahl beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	4.499	0	3.681	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen	3.434	0	3.114	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	1.065	0	567	0
	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7
Anzahl Kolloquien gemäß	183	1	225	4
▪ davon bestanden	153	1	205	3
▪ davon nicht bestanden	30	0	20	1
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	Keine Angaben möglich		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	3		Keine Angaben möglich	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	3		Keine Angaben möglich	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	15		Keine Angaben möglich	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	24		Keine Angaben möglich	

Bemerkungen:

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

b) Genehmigungsstand

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

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand		31.12.2014	31.12.2013
AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	394	392
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	209	205
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	251	247
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	451	443
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.375	1.304
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	4.191	4.027
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	651	640
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	155	135
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	56	54
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	3
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	293	272
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	4	4
AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.776	1.703
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	15	16
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	1.207	1.199
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.424	6.257
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	181	68
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	128	39
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.215	1.207
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.410	3.214
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	401	265
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus,	1.559	1.559
AB 9.1	geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.445	1.446
AB 9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.199	0

Anzahl Ärzte mit Genehmigung, Stand		31.12.2014	31.12.2013
AB 9.2	weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	767	791
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.052	1.026
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	1.063	1.046
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	1.225	1.159
AB 12.1	Haut, B-Modus	11	11
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	75	61
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.255	1.223
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1.241	1.207
AB 20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	90	72
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	267	242
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	398	395
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	862	813
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	203	185
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	756	729
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	81	63
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominale und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	839	804
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	259	248
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	608	589
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	157	139
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	55	52
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	1	1
AB 22.1	Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	120	116
AB 22.2	Duplex-Verfahren – feto-maternales Gefäßsystem	491	466

c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung § 9

Anzahl insgesamt gemeldeter Ultraschallsysteme gemäß § 2c (Stichtag bitte wenn möglich 31.3.2015)	Anzahl	Stichtag	Anzahl	Stichtag
	17.482	31.03.2015	17.607	31.03.2014
insgesamt erteilte Bescheide zu nicht mehr zugelassener US-Systemen (Stichtag w.o.)	160	31.12.2014	169	31.12.2013
Anzahl insgesamt abgenommener Ultraschallsysteme gemäß § 2c	01.01.2014 11.801	31.12.2014 13.800	01.01.2013 9.286	31.12.2013 11.801
Anzahl geprüfter Ultraschallsysteme im Jahr 2014 gemäß § 2c		1.999		2.515
▪ davon ohne Beanstandungen		1.917		2.485
▪ Baujahr des Systems: vor 1990 *		2		4
▪ Baujahr des Systems: 1990-1994 *		5		16
▪ Baujahr des Systems: 1995-1999 *		50		123
▪ Baujahr des Systems: 2000-2004 *		111		383
▪ Baujahr des Systems: 2005-2009 *		250		620
▪ Baujahr des Systems: 2010-heute *		1.499		1339
▪ davon mit Beanstandungen		82		30
▪ Baujahr des Systems: vor 1990 *		0		3
▪ Baujahr des Systems: 1990-1994 *		0		1
▪ Baujahr des Systems: 1995-1999 *		6		4
▪ Baujahr des Systems: 2000-2004 *		14		2
▪ Baujahr des Systems: 2005-2009 *		20		3
▪ Baujahr des Systems: 2010-heute *		42		17
Zusätzlich bei Beanstandungen:		0		0
▪ im Jahr 2014 erlassene Bescheide zu nicht mehr zugelassenen US-Systemen		0		0

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

Anzahl geprüfter US-Systeme (§ 2 (c))	1.152	0
▪ davon US-Systeme ohne Beanstandungen	1.112	0
▪ davon mit Beanstandungen	40	0
Wiederholungsprüfungen		
nach 3 Monaten (§ 13 Abs. 6)	40	0
▪ davon US-Systeme ohne Beanstandungen	40	0
▪ davon mit Beanstandungen	0	0
Widerrufe (gerätebezogen)	0	0

Bemerkungen:

* Baujahr = Baujahr der Gerätekonsole des Systems

d) Dokumentationsprüfungen

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11

Anzahl Prüfungen:	2014		2013	
Anzahl geprüfter Ärzte	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
	331	52	278	71
▪ davon Anforderungen erfüllt	259	43	204	55
▪ davon Anforderungen nicht erfüllt	72	9	74	16

Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)	2014		2013	
Anzahl der geprüften ärztlichen Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bemerkung: gemeint ist die Anzahl der geprüften Fälle, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	1.655	260	1.390	355
▪ davon ohne Beanstandungen	1.207	188	989	267
▪ davon mit Beanstandungen	448	72	401	88

Bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:				
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	76	3	83	4
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	4	0	25	0
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	132	40	75	34
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-Diagnose)	55	4	115	14
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	69	11	149	15

Bei Beanstandungen der Bilddokumentation:	2014		2013	
--	------	--	------	--

Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	98	13	96	11
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	138	33	185	33
Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	104	17	89	17

Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6				
------------------------------	--	--	--	--

▪ davon bestanden	3	5
▪ davon nicht bestanden	0	0

Widerrufe				
-----------	--	--	--	--

Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung	Ärzte	Anwendungs- bereiche	Ärzte	Anwendungs- bereiche
	1	1	0	0

Genehmigungen, Stand	31.12.2014		31.12.2013	
----------------------	------------	--	------------	--

Anzahl Ärzte mit Genehmigung	1.063		1.045	
Anzahl beschiedene Anträge	neu	erneut gem. § 11 Abs. 4	neu	erneut gem. § 11 Abs. 4
	106	0	83	0
▪ davon Anzahl Genehmigungen	95	0	77	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	11	0	6	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	6		0	
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1		Keine Angaben möglich	
Anzahl abrechnender Ärzte III/2014	801		801	

Dokumentationsprüfungen		31.12.2014			31.12.2013	
	Initial- prüfung	Prüfung inner- halb 2 Jahre	Prüfung inner- halb 5 Jahre	Initial- prüfung	Prüfung inner- halb 2 Jahre	Prüfung inner- halb 5 Jahre
Anzahl geprüfter Ärzte	40	0	254	18	0	110
▪ davon Anforderungen erfüllt	31	0	205	12	0	76
▪ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	7	0	43	3	0	27
▪ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	2	0	6	3	0	7
	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	2	30	2	0	0	50
▪ davon Anforderungen erfüllt	2	22	2	0	0	32
▪ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	7	0	0	0	14
▪ Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0	0	0	0	6
▪ darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0	0	0	0	0
▪ davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	1	0	0	0	4
▪ Anzahl Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	2	1	19	4	0	14
▪ Anzahl Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0	0	0	0
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2		0			1	

Dokumentationsprüfung – Mängelanalyse		31.12.2014	31.12.2013
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen		3.875	2.071
▪ davon regelgerecht (Stufe I)		3.315	1.681
▪ davon eingeschränkt (Stufe II)		531	358
▪ davon unzureichend (Stufe III)		29	32
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3		5	5
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2:		29	32
▪ davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation		23	27
▪ davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation		0	0
▪ davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation		6	5

C.44 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 Fallzahlanforderungen als Genehmigungsvoraussetzung, eine Mindestzahl jährlich durchzuführender Vakuumbiopsien, apparative Anforderungen (zum Beispiel automatische Nadelführung) sowie Vorgaben zur Durchführung (zum Beispiel Erstellung von Kontrollaufnahmen, Überprüfung der Korrelation von histopathologischem Befund und Bildgebung) und zur Dokumentation. Darüber hinaus ist der Arzt verpflichtet, jährlich eine Auflistung durchgeführter Vakuumbiopsien mit Angaben zur Indikation und zum abschließenden histopathologischen Befund vorzulegen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert: 01.04.2012

Genehmigungen, Stand	31.12.2014			31.12.2013		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	44			45		
	neu	erneut gemäß § 8 Abs.	erneut gemäß § 9 Abs.	neu	erneut gemäß § 8 Abs.	erneut gemäß § 9 Abs.
Anzahl beschiedene Anträge		5	6		5	6
▪ davon Anzahl Genehmigungen	3	0	0	6	0	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	3	0	0	6	0	0
Anzahl Kolloquium gemäß § 12 Abs. 2		0			0	
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3		0			0	
Anzahl Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nichterrei- chen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumenta- tions-prüfung gemäß § 9 Abs. 5	Nichterrei- chen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumenta- tions-prüfung gemäß § 9 Abs. 5		
	0	0	0	0	0	0
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0			2	

Dokumentationsprüfung § 9 – Prüfprozess	2014		2013	
Anzahl abrechnender Ärzte	39		45	
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	0 (erst in 2015 wieder Komplettüberprüfung)		32	
▪ davon bestanden	0		27	
▪ davon nicht bestanden	0		5	
Widerholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5	3		0	
▪ davon bestanden	2		0	
▪ davon nicht bestanden	1		0	
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5	0		0	
Anzahl vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8 (Auffälligkeiten in der „Auflistung“)	0		0	

Dokumentationsprüfung § 9 – Mängelanalyse	2014		2013	
Anzahl geprüfter Dokumentationen	0		300	
▪ davon vollständig und nachvollziehbar	0		238	
▪ davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0		7	
▪ davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	0		49	
▪ davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0		6	

Frequenzregelung	2014		2013	
Anzahl Ärzte mit abgerechneten Vakuumbiopsien	< 25	≥ 25	< 25	≥ 25
	10	29	10	29
▪ davon Anzahl Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben	7	entfällt	10	entfällt

C.45 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.

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2015. (vormalige Versionen seit dem 01.07.1992)

Genehmigungen, Stand	31.12.2014			31.12.2013		
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	130			140		
Anzahl 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
▪ davon Anzahl Genehmigungen	8	0	0	8	0	0
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Anzahl Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	4			4		
▪ davon bestanden	3			4		
▪ davon nicht bestanden	1			0		
Anzahl Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0			0		
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4		
	0	0	0	0		
Anzahl Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0			Keine Angaben möglich		

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Prüfprozess

	2014	2013
Anzahl abrechnender Ärzte (z. B. III/2014)	127	131
Anzahl geprüfter Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	67	54
▪ davon bestanden	67	52
▪ davon nicht bestanden	0	2
Anzahl Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	2	4
▪ davon bestanden	2	4
▪ davon nicht bestanden	0	0
Anzahl Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0
Anzahl Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0

Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7) – Mängelanalyse

	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH- Prüfungen)	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH- Prüfungen)
Anzahl geprüfter Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	804	24	588	60
▪ davon ohne Beanstandungen	791	24	578	60
▪ davon mit Beanstandungen	13	0	10	0
▪ darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	0	0	0	0
▪ darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	0	0	0	0
▪ darunter mit unvollständiger Dokumentation	13	0	10	0

Prüfung der Jahresstatistik (§ 8 Abs. 4) – Prüfprozess	2014	2013
Anzahl abrechnender Praxen	104	112
Anzahl vorgelegter Jahresstatistiken	102	108
▪ davon ohne Auffälligkeiten	67	61
▪ davon mit Auffälligkeiten	35	49
Anzahl Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	20	25
▪ davon ausreichend begründete Stellungnahmen	20	25
▪ davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0
Anzahl Kolloquien	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 9	2014		2013	
Anzahl Ärzte, die 2014 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	0		138	
Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2014 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
	301	0	305	301

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 Ver-

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

D. 4 Krebsfrüherkennung der Frau

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

D. 5 Empfängnisregelung

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

D. 6 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, Ergothera-

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	Funktions- störung der Hand	Orientieren- de entwick- lungsneuro- logische Untersuchung	Krebsfrüh- erkennung bei der Frau	Empfäng- nis- regelung	Neuro- physio- logische Übungs- behand- lung	Physika- lische Therapie
Anzahl Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2014	1.525	491	356	816	788	90	96
	2013	1.508	485	346	809	783	89	93
Anzahl beschiedener Anträge	2014	71	31	0	9	5	1	4
	2013	64	40	6	6	8	3	3
▪ davon Genehmigungen	2014	66	31	0	9	5	1	4
	2013	57	39	5	6	7	3	3
▪ davon Ablehnungen	2014	5	0	0	0	0	0	0
	2013	7	1	1	0	1	0	0
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2014	0	0	0	0	0	0	0
	2013	0	0	0	0	0	0	0

E. RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

	ADHS	Akupunktur	Ambulantes Operieren	Apheresen	Arthroskopie	Balneophototherapie	Blutreinigungsverfahren / Dialyse	Computertomographie	Disease-Management- Programme	Herzschritt- macher- Kontrolle	Histopathologie im Hautkrebs-Screening
Rechtsgrundlage	§ 73c SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 §136	§ 135 Abs. 1 § 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 §136	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV § 136	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 137f § 137g	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ- technischer, räumlicher oder organisa- torischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)											
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungsertei- lung oder bei wiederholten Beanstan- dungen in der Dokumentationsprü- fung)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
FREQUENZREGELUNG			✓				✓				✓
KOOPERATION/FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG			✓				✓				✓
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGS- NACHWEIS/ KONSTANZPRÜ- FUNG/RINGVERSUCHE						✓	✓				
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditie- rung oder als regelhafte Prüfung)		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜ- FUNG		✓	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓		(✓)	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓	✓							✓		
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION							✓		✓		
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARK- BERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurtei- lung)		✓	(✓)	✓	✓		✓	✓	✓	(✓)	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereini- gungen im Rahmen kollegialer Fachge- spräche, auch Konsensuskonferenzen)		✓	(✓)		✓		✓	✓		(✓)	✓

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

	HIV/Aids	Hörgeräteversorgung	Hörgeräteversorgung – Kinder	interventionelle Radiologie	intravitrealen Medikamenteneingabe	invasive Kardiologie	Kapselendoskopie	Koloskopie	konventionelle Röntgendiagnostik	Labor-Spezial	Langzeit-EKG
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2	§ 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	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallbildungs-, Präparateprüfung)											
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG	✓			✓		✓	✓	✓			
KOOPERATION/FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG	✓	✓	✓	✓		✓	✓				
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGS- NACHWEIS/ KONSTANZPRÜ- FUNG/RINGVERSUCHE		✓	✓							✓	
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		(✓)
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜ- FUNG	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		(✓)
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓	✓	✓							✓	
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION		✓	✓				✓	✓			
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARK- BERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)		✓	✓				✓	✓	✓		(✓)
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	✓							✓	✓		(✓)

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

	Magnetresonanztomographie	Magnetresonanztomographie der Mamma	Koloskopie	konventionelle Röntgenagnostik	Labor-Spezial	Langzeit-EKG	Magnetresonanztomographie	Magnetresonanztomographie der Mamma	Magnetresonanztomographie	Mammographie (kurativ)	Mammographie-Screening
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 75 Abs. 7 § 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 135 Abs. 2	Anlage 9.2 BMV § 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/ WARTUNGS- NACHWEIS/ KONSTANZPRÜ- FUNG/RINGVERSUCHE					✓					✓	✓
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	✓	✓	✓	✓		(✓)	✓	✓	✓	✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜ- FUNG	✓	✓	✓	✓		(✓)	✓	✓	✓	✓	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL					✓					✓	✓
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION			✓								✓
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARK- BERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓	✓	✓	✓		(✓)	✓	✓	✓	✓	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	✓	✓	✓	✓		(✓)	✓	✓	✓	✓	✓

Bemerkung:
(✓) regionale Vereinbarungen

	Medizinische Rehabilitation	Molekulargenetik	Neuropsychologische Therapie	Nuklearmedizin	Onkologie	Osteodensitometrie	Otoakustische Emissionen	Patientenbegleitung	Photodynamische Therapie	Phototherapeutische Kameratektomie	Psychotherapie - Richtlinienverfahren - Psychosomatik
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	Anlage 7 BMV	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 83 SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 82 Abs. 1, geregelt in Anlage 1 BMV § 92 Abs. 6a
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/ WARTUNGS- NACHWEIS/ KONSTANZPRÜ- FUNG/RINGVERSUCHE		✓									
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)		✓	✓	✓		✓					
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜ- FUNG		✓	✓	(✓)	✓				✓	✓	
FORTBILDUNG/QUALITÄTZRITZEL		✓			✓						
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION		✓			✓						
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARK- BERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)		✓	✓	(✓)					✓	✓	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)		✓	✓	(✓)					✓	✓	

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Schmerztherapie	Sozialpsychiatrie	Soziotherapie	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	Strahlentherapie	Substitution	Ultraschall allgemein	Ultraschall Säuglingshüfte	Vakuumbiopsie der Brust	Zytologie
Rechtsgrundlage	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 43a, gere- gelt in Anlage	§ 137a	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ- technischer, räumlicher oder organisa- torischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)								✓			✓
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungsertei- lung oder bei wiederholten Beanstan- dungen in der Dokumentationsprü- fung)	✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG		✓	✓				✓			✓	✓
KOOPERATION/FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG		✓	✓	✓			✓				✓
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGS- NACHWEIS/ KONSTANZPRÜ- FUNG/RINGVERSUCHE								✓			
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditie- rung oder als regelhafte Prüfung)	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜ- FUNG	(✓)	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL		✓	✓				✓				✓
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION			✓								✓
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARK- BERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurtei- lung)	(✓)	✓	✓				✓	✓		✓	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereini- gungen im Rahmen kollegialer Fachge- spräche, auch Konsensuskonferenzen)	(✓)					✓	✓	✓	✓	✓	✓

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung

Baden-Württemberg

Albstadtweg 11

70567 Stuttgart

Telefon 0711 7875-0

Telefax 0711 7875-3274