Die ambulante medizinische Versorgung 2026

Anlage
Qualitätsbericht 2025

KVBW

Inhaltsverzeichnis

A. Kommissionen der Qualitätssicherung

B. Arztstruktur (mit Schwerpunkt-bezeichnungen)

C. Genehmigungs-bereiche von A –Z

S. 7 **C.1** Abklärungskolposkopie
S. 9 **C.2** AD(H)S
S. 10 **C.3** Akupunktur
S. 12 **C.4** Ambulantes Operieren
S. 13 **C.5** Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
S. 14 **C.6** Arthroskopie
S. 16 **C.7** ATMP
S. 18 **C.8** Außerklinische Intensivpflege
S. 20 **C.9** Balneophototherapie
S. 22 **C.10** Blutreinigungsverfahren / Dialyse
S. 23 **C.11** Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen
S. 24 **C.12** DMP
S. 26 **C.13** Erweitertes Neugeborenen-Screening
S. 26 **C.14** Geriatrie Spezialisierte geriatrische Diagnostik
S. 27 **C.15** Gesund schwanger
S. 28 **C.16** Hautkrebs-Screening
S. 28 **C.16.1** Histopathologie Hautkrebs-Screening
S. 30 **C.16.2** Hautkrebs-Screening (Früherkennung)
S. 31 **C.17** HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen
S. 33 **C.18** HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)
S. 34 **C.19** Hörgeräteversorgung
S. 34 **C.19.1** Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene
S. 36 **C.19.2** Hörgeräteversorgung – Kinder
S. 37 **C.20** Homöopathie
S. 38 **C.21** Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischen Fußsyndrom
S. 39 **C.22** Interstitielle LDR-Brachytherapie
S. 40 **C.23** Interventionelle Radiologie
S. 42 **C.24** Intravitreale Medikamenteneingabe
S. 44 **C.25** Invasive Kardiologie
S. 46 **C.26** Kapselendoskopie – Dünndarm
S. 47 **C.27** Koloskopie
S. 50 **C 28** KSVPsych-RL
S. 50 **C 28.1** KSVPsych-Richtlinie
S. 51 **C 28.2** KJ-KSVPsych-Richtlinie
S. 52 **C.29** Spezial-Labor
S. 54 **C.30** Langzeit-EKG-Untersuchungen
S. 55 **C.31** Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
S. 56 **C.32** Liposuktion bei Lipödem
S. 57 **C.33** Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)
S. 59 **C.34** Magnetresonanz-Angiographie
S. 61 **C.35** Mammographie (kurativ)
S. 63 **C.36** Mammographie-Screening
S. 64 **C.37** Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
S. 65 **C.38** Molekulargenetik
S. 66 **C.39** Neuropsychologische Therapie
S. 67 **C.40** Nichtärztliche Praxisassistentin (NÄPA)
S. 68 **C.41** Onkologie
S. 70 **C.42** Otoakustische Emissionen
S. 71 **C.43** Palliativmedizinische Versorgung (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung)
S. 72 **C.44** Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

S. 73 **C.45** Phototherapeutische Keratektomie
S. 74 **C.46** PET und PET/CT
S. 76 **C.47** Psychotherapie
S. 78 **C.48** Rhythmusimplantat-Kontrolle
S. 81 **C.49** Schlafbezogene Atmungsstörungen
S. 82 **C.50** Schmerztherapie
S. 84 **C.51** Sozialpsychiatrie
S. 85 **C.52** Soziotherapie
S. 86 **C.53** Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
S. 87 **C.54** Strahlendiagnostik / -therapie
S. 88 **C.54.1** Konventionelle Röntgendiagnostik
S. 89 **C.54.2** Computertomographie
S. 90 **C.54.3** Osteodensitometrie
S. 91 **C.54.4** Strahlentherapie
S. 92 **C.54.5** Nuklearmedizin
S. 93 **C.55** Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
S. 94 **C.56** Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
S. 95 **C.57** Ultraschalldiagnostik
S. 101 **C.58** Vakuumbiopsie der Brust
S. 103 **C.59** Zweitmeinungsverfahren
S. 117 **C.60** Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

D. Genehmigungen auf Grundlage des EBM

S. 119 **D.1** Diabetischer Fuß
S. 119 **D.2** Funktionsstörung der Hand
S. 119 **D.3** Orientierende entwicklungs-neurologische Untersuchung und orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung
S. 119 **D.4** Krebsfrüherkennung der Frau
S. 119 **D.5** Empfängnisregelung
S. 120 **D.6** Neurophysiologische Übungsbehandlung
S. 120 **D.7** Physikalische Therapie

E. Regionale Vereinbarungen

S. 121 **E.1** CED-Vertrag
S. 122 **E.2** COPD-Vertrag
S. 123 **E.3** Diabetes Mellitus
S. 125 **E.4** Frühe Hilfen
S. 126 **E.5** Hallo Baby
S. 127 **E.6** Hypertonie-Vertrag
S. 128 **E.7** Kinder-Früherkennungsuntersuchung
S. 129 **E.8** Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern
S. 130 **E.9** Mädchensprechstunde – M1
S. 131 **E.10** Frühzeitige Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration (tAMD)
S. 132 **E.11** Venentherapie
S. 133 **E.12** Willkommen Baby

F. Qualitätsförderung

S. 134 **F.1** Fortbildungsverpflichtung

G. Rechtsgrundlagen und Instrumente

A. Kommissionen der Qualitätssicherung

BEREICH		ANZAHL BERUFENE MITGLIEDER UND WEITERE TEILNEHMER			
	ANZAHL MITGLIEDER JE QS-KOMMISSION*	VERTRETER DER KV		VERTRETER DER KK	
		Ärzte / Psychotherapeuten als berufene Mitglieder der KV	ggf. beratend hinzugezogene Sachverständige der KV	Ärzte / Psychotherapeuten als ständige Vertreter der KK	ggf. beratend hinzugezogene Sachverständige der KK
Abklärungskolposkopie	6	6	0	0	0
Akupunktur	8	4 4 Stellvertreter	0	0	0
Apherese	7	6	0	1 MDK	0
Arthroskopie	20	19	0	1 MDK	0
Diabetes	4	4	0	0	0
Dialyse	5	3 2 Stellvertreter	0	0	0
HIV/Aids	8	8	0	0	0
Hygiene	6	6	0	0	0
Intravitreale Medikamenteneingabe	4	4 2 Stellvertreter	0	0	0
Invasive Kardiologie	6	3 3 Stellvertreter	0	0	0
Koloskopie	24	24	0	0	0
Labor	23	23	0	0	0
Langzeit- EKG	3	3	0	0	0
Mammographie	25	25	0	0	0
Auswahlkommission Mammographie-Screening	4	1	1 juristisches Mitglied der Verwaltung der KV	1 MDK 1 AOK	0
Magnetresonanz-Tomographie	8	8	0	1 MDK	0
Neuropsychologische Therapie	4	4	0	0	0
Onkologie	11	10	0	1 MDK	0
PET, PET/CT	5	5	0	0	0
Photodynamische Therapie / Phototherapeutische Keratektomie	4	4	0	0	0
Polygraphie / Polysomnographie	5	5	0	0	0
Rhythmusimplantat-Kontrollen	12	6 Mitglieder, 6 Stellvertreter	0	0	0
Allgemeine Radiologie / Computertomographie / Strahlentherapie / Osteodensitometrie / Nuklearmedizin	37	37 Mitglieder	0	1 MDK	0
Schmerztherapie	8	4 4 Stellvertreter	0	0	0
Substitution	24	12 12 Stellvertreter	0	12	0
Ultraschall „Allgemein“	133	133	0	0	0
Ultraschall „Säuglingshüfte"	25	25	0	0	0
Vakuumbiopsie der Brust	4	4	0	0	0
Zytologie	10	8	0	2	0

Anmerkungen:
Bis 4/2024: Hybrid-DRG: GOP's 83001 bis 83012
Ab 1/2025: Hybrid-DRG: Leistungen die bis 22.06.2026 bei der KV eingegangen sind

B. Arztstruktur (mit Schwerpunktbezeichnungen)

ARZT-PSYCHOTHERAPEUTENGRUPPE SCHWERPUNKTBEZEICHNUNG	ANZAHL DER AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDEN ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTEN
Allgemeinärzte	**4.874**
Praktische Ärzte / Ärzte ohne Facharztweiterbildung	**148**
Anästhesisten	**542**
Augenärzte	**844**
Chirurgen und Orthopäden	**2.067**
davon: FA / SP Gefäßchirurgie	164
FA / SP Kinderchirurgie	39
FA Or thopädie	427
FA Or thopädie und Unfallchirurgie	1.108
FA / SP Plastische Chirurgie	87
SP Rheumatologie	38
SP Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	12
SP Unfallchirurgie	326
FA / SP Visceralchirurgie	208
Frauenärzte	**1.718**
davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	53
SP Gynäkologische Onkologie	65
SP Spezielle Gebur tshilfe und Perinatalmedizin	84
HNO-Ärzte / Phoniatrie und Pädaudiologie	**550**
davon: FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
FA Phoniatrie und Pädaudiologie	20
SP Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	
Hautärzte	**3.862**
Humangenetiker	**2.140**
Internisten	**3.862**
davon: Hausärztlich tätige Internisten	2.140
Fachärztlich tätige Internisten	1.356
FA / SP Angiologie	88
FA / SP Diabetologie und Endokrinologie	69
FA / SP Gastroenterologie	376
FA / SP Geriatrie	0
FA / SP Hämatologie / internistische Onkologie	205
SP Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	3
FA / SP Kardiologie	530
FA / SP Nephrologie	226
FA / SP Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	180
FA / SP Rheumatologie	81

ARZT-PSYCHOTHERAPEUTENGRUPPE SCHWERPUNKTBEZEICHNUNG	ANZAHL DER AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDEN ÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTEN
Kinder- und Jugendmediziner	**1.194**
davon: SP Infektiologie	0
ZB Kinder-Endokrinologie und Diabetologie	0
ZB Kindergastroenterologie	0
SP Kinderhämatologie und -onkologie	20
SP Kinderkardiologie	61
ZB Kindernephrologie	2
SP Kinderneuropsychiatrie	0
ZB Kinderpneumologie / Kinder-Lungen- und Bonchialheilkunde	0
ZB Kinderrheumatologie	0
SP Neonatologie	160
SP Neuropädiatrie	79
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten	**132**
Laborärzte / Biochemie / Mikrobiologie	**173**
davon: FA Biochemie	0
FA Immunologie	0
FA Laboratoriumsmedizin	142
FA Mikrobiologie	56
SP Mikrobiologie	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	**171**
Nervenärzte / Neurologen / Psychiater	**885**
davon: FA Nervenheilkunde	86
FA Neurologie und FA Psychiatrie	159
FA Neurologie	392
FA Psychiatrie	263
SP Forensische Psychiatrie	1
SP Kinderneuropsychiatrie	0
Neurochirurgen	**121**
Nuklearmediziner	**114**
Pathologen	**151**
davon: FA / SP Neuropathologie	2
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	**58**
Ärztliche Psychotherapeuten	**830**
davon: Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	430
Psychotherapeuten ohne Ärztliche Psychotherapeuten	**4.140**
davon: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	1.019
Psychologische Psychotherapeuten	3.121
Radiologen	**575**
davon: SP Kinderradiologie	20
SP Neuroradiologie	52
SP Strahlentherapie	1
Strahlentherapeuten	**145**
Transfusionsmediziner	**22**
Urologen	**432**
Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen	**24.324**

Quelle: Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.2025

Bemerkungen:
FA = Fachärzte/Fachärztinnen, SP=Schwerpunktbezeichnung, ZB=Zusatzbezeichnung

C. Genehmigungsbereiche von A – Z

C.1 Abklärungskolposkopie

Zum 1. Januar 2020 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie in Kraft getreten.

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Abklärung auffälliger Befunde zur Früherkennung des Zervixkarzinoms durch eine Differenzialkolposkopie (Abklärungskolposkopie) gesichert werden soll. Sie dient der histologischen Sicherung von squamösen und glandulären Atypien/Neoplasien sowie der Festlegung der operativen Strategie und muss vor operativen Eingriffen durchgeführt werden. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen sowie die Befundung für die Ausführung der Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. D § 8 Abs. 4 - 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Ausführung der Abklärungskolposkopie nach dieser Vereinbarung ist nur durch Fachärztinnen und Fachärzte im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte die in der Qualitätssicherungsvereinbarung genannten fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllen.

Zum Erhalt der Genehmigung ist ein jährlicher Nachweis von mindestens 100 Abklärungskolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherten Fällen intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome, durchgeführt in den letzten 12 Monaten, notwendig. Weiter ist jährlich die regelmäßige Teilnahme (mindestens zwei Mal pro Halbjahr) an interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. Tumorkonferenzen) nachzuweisen. Alternativ können 10 Fortbildungspunkte themenbezogen in 2 Jahren anerkannt werden, es wird aber kein Selbststudium anerkannt.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2023)

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt III, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert zum: 26.01.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	132
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	135
abrechnende Ärzte	124
beschiedene Anträge *	23
- davon Genehmigungen gemäß § 8 Abs. 3	22
- davon Ablehnungen	1
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 4 (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0

FREQUENZREGELUNG § 7 ABS. 1 NR. 1	
Ärzte, die den jährlichen Nachweis von 100 Abklärungskolposkopien (davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle) fristgerecht erbracht haben	102
Ärzte, die den jährlichen Nachweis von 100 Abklärungskolposkopien (davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle) erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	6

TEILNAHME AN FALLKONFERENZEN BZW. FORTBILDUNGEN § 7 ABS. 1, NR. 2	
Ärzte, die die Nachweise zur Teilnahme an Fallkonferenzen (jährlich) bzw. Fortbildungen (zweijährlich) fristgerecht vorgelegt haben	111
Ärzte, die die Nachweise zur Teilnahme an Fallkonferenzen (jährlich) bzw. Fortbildungen (zweijährlich) in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0

WIDERRUFE	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen § 7 Abs. 3	4
- darunter wegen Unterschreitung der Mindestfallzahl gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1	4
- darunter wegen fehlender Nachweise von Teilnahmen an Fallkonferenzen bzw. Fortbildungen gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 2	0

GENEHMIGTE GERÄTESYSTEME	
im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	18
- davon analog	3
- davon digital	4
- davon Kombisysteme	11

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.2 AD(H)S

Der am 1. April 2009 in Kraft getretene Vertrag nach §73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der DAK Gesundheit, der GWQ-ServicePlus AG und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg legt besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differentialdiagnostischen Untersuchungen der Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 4. und 18. Lebensjahr. Der Vertrag wurde zum 1. Januar 2025 auf eine andere Rechtsgrundlage gestellt (§ 140a SGB V) und sowohl technische als auch abrechnungstechnische Details angepasst. Er 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: § 140a SG B V, gültig ab dem 01.04.2009 (Stand 1. Januar 2025)

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung: Stand 31.12.2024	171
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung: Stand 31.12.2025	177
beschiedene Anträge	17
- Genehmigungen	17
- Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 7 (4)	
Ärzte/Psychotherapeuten, die die Nachweise nach § 7 (4) erbracht haben	nicht geprüft *
FREQUENZREGELUNG: NACHWEIS ZUR ZAHL DER BETREUTEN PATIENTEN	
Ärzte/Psychotherapeuten, die die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	nicht geprüft *

Bemerkungen:

* Prüfung nach Beschluss des Vertragsausschusses ausgesetzt

C.3 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 aufgenommen.

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

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

Die Leistungen der Akupunktur können nur von bestimmten Fachärzten, wie zum Beispiel von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Orthopädie oder Fachärzten für Anästhesiologie 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.

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, zuletzt geändert zum: 01.01.2016

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	1114
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	1053
beschiedene Anträge *	49
- davon Genehmigungen	49
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	9
- wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	0
- aus sonstigen Gründen	9
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	13

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)	
abrechnende Ärzte	771
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden - Ärzte	11
- davon bestanden	10
- davon nicht bestanden	1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden - Ärzte	32
- davon bestanden	29
- davon nicht bestanden	3
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	2
- davon bestanden	2
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0

PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)	
geprüfte Dokumentationen - normale Fälle	516
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	34
- davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0
- davon nicht nachvollziehbar	34
- davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar	0
geprüfte Dokumentationen - Ausnahmefälle	334
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	15
- davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1
- davon nicht nachvollziehbar begründet	12
- davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	2

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 ABS. 2	
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	935

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.4 Ambulantes Operieren

Zum 1. Dezember 2011 ist die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren“ (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) in Kraft getreten. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen, wobei diese unter dem Sammelbegriff „Eingriffe nach § 115b SGB V“ zusammengefasst werden. Eingriffe nach § 115b SGB V sind nach Facharztstandard zu erbringen. Zur Durchführung bestimmter Eingriffe bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen nachzuweisen ist.

Die Eingriffe nach § 115b SGB V gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad gemäß den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes in

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

Durch diese Einteilung 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	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	4820
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	4738
beschiedene Anträge *	689
- davon Genehmigungen	687
- davon Ablehnungen	2
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.5 Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	147
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	149
beschiedene Anträge *	20
- davon Genehmigungen	16
- davon Ablehnungen	4
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.6 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 § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) enthält bundesweit einheitliche Beurteilungskriterien für die Organisation und Durchführung von Stichprobenprüfungen. Die Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen enthält Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer 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, Neufassung: seit 01.10.2024

Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie), Rechtsgrundlage § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2020 (Neufassung)

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	607
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025 *	600
- davon Ärzte mit Genehmigung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 - Nr. 3	29
- davon Ärzte mit Genehmigung gemäß § 3 Abs. 2	0
- davon Ärzte mit Genehmigung gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 1 - Nr. 2	3
- davon Ärzte mit Genehmigung gemäß § 3 Abs. 4 Nr. 1 - Nr. 2	6
beschiedene Anträge *	66
- davon Genehmigungen	66
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen	0
- davon ohne Mängel	0
- davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135B ABS. 2 SGB V	
Prüfumfang	
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2025)	330
geprüfte Ärzte	17
Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	0
anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 i.V.m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)	17
anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 (d.h. ausgenommen § 7 QBA-RL)	0
Prüfergebnisse	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1	
- keine Beanstandungen	0
- geringe Beanstandungen	0
- erhebliche Beanstandungen	0
- schwerwiegende Beanstandungen	0
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 i.V.m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)	
- keine Beanstandungen	4
- geringe Beanstandungen	9
- erhebliche Beanstandungen	1
- schwerwiegende Beanstandungen	3
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2	
- keine Beanstandungen	0
- geringe Beanstandungen	0
- erhebliche Beanstandungen	0
- schwerwiegende Beanstandungen	0
Maßnahmen	
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	14
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr.2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b	1
- davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	1
- davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d	0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1, § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 f, § 10 Abs. 2, § 11 Abs. 8 sowie § 12 Abs. 2 und § 12 Abs. 6 S. 1	0
- davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0
- davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0

C.7 ATMP

Arzneimittel für neuartige Therapien, die sogenannten ATMP (Advanced Therapy Medicinal Products) basieren auf Genen, Geweben oder Zellen. Sie können nur in hochspezialisierten Einrichtungen angewendet werden. Ziel dieser Qualitätssicherungs-Richtlinie ist, die qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten und die sachgerechte Anwendung der ATMP sicherzustellen.

Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP-QS-RL), Rechtsgrundlage: § 136a Abs. 5 Satz 1 SGB V, Gültigkeit seit: 14.06.2022, zuletzt geändert zum: 27.09.2024

ATMP-QS-RL: ANLAGE I CAR-T-ZELLEN BEI B-ZELL-NEOPLASIEN

MITTEILUNGSPFLICHT GEGENÜBER DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS GEMÄSS § 19 ABS. 3 DER ATMP-QS-RL	ANZAHL DER BSNR JE GENEHMIGUNG / ANZEIGE
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Genehmigung zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 19 Abs. 3 Satz 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der im Bezugsjahr neu erteilten Genehmigungen zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 16c Abs. 2 Satz 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer bestätigten Anzeige zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der neu bestätigten Anzeigen zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0

ATMP-QS-RL: ANLAGE II ONASEMNOGEN-ABEPARVOVEC BEI SPINALER MUSKELATROPHIE

MITTEILUNGSPFLICHT GEGENÜBER DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS GEMÄSS § 19 ABS. 3 DER ATMP-QS-RL	ANZAHL DER BSNR JE GENEHMIGUNG / ANZEIGE
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Genehmigung zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 19 Abs. 3 Satz 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der im Bezugsjahr neu erteilten Genehmigungen zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 16c Abs. 2 Satz 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer bestätigten Anzeige zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der neu bestätigten Anzeigen zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0

ATMP-QS-RL: ANLAGE III TABELECLEUCEL BEI EBV-POSITIVEN POSTTRANSPLANTATIONSLYMPHOMEN

MITTEILUNGSPFLICHT GEGENÜBER DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS GEMÄSS § 19 ABS. 3 DER ATMP-QS-RL	ANZAHL DER BSNR JE GENEHMIGUNG / ANZEIGE
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Genehmigung zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 19 Abs. 3 Satz 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der im Bezugsjahr neu erteilten Genehmigungen zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 16c Abs. 2 Satz 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer bestätigten Anzeige zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der neu bestätigten Anzeigen zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0

ATMP-QS-RL: ANLAGE IV GENTHERAPEUTIKA BEI HÄMOPHILIE

MITTEILUNGSPFLICHT GEGENÜBER DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS GEMÄSS § 19 ABS. 3 DER ATMP-QS-RL	ANZAHL DER BSNR JE GENEHMIGUNG / ANZEIGE
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Genehmigung zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 19 Abs. 3 Satz 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der im Bezugsjahr neu erteilten Genehmigungen zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 16c Abs. 2 Satz 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer bestätigten Anzeige zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der neu bestätigten Anzeigen zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0

ATMP-QS-RL: ANLAGE V ELADOCAGENE EXUPARVOVEC BEI AADC-MANGEL

MITTEILUNGSPFLICHT GEGENÜBER DEM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS GEMÄSS § 19 ABS. 3 DER ATMP-QS-RL	ANZAHL DER BSNR JE GENEHMIGUNG / ANZEIGE
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Genehmigung zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 19 Abs. 3 Satz 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der im Bezugsjahr neu erteilten Genehmigungen zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß § 16c Abs. 2 Satz 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer bestätigten Anzeige zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der neu bestätigten Anzeigen zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß § 16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2024 bis 31.12.2024)	0

C.8 Außerklinische Intensivpflege

Die Außerklinische Intensivpflege – kurz AKI – wurde zum 1. Dezember 2022 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen.

Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege (z.B. beatmet oder trachealkanüliert) haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum erforderlich ist.

Die außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung die Patienten- und Versorgungssicherheit von Versicherten nach Maßgabe ihres individuellen Bedarfs zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Sie dient im Rahmen des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung auch der Verbesserung der Lebensqualität.

Therapieziele sind:

1. die Sicherstellung von Vitalfunktionen,
2. die Vermeidung von lebensbedrohlichen Komplikationen sowie
3. die Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen, die außerklinische Intensivpflege erforderlich machen und der sich daraus ergebenden Symptome zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes.
4. bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten die optimale und individuelle Hinführung zur Dekanülierung, zur Entwöhnung der invasiven Beatmung oder zur Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung.

Vertragsärzte, die die Verordnung für die AKI ausstellen und abrechnen wollen, benötigen ebenfalls eine Genehmigung ihrer KV, wenn sie nicht über eine der nachfolgenden Qualifikationen verfügen:

- Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
- Facharzt für Anästhesiologie
- Facharzt für Neurologie
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Auch Vertragsärzte, die die Potenzialerhebung zur Erreichung von Ziel Nr. 4 durchführen und abrechnen wollen, benötigen dafür eine Genehmigung ihrer KV. Die AKI-Richtlinie regelt die möglichen Fachgebiete und die Qualifikation der Ärzte, die mit Antragstellung nachzuweisen sind.

Die AKI-Richtlinie sieht eine Übergangsregelung für die Potenzialerhebung vor, nach der Patienten, die keinen Arzt finden, der die Potenzialerhebung vornimmt, bis zum 31.12.2024 die Verordnung auch ohne vorher durchgeführte Potenzialerhebung bekommen. Diese Übergangsregelung wurde bis zum 30. Juni 2025 verlängert, sofern qualifiziertes ärztliches Personal nicht fristgerecht verfügbar ist.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL) in der Fassung vom 19. November 2021, in Kraft getreten am 18. März 2022, zuletzt geändert am 22. Januar 2026, in Kraft getreten am 1. April 2026

ATMP-QS-RL: ANLAGE III TABELECLEUCEL BEI EBV-POSITIVEN POSTTRANSPLANTATIONSLYMPHOMEN	31.12.2025
Ärzte mit Genehmigung zur Potenzialerhebung als Vertragsarzt	89
Anzahl beschiedene Anträge	15
- davon Anzahl Genehmigungen	13
- davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Ärzte mit Genehmigung zur Potenzialerhebung ohne Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	7
Anzahl beschiedene Anträge	1
- davon Anzahl Genehmigungen	1
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Krankenhäuser mit Genehmigung zur Potentialerhebung mit oder ohne Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	25
Anzahl beschiedene Anträge	9
- davon Anzahl Genehmigungen	9
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung als Hausarzt	293
Anzahl beschiedene Anträge	29
- davon Anzahl Genehmigungen	29
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

C.9 Balneophototherapie

Leistungen der Balneophototherapie können bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris sowie seit 1. Oktober 2020 bei mittelschwerem bis schwerem atopischem Ekzem 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 §135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie) geregelt. Diese QS-Vereinbarung wurde zum 1. Oktober 2020 angepasst. Neben der Neuaufnahme der Indikation mittelschweres bis schweres atopisches Ekzem werden unterschiedliche Solelösungen für die einzelnen Verfahren vorgeschrieben. Außerdem wurden die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation erweitert. 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-Rundum-Bestrahlung

- **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. zuletzt geändert zum: 01.10.2020

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	100
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	88
abrechnende Ärzte	72
beschiedene Anträge	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3

WARTUNGSNACHWEISE § 8

geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2 mit Genehmigung *	21
- davon Nachweise erbracht **	15
- davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	6
nochmalige Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	5
- davon Nachweise erbracht	5
- davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

** Die Nachweise (jeweils aktueller Stand) umfassen sowohl die zweijährlich durchzuführenden Wartungen der Bestrahlungsgeräte als auch die jährlichen der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel.

C.10 Blutreinigungsverfahren / Dialyse

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse ist genehmigungspflichtig. Grundlage ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren (§135 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrag-Ärzte). 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 Fachkommission NET (Nierenersatztherapie) der Landesarbeitsgemeinschaft QiG (Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg) geprüft. Stellungnahmeverfahren gibt es für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 noch nicht.

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 zum: 01.07.2020

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr.13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit seit: 01.01.2019, zuletzt hierzu geändert zum: 14.12.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024**	268
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025**	254
beschiedene Anträge*	37
- davon Genehmigungen	37
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen	0
- davon ohne Mängel	0
- davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Patienten im Berichtsjahr	10826

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

** davon 11 Institute

C.11 Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen (Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie)

Die transurethrale Botulinumtoxin-Therapie ist bei den folgenden Indikationsbereichen anwendbar:

- eine idiopathisch überaktive Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben.
- eine Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose.

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

Die Genehmigung wird Fachärzten für Gynäkologie und Fachärzten für Urologie erteilt, wenn die Teilnahme an Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von mindestens acht Fortbildungspunkten nachgewiesen wird. Die Genehmigung ist an die Auflage gebunden, Fortbildungen dieser Art jährlich zu besuchen.

Rechtsgrundlage: EBM GOP 08312, 08313 bzw. 26316, 26317, Gültigkeit seit: 01.01.2018

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	178
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	181
beschiedene Anträge*	29
- davon Genehmigungen	29
- davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung jährlich vorgelegt haben	169

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.12 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.

Vereinbarungen über die Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V in Baden-Württemberg (Vereinbarungen DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V.

Diabetes mellitus Typ 1

VERTRAGSDATEN	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
ÄRZTE	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2025	273 + 1 Institut
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	248
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	34 + 1 Institut
- darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0

Diabetes mellitus Typ 2

VERTRAGSDATEN	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
ÄRZTE	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2025	6687
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6661
- darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	428

Brustkrebs

VERTRAGSDATEN	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
ÄRZTE	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2025	702
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	702

Koronare Herzkrankheit

VERTRAGSDATEN	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)

ÄRZTE	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2025	6814
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6596
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	416
- darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung "Invasive Kardiologie" (diagnostisch oder therapeutisch)	72

Asthma bronchiale

VERTRAGSDATEN	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)

ÄRZTE	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2025	7011
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	4032
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	259

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

VERTRAGSDATEN	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)

ÄRZTE	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2025	6390
- darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6381
- darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	137

C.13 Erweitertes Neugeborenen-Screening

Das Neugeborenen-Screening dient der Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. Durch das Screening soll eine unverzügliche Therapieeinleitung im Krankheitsfall ermöglicht werden. Der Erfolg dieses Screenings ist insbesondere abhängig von der Zuverlässigkeit der Befundergebnisse und der Schnelligkeit, mit der in Verdachtsfällen die Abklärungsdiagnostik durchgeführt und therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Aus diesem Grund sind in der Kinderrichtlinie detaillierte Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgegeben, deren Umsetzung die Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten. Diese Ergebnisse werden an den G-BA weiterleitet.

Der Qualitätsbericht der Universität Heidelberg für das Berichtsjahr 2025 wurde im Juli 2026 durch die KVBW an den G-BA weitergeleitet.

C.14 Geriatrie - Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Ältere multimorbide Patienten haben mitunter einen besonderen Behandlungsbedarf. Hierbei setzt die spezialisierte geriatrische Diagnostik an. Spezialisierte Geriater ermitteln den individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten und erstellen einen Behandlungsplan. Der Vertragsarzt, der den Patienten überwiesen hat, nutzt diesen dann für das Einleiten und Koordinieren geeigneter, wohnortnaher Therapiemaßnahmen.

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024 (nicht in GIA)	35
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025 (nicht in GIA)	31
Institutsambulanzen mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	29
Ärzte, die ohne persönliche Genehmigung in Institutsambulanzen tätig sind, Stand 31.12.2025	48
im Berichtsjahr erteilte Genehmigungen erteilt für ermächtigte GIA	0

C.15 Gesund schwanger

Die „Gesund schwanger" Vereinbarung basiert auf der Grundlage von §140a SGB V.

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

Zum 01.01.2021 gab es einen Nachtrag zum Vertrag nach § 140a SGB V „Gesund schwanger". Dieser beinhaltete eine klarstellende Regelung zum Frühultraschall. Hintergrund: Der § 10 der Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSV) besagt, dass bei der Anwendung von Ultraschallgeräten zu nichtmedizinischen Zwecken ein Fötus nicht exponiert werden darf. Mit dem Nachtrag stellten die Partner des o.g. Vertrages klar, dass die vereinbarte Leistung „Frühultraschall in der 4. bis zur 8. Schwangerschaftswoche" eine zwingend medizinische Indikation voraussetzt.

Zum 01.01.2023 gab es einen Nachtrag zum Vertrag nach § 140a SGB V „Gesund schwanger". Die Partner der Vereinbarung haben sich umbenannt bzw. eine neue Geschäftsadresse bekommen. Des Weiteren wurde die Teilnahmeerklärung für den Arzt angepasst.

Hintergrund: In der Teilnahmeerklärung wurden MVZ oder Einrichtungen nach § 311 SGB V aufgeführt. Dies war so nicht mehr korrekt, da der § 311 SGB V durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) in § 402 SGB V geändert wurde. Die Hinweise zur Datenerhebung und Datenverarbeitung wurden aktualisiert.

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

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	496
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	498
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	35
- davon Genehmigungen	35
- davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.16 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.

C.16.1 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 Leistung erfordern 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. II, 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 hierzu geändert zum: 01.01.2019

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	69
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	65

BESCHIEDENE ANTRÄGE*	
neu	10
- davon Genehmigungen	10
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	0
- davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

FREQUENZREGELUNG § 5 ABS. 1 UND 2	
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung)	
< 1.000 *	0
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindest-frequenz von 1.000 erreicht haben	0
≥ 1.000 *	57
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: <1.000	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 1.000	57

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)	
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3
- davon bestanden	3
- davon nicht bestanden	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5 b	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0

PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)	
geprüfte Dokumentationen und zugehörige histopathologische Präparate	30
- davon vollständig und nachvollziehbar	29
- davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0
- davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	1
- davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.16.2 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.

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) auf Grundlage des § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, Absatz 4 und § 25 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung, Stand 31.12.2024**	5748
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung, Stand 31.12.2025**	5782
beschiedene Anträge*	533
- davon Genehmigungen	531
- davon Ablehnungen	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	479
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	480
beschiedene Anträge*	47
- davon Genehmigungen	47
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

** davon 11 Institute

C.17 HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen

Die Vereinbarung dient der Qualitätssicherung in der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/ Aids-Erkrankung. Hierdurch soll eine leitliniengerechte Behandlung und Betreuung dieser Patienten in allen Krankheitsstadien durch den behandelnden Arzt sichergestellt werden. Die Teilnehmer haben neben ihrer persönlichen Qualifikation die selbstständige Betreuung von durchschnittlich 25 HIV/Aids-Patienten pro Quartal und ständige Fortbildungen auf diesem Gebiet nachzuweisen.

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

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	41
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	43

BESCHIEDENE ANTRÄGE

neu	6
- davon Genehmigungen	5
- davon Ablehnungen	1
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- darunter wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3	0
- darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4	0
- darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3

FREQUENZREGELUNG § 10 ABS. 1 NR. 1

Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung pro Quartal in Höhe von:	
< 25	2
- davon Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen	0
- davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	2
≥ 25	41
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 25	2
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 25	41

GENEHMIGUNGEN	
FORTBILDUNG § 10 ABS. 1 NR. 2	
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	34
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten (§ 10 Abs. 4)	1
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)	
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0
- davon Begründung ausreichend	0
- davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden - Auflage	0
- davon nicht bestanden - Widerruf	0
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)	
geprüfte Dokumentationen	40
Prüfsumme (erwartete Anzahl geprüfter Dokumentationen)	40
- davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40
- davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0
- davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0
- davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0
BEI BEANSTANDUNGEN DER BEHANDLUNGSQUALITÄT:	
- darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)	0
- darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)	0
- darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)	0

C.18 HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP)

Die seit dem 01. September 2019 geltende Vereinbarung (aktuelle Fassung vom 01.07.2024) dient der Qualitätssicherung als Prävention einer HIV-Infektion Sie bildet eine ergänzende Option zu einer effektiven Präventionsstrategie mit dem Ziel, die Raten der HIV-Neuinfektionen zu senken.

Die Teilnehmer haben neben ihrer persönlichen Qualifikation die selbstständige Betreuung von durchschnittlich 6 PrEP-Patienten jährlich und ständige Fortbildungen auf diesem Gebiet nachzuweisen.

Rechtsgrundlage: Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V

WIDERRUFE DER TEILNAHME	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen: Stand 31.12.2024	49
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen: Stand 31.12.2025	59
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	14
- davon Teilnahme	13
- davon Ablehnungen der Teilnahme	1
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

C.19 Hörgeräteversorgung

C.19.1 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 Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung nach §135 Abs. 2 SGB V vereinbart. Ziel der Vereinbarung ist es, die Steuerung und Betreuung von schwerhörigen Jugendlichen und Erwachsenen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu sichern.
Die QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen, den Umfang der Versorgung und die Anforderungen an die Praxisausstattung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche, apparative und räumliche Voraussetzungen nachweisen können, dürfen die Hörgeräteversorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

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

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

Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung sind folgende Auflagen zu erfüllen:

1. Mindestens einmal jährlich durchgeführte messtechnische Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien

2. Nachweis von sieben themenspezifischen Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2019

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	495
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	491
beschiedene Anträge*	48
- davon Genehmigungen	48
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	0
- davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 ABS. 1, NR. 1	
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontolle (jährlich durchzuführen) fristgerecht erbracht haben	491
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 ABS. 1, NR. 2	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) fristgerecht vorgelegt haben	491
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.19.2 Hörgeräteversorgung – Kinder

Drei Monate nach Inkrafttreten der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen haben die Partner der Bundesmantelverträge eine Qualitätssicherungsvereinbarung nach §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 GOPs 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.

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

Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung sind folgende Auflagen zu erfüllen:

1. Mindestens einmal jährlich durchgeführte messtechnische Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien

2. Nachweis von sieben themenspezifischen Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2019

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	32
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	35
beschiedene Anträge*	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnische Kontrollen	0
- davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 ABS. 1, NR. 1	
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontolle (jährlich durchzuführen) fristgerecht erbracht haben	35
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 ABS. 1, NR. 2	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) frsitgerecht vorgelegt haben	35
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.20 Homöopathie

Die Versorgung mit klassischer Homöopathie wird in den entsprechenden Vereinbarungen und Verträgen gemäß §140a 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.

Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 140a SGB V mit der SECURVITA BKK und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, gültig seit dem 01.07.2009

Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 140a SGB V mit der IKK classic, gültig seit dem 01.01.2011

GENEHMIGUNGEN	31.12.2024
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	313
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	115
- Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK	Ende Vertrag 31.12.2024
- Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK Securvita	113
- Genehmigungen ausschließlich Homöopathie IKK classic	104
beschiedene Anträge	0
- Genehmigungen	0
- Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.21 Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

Am 1. Oktober 2019 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in Kraft getreten. Die Vereinbarung ersetzt den Anhang zum Abschnitt 30.2.2 „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom" des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und regelt die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30216 und 30218 des EBM).

In der Qualitätssicherungsvereinbarung werden die für die fachliche Befähigung geforderte Facharztbezeichnung und die Zusatzqualifikationen festgelegt sowie die Anforderungen an die Sicherheit der Druckkammern, in denen die Behandlung durchgeführt wird, geregelt. Zudem werden die Vorgaben zur Gewährleistung einer leitliniengerechten Wundversorgung und für die Berichterstattung an den überweisenden Facharzt definiert.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (Qualitätssicherungsvereinbarung HBO bei DFS), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2019

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2024	1
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2025	1
abrechnende Ärzte (GOP 30216 und 30218)	0
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon erstmals erteilte Genehmigungen	0
- davon erneut erteilte Genehmigungen nach § 6 Abs. 5	0
- davon erneut erteilte Genehmigungen nach § 8 Abs. 4	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

JÄHRLICHE NACHWEISPFLICHT GEMÄSS § 6 ABS. 5	
Anzahl von im Berichtsjahr wegen auch in der Nachfrist von 6 Wochen nicht erfüllter Nachweispflicht...	0
... unter Auflagen gestellter Genehmigungen	0
... ausgesetzter Genehmigungen	0
... widerrufener Genehmigungen	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 (FAKULTATIV)	
überprüfte Ärzte	0

PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)	
insgesamt geprüfte Dokumentationen	0
- davon Dokumentationen ohne Beanstandungen	0
- davon Dokumentationen mit Beanstandungen	0
- zur Vollständigkeit § 7 Abs. 1	0
- zur Nachvollziehbarkeit § 7 Abs. 1 c	0
- zur Nachvollziehbarkeit § 7 Abs. 1 d	0
- zur Nachvollziehbarkeit § 7 Abs. 1 f	0
- zur Vollständigkeit § 7 Abs. 2	0

MASSNAHMEN NACH § 8 ABS. 4	
durchgeführte Beratungen nach § 8 Abs. 3	0
durchgeführte Kolloquien nach § 8 Abs. 4	0
Widerrufe bei nicht bestandenem Kolloquium nach § 8 Abs. 4	0

C.22 Interstitielle LDR-Brachytherapie

Zum 01.07.2021 wurde die interstitielle Low-Dose-Rate (LDR)-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil als neue vertragsärztliche Leistung (Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden der vertragsärztlichen Versorgung) in den EBM aufgenommen. Alle fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen hat der G-BA in einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsrichtlinie festgelegt. Die Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Strahlentherapie und Fachärzten für Urologie mit entsprechender Fachkunde gem. Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin abgerechnet werden. Die LDR-Brachytherapie als innere Strahlentherapie stellt für die betroffenen Männer eine Alternative zur äußeren Bestrahlung oder Entfernung der Prostata dar.

Richtlinie für die Behandlung mit interstitieller LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil, Rechtsgrundlage: § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, Gültigkeit: seit 08.01.2021

LDR-Brachytherapie

GENEHMIGUNGEN GEMÄSS § 7 ABS. 3	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	1
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.23 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 bei 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 (Qualitätssicherungs¬vereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert zum: 01.10.2010

Diagnostische Katheterangiographien

GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 1	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	2
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	2
beschiedene Anträge	0
neu	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 7 Abs. 6	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
- davon ohne Mängel	0
- davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 100 diagnostischen Katheterangiographien	0
- davon aus sonstigen Gründen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

FREQUENZREGELUNG § 5 ABS. 1 UND 2	
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung)	
Ärzte mit ...abgerechneten diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen	
< 100	2
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	2
≥ 100	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 100	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 100	2

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	24
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	22
beschiedene Anträge	1
neu	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 7 Abs. 7	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
- davon ohne Mängel	0
- davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 100 arteriellen Gefäßdarstellungen	0
- davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 50 therapeutischen Eingriffen	0
- davon wegen Nichterreichen beider Mindestzahlen	0
- davon aus sonstigen Gründen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3

FREQUENZREGELUNG	
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung)	
Ärzte mit ...abgerechneten diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützten therapeutischen Eingriffen	
< 100	18
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	17
≥ 100	4
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 100	1
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 100	21
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung)	
Anzahl Ärzte mit ...abgerechneten kathetergestützten therapeutischen Eingriffen	
< 50	18
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	17
≥ 50	4
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 50	1
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 50	21

C.24 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 sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“
- Nachweis über die selbstständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund.
- Bei OCT gemäß §1 Abs. 3 selbstständige Indikationsstellung und Befundung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund unter Anleitung oder mindestens 200 selbstständig durchgeführte OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund.
- Selbstständige Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie).
- Nachweis über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben, insbesondere zu aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement.

Darüber hinaus müssen Genehmigungsinhaber 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 01.10.2014, zuletzt geändert zum: 01.07.2021

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	350
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	372
abrechnende Ärzte	271
beschiedene Anträge*	91
- davon Genehmigungen	87
- davon Ablehnungen	4
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

** Mehrfachnennungen sind möglich!

GENEHMIGUNGEN

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 ABS. 2 (ERSTÜBERPRÜFUNG) PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)

geprüfte Ärzte geprüfte Ärzte	37
- davon Anforderungen erfüllt	31
- davon Anforderungen nicht erfüllt	6

PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)

geprüfte Dokumentationen	370
darunter Dokumentationen: **	
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	13
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	5
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	4
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	5
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	2
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 f) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 g) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 h) nicht erfüllt ist	14
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 i) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 j) nicht erfüllt ist	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 ABS. 6 (ERNEUTE ÜBERPRÜFUNG) PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)

geprüfte Ärzte	1
- davon Anforderungen erfüllt	1
- davon Anforderungen nicht erfüllt	0

PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)

geprüfte Dokumentationen	10
darunter Dokumentationen: **	
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 f) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 g) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 h) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 i) nicht erfüllt ist	0
- in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 j) nicht erfüllt ist	0

KOLLOQUIEN § 6 ABS. 6 UND 7

Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 7	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 6 Satz 3	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

** Mehrfachnennungen sind möglich!

C.25 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 (zuletzt aktualisiert am 1. Januar 2024) 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: 01.01.2024

Diagnostische Katheterisierungen

GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 2	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	5
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	4
Ärzte mit Genehmigung für ICA, Stand 31.12.2025	83
Ärzte, die Leistungen der ICA (GOP 34291) abrechnen	64
vertragsärztlich erbrachte und abgerechnete Leistungen der ICA (GOP 34291)	1880

BESCHIEDENE ANTRÄGE	
neu	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
- davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 150 diagnostischen Katheterisierungen	1
- davon aus sonstigen Gründen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

FREQUENZREGELUNG	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen) innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	
Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	
< 150	**4**
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	4
≥ 150	**0**
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 150	**0**
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 150	**4**

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	80
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	79
beschiedene Anträge	
neu	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
- davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 150 diagnostischen oder therapeutischen Katheterisierungen und von 50 therapeutischen Katheterisierungen	1
- davon ausschließlich wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 150 diagnostischen oder therapeutischen Katheterisierungen"	0
- davon ausschließlich wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 50 therapeutischen Katheterisierungen	0
- davon aus sonstigen Gründen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5

FREQUENZREGELUNG	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen) innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	
Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291 oder 34292)	
< 150	63
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	60
≥ 150	11
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 150	3
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 150	71
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen) innerhalb des vertragsärztlichen Bereichs	
Ärzte mit ...abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)	
< 50	65
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	62
≥ 50	9
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 50	3
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 50	71
Ärzte, die die Mindestfrequenz von 150 insgesamt abgerechneten Katheterisierungen und die Mindestfrequenz von 50 therapeutischen Katheterisierungen erreicht haben	11

C.26 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 Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

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

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 APPLIZIERER		ANMERKUNGEN DER KV
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2024	83	
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2025	81	
abrechnende Ärzte	49	
beschiedene Anträge*	10	´+1 Statuswechsler
- davon Genehmigungen	9	´+1 Statuswechsler
- davon Ablehnungen	1	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	
GENEHMIGUNGEN AUSWERTER		
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2024	82	
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2025	80	
abrechnende Ärzte	48	
beschiedene Anträge*	10	´+1 Statuswechsler
- davon Genehmigungen	9	´+1 Statuswechsler
- davon Ablehnungen	1	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Dokumentationsprüfungen (fakultativ)		
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (FAKULTATIV) PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE) GEMÄSS § 7 ABS. 6 (AUF VERLANGEN DER KV)		
insgesamt abrechnende Ärzte	49	
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	0	
- davon Anforderungen erfüllt	0	
- davon Anforderungen nicht erfüllt	0	
PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE) GEMÄSS § 8 ABS. 4 BZW. ANLAGE 1 NR. 10.2 (ANLÄSSLICH DER PRÜFUNG DER JAHRESSTATISTIK)		
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 4	0	
- davon Anforderungen erfüllt	0	
- davon Anforderungen nicht erfüllt	0	
JAHRESSTATISTIK GEMÄSS § 8		
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	49	
% vorgelegte Jahresstatistik zu abrechnende Ärzte (Applizierer)	100	

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.27 Koloskopie

Der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde zum 1. Oktober 2002 um die Koloskopie erweitert. Im Jahr 2018 erfolgte eine Änderung der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme. Demnach ist für männliche Patienten bereits ab dem 50. Lebensjahr eine Früherkennungskoloskopie möglich. Im Jahr 2025 erfolgte erneut eine Änderung, auch für Frauen ist nun ab dem 50. Lebensjahr eine Früherkennungskoloskopie möglich. Patienten erhalten Einladungen durch die jeweilige Krankenkasse im Alter von 50, 55, 60 und 65 Jahren mit einem einheitlichen Einladungsschreiben. Die Übermittlung der Dokumentationsdaten erfolgt elektronisch.

Es besteht eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung. Die QS-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 Mindestanzahl von 200 totalen Koloskopien, davon mindestens zehn mit Polypektomien nachweisen kann, hierzu erfolgt eine jährliche Prüfung.

Außerdem findet eine Dokumentationsüberprüfung durch eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung der kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien/Polypektomien statt. Diese wird – unter der Voraussetzung, dass bei der vorhergehenden Überprüfung die Auflagen erfüllt wurden – alle zwei Jahre durchgeführt.

Ferner sind zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Koloskop-Aufbereitung vorgeschrieben.

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: 01.04.2020

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt II, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert zum: 07.07.2023

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2024	2
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2025	2
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2024	358
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2025	359

BESCHIEDENE ANTRÄGE (AUSSCHLIESSLICH ZUR KURATIVEN KOLOSKOPIE)

neu	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

BESCHIEDENE ANTRÄGE (KURATIVE UND PRÄVENTIVE KOLOSKOPIE) *

neu	34
- davon Genehmigungen	33
- davon Ablehnungen	1
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

GENEHMIGUNGEN	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	3
- davon wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0
- davon ausschließlich wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e bei totalen Koloskopien	0
- davon ausschließlich wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 200 totalen Koloskopien	0
- davon ausschließlich wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c bei Polypektomien	1
- davon ausschließlich wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 10 Polypektomien	0
- davon sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4 b-c bei Polypektomien	2
- davon wegen Nichterreichen der Mindestzahlen von 200 totalen Koloskopien und 10 Polypektomien	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	13

Totale Koloskopie

FREQUENZREGELUNG	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien) innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	
Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien (EBM Nr. 01741, 13421)	
< 200	27
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	27
≥ 200	291
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 200	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 200	318

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	164
- davon bestanden	161
- davon nicht bestanden	3
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0
- davon nicht bestanden wegen Nichterreichen der Mindestzahl	0

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

Polypektomien

FREQUENZREGELUNG	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien) innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	
Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)	
< 10	8
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	8
≥ 10	310
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 10	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 10	318

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	162
- davon bestanden	159
- davon nicht bestanden	3
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0
- davon nicht bestanden wegen Nichterreichen der Mindestzahl	0

Prüfungen zur Hygienequalität

PRÜFUNGEN	
überprüfte Einrichtungen	228
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	456
- davon bestanden	450
- davon nicht bestanden	6
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	100
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	6
- davon bestanden	6
- davon nicht bestanden	0
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	1,315789474
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8b Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.28 KSVPsych-RL

C.28.1 KSVPsych-Richtlinie (psychiatrische oder psychotherapeutische Komplexversorgung Erwachsener)

Ziel der Richtlinie ist eine wohnortnahe berufsgruppenübergreifende Betreuung schwer psychisch kranker Patienten im erwachsenen Alter. Die Versorgung der Betroffenen soll verbessert und der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung erleichtert werden.

Die Komplexversorgung basiert auf der Bildung von Netzverbünden aus mindestens 6 Ärzten und Psychotherapeuten, davon mindestens jeweils 2 Ärzte psychiatrischer Fachrichtungen und 2 Psychotherapeuten. Eine Bezugsperson (Arzt oder Psychotherapeut) leitet die Behandlung und legt die notwendigen Maßnahmen im Gesamtbehandlungsplan fest. Voraussetzung ist hierbei, dass die Bezugsperson mindestens einen halben Versorgungsauftrag hat. Nach der innerhalb von sieben Werktagen vorgesehenen Eingangssprechstunde soll die ärztliche differenzialdiagnostische Abklärung ebenfalls innerhalb von sieben Werktagen erfolgen. Den Patienten wird zusätzlich als koordinierende Person eine qualifizierte nichtärztliche Fachkraft zur Seite gestellt, die Termine vereinbart und die Patienten in der Wahrnehmung ihrer Behandlungsangebote unterstützt.

Die Netzverbünde arbeiten eng mit psychiatrischen Kliniken sowie mit qualifizierten Gesundheitsberufen wie Sozio- oder Ergotherapeuten oder mit der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege zusammen.

Die nach der Richtlinie vorgesehenen umfangreichen Aufgaben wie einheitliche Patientendokumentation, Patientenkommunikation, elektronische Dokumentation, Qualitätsmanagement und Fallbesprechungen regeln die Mitglieder des Netzverbundes in einem Netzverbundvertrag oder einseitigen Erklärungen der Mitglieder. Diese und die Kooperationserklärungen der Kliniken und den weiteren Leistungserbringern werden der Kassenärztlichen Vereinigung zur Genehmigungserteilung des Netzverbundes vorgelegt.

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL), , Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6b SGB V, Gültigkeit seit: 18. Dezember 2021, zuletzt geändert am 10.12.2025

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Netzverbünde	3
Netzverbundmitglieder	56
Bezugsärzte/Bezugspsychotherapeuten	56
Fachärzte mit Berechtigung zur differenzialdiagnostischen Abklärung	29

C.28.2 KJ-KSVPsych-Richtlinie (psychiatrische oder psychotherapeutische Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen)

Das Besondere an diesem Versorgungsangebot speziell für Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass patientenindividuell ein multiprofessionelles Team gebildet wird, das eng zusammenarbeitet.

Das sogenannte Zentrale Team besteht aus mindestens einem Arzt, einem Psychotherapeuten und einer koordinierenden Person. Die Bezugsperson erstellt zu Beginn der Behandlung in Abstimmung mit den weiteren Mitgliedern des zentralen Teams einen Gesamtbehandlungsplan für den Patienten und ist für die Durchführung des patientenbezogenen Austausches in regelmäßigen Abständen in Fallbesprechungen verantwortlich.

Die Bezugsperson bezieht im „Erweiterten Team" Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Sozialarbeiter, Kita-Erzieher, Lehrer und viele weitere Akteure wie Ergotherapeuten bei Bedarf in die Behandlung mit ein. Und sie sorgt dafür, dass die Behandlung kontinuierlich bleibt und soweit es geht außerhalb des Krankenhauses stattfindet.

Falls eine stationäre Versorgung unvermeidlich wird, kümmert sich die Bezugsperson um eine gute Übergabe, beispielsweise durch die aktive Überleitung in die verschiedenen Versorgungsangebote eines Krankenhauses. Später soll die nahtlose Transition der erkrankten Jugendlichen in die Versorgung für Erwachsene durch professionelle Unterstützung gewährleistet werden.

Ein weiteres Ziel des Versorgungsprogramms ist es, die Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu reduzieren und den Zugang zu Behandlungsangeboten zu erleichtern. Teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten verpflichten sich, Diagnostik und Therapiebeginn binnen weniger Tage für die Betroffenen zur Verfügung zu stellen.

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6b SGB V, Gültigkeit seit: 09. Juli 2024

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	10
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	10
- davon Genehmigungen	10
- davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.29 Spezial-Labor

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

Bei Beantragung einer Genehmigung ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium obligatorisch. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin – für ausgewählte Leistungen auch Mikrobiologen, Transfusionsmediziner und entsprechend EBM weitere Facharztgruppen – sind von der Teilnahme am Kolloquium ausgenommen.

Eine Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, dass innerhalb von 12 Monaten diverse Nachweise zum internen Qualitätsmanagement zu erbringen sind (§ 5 Abs.1)

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

Um zu überprüfen, ob die Anforderungen der RiliBÄK erfüllt werden, sind Dokumentationsprüfungen von 15% der abrechnenden Ärzte vorgesehen.

Die einzureichenden Dokumentationen müssen Aussagen über das interne Qualitätsmanagement-System (z. B. Qualitätsmanagement-Handbuch, Gerätenachweise, Mitarbeiterqualifikation, Fehlermanagement) und die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung (Ringversuche) enthalten (§ 5 Abs. 3 der QS-Vereinbarung).

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2018 zuletzt geändert zum: 01.01.2024

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	1173
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	1163
abrechnende Ärzte	979
beschiedene Anträge*	190
- davon Genehmigungen	184
- darunter erstmals erteilte Genehmigungen	84
- davon Ablehnungen	6
Kolloquien (Antragsverfahren) nach § 3 Abs. 2	39
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	11
ÜBERPRÜFUNG DER INTERNEN UND EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 5 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)	
nach § 5 Abs. 1 überprüfte Ärzte	53
- davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	34
- davon mit Beanstandungen	0
- davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	19
nach § 5 Abs. 3 überprüfte Ärzte	168
- davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	134
- davon mit Beanstandungen	16
- davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	18
ERGEBNISSE DER PRÜFUNGEN NACH § 5 ABS. 3 (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)	
Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 1	5
Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 5	3
Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 6	4
Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 7	13
KOLLOQUIEN	
Kolloquien nach § 5 Abs. 6	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen nach § 5 Abs. 6	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.30 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	
Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung, Stand 31.12.2024	1151
Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung, Stand 31.12.2025	1118
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2024	2306
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2025	2361
beschiedene Anträge	363
- davon Genehmigungen	362
- davon Ablehnungen	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.31 Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	11
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	11
abrechnende Ärzte	8
BESCHIEDENE ANTRÄGE	
neu	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Gerätetechnische Angaben § 9 Abs. 1, Nr. 2, Buchst. e)	
I HOLMIUM-LASER	
Anzahl genehmigter Geräte mit einer Mindest-Maximalleistung von	
unter 50 Watt	0
50 bis 64 Watt	0
65 bis 79 Watt	0
80 Watt und mehr	6
II THULIUM-LASER	
Anzahl genehmigter Geräte mit einer Mindest-Maximalleistung von	
70 bis 99 Watt	0
100 Watt und mehr	5
III PHOTOSELEKTIVE VAPORISATION DER PROSTATA	
Anzahl genehmigter Geräte mit einer Mindest-Maximalleistung von	
80 Watt (KTP)	0
120 Watt (LBO)	0
180 Watt (LBO)	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNG § 6 ABS. 2 (FAKULTATIV)	
Ärzte, deren Dokumentationen geprüft wurden	0
- davon mit Beanstandungen	0
- davon ohne Beanstandungen	0
ANLASSBEZOGENE PRÜFUNGEN NACH § 7 ABS. 4 BZW. ANLAGE 1 NR. 10.2	
überprüfte Ärzte anlässlich Auffälligkeiten in der Jahresstatistik	0
- davon mit Beanstandungen	0
- davon ohne Beanstandungen	0

C.32 Liposuktion bei Lipödem

Seit September 2019 ist die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems eine Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Leistung richtet sich an Patientinnen mit Lipödem, bei denen die Indikation für eine Liposuktion (Fettabsaugung) gestellt wurde. Bis Oktober 2025 konnte sie nur von Patientinnen mit einem Lipödem in Stadium III in Anspruch genommen werden. Seither kann der Eingriff unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung erfolgen Die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems kann sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erbracht werden. Die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ambulant erbrachte Leistung zählt zu den ambulanten Operationen im Sinne der QS-Vereinbarung mach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

Die Durchführung der Methode erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, andere Fachärztinnen und Fachärzte des Gebiets Chirurgie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Diese Ärzte benötigen dafür eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn bestimme Mindestanforderungen erfüllt sind. Als Mindestanforderungen gelten eine durch Eingriffszahlen belegte Vorerfahrung, eine bestimmte Organisation und Infrastruktur zur Beherrschung von Notfällen sowie zur intensivmedizinischen Weiterbehandlung.

Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion), Rechtsgrundlage: §136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 07.12.2019, zuletzt geändert zum: 22.01.2026

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

GENEHMIGUNGEN GEMÄSS § 6 ABS. 3	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	18
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	22
beschiedene Anträge	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

STICHPROBENPRÜFUNGEN GEMÄSS § 8 ABS. 2	
abrechnende Ärzte	13
geprüfte Ärzte (Routineprüfung)	0
- davon erfolgreich (jede Mindestanforderung erfüllt)	0
- davon nicht erfolgreich (Nichterfüllung von Mindestanforderungen)	0
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in % (Soll-Wert 4%)	0
geprüfte Ärzte (anlassbezogene Prüfung)	0
- davon erfolgreich (jede Mindestanforderung erfüllt)	0
- davon nicht erfolgreich (Nichterfüllung von Mindestanforderungen)	0

C.33 Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)

Diese Vereinbarung sichert die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie. Darin sind unter anderem die Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Neben der persönlichen Qualifikation sind apparatetechnische Mindestanforderungen zu erfüllen. Besondere Bestimmungen gelten für die Kernspintomographie der Mamma. So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist 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

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 9: Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust (MRM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2006, zuletzt hierzu geändert zum: 23.05.2020

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt geändert zum: 22.11.2024

Allgemeine Kernspintomographie

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	566
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	574
beschiedene Anträge*	82
- davon Genehmigungen	82
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

Kernspintomographie der Mamma

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	78
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	80
beschiedene Anträge	10
- davon Genehmigungen	10
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	5
- davon bestanden	5
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

FREQUENZREGELUNG	
jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	75
- davon mindestens 50 Untersuchungen	75
- davon weniger als 50 Untersuchungen	0

C.34 Magnetresonanz-Angiographie

Bei der Magnet-Resonanz-Angiographie (MR-Angiographie) handelt es sich um ein ausschließlich diagnostisches Verfahren zur Beurteilung des Gefäßsystems. Die QS-Vereinbarung zur MR-Angiographie sichert die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Magnet-Resonanz-Angiographie (MR-Angiographie). Im Einzelnen werden in dieser Vereinbarung die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung geregelt.

Die Genehmigung wird mit der Auflage erteilt, an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilzunehmen und die Anforderungen an eine sachgerechte Indikationsstellung zu erfüllen. Die Überprüfung findet im Rahmen von Stichproben statt und richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung für Leistungen der MR-Angiographie.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur MR-Angiographie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007, zuletzt geändert zum: 01.10.2015

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt geändert zum: 22.11.2024

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	501
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	509
beschiedene Anträge *	
neu	73
- davon Genehmigungen	73
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

** Mehrfachnennung sind möglich

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7 PRÜFUMFANG

abrechnende Ärzte	454
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	90
- davon bestanden	87
- davon nicht bestanden	3
abrechnende Ärzte geprüft, in %	19,82378855
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0

PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)

insgesamt geprüfte Dokumentationen	1082
- davon geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	654
darunter Dokumentationen	
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist **	639
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist **	640
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist **	612
- davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	630
- davon insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	12
- davon insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	12
- davon geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7)	428
darunter Dokumentationen	
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist **	420
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist **	420
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist **	408
- davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7 **	418
- davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7 **	6
- davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7 **	4
- davon geprüfte Dokumentationen (Venen)	28
darunter Dokumentationen	
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist **	28
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist **	28
- in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist **	28
- davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	28
- davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	0
- davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

** Mehrfachnennung sind möglich

C.35 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 zum: 01.01.2023

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	324
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	310
beschiedene Anträge *	
neu	17
- davon Genehmigungen	17
- davon Ablehnungen	0
erneut	16
- davon Genehmigungen	16
- davon Ablehnungen	0
Prüfsumme	ok
Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0

FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT C

Erstprüfungen	17
- davon bestanden	11
- davon nicht bestanden	6
Wiederholungsprüfungen	6
- davon bestanden	5
- davon nicht bestanden	1

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

GENEHMIGUNGEN

FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT D (FORTBILDUNGSPRÜFUNG)

Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	71
reguläre Prüfungen	71
- davon bestanden	67
- davon nicht bestanden	4
Wiederholungsprüfungen	3
- davon bestanden	3
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNG NACH ABSCHNITT E PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)

Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	127
- davon erfüllt	120
- davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt - geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	3
- davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	4
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	4
- davon erfüllt	4
- davon nicht erfüllt	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	2
- davon erfüllt	2
- davon nicht erfüllt	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	0

RÜCKGABE / BEENDIGUNG VON GENEHMIGUNGEN ODER WIDERRUFE § 14 ABS. 5

Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind	0
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.36 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 74-jährigen Frauen, das so genannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs senken. Voraussetzung ist die hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.

Seit Dezember 2006 wird in Baden-Württemberg allen Frauen zwischen 50 und 74 Jahren alle zwei Jahre die kostenlose Teilnahme am Mammographie-Screening angeboten.

Besondere Anforderungen werden an die so genannten Programmverantwortlichen Ärzte gestellt. Unter ihrer Anleitung und Aufsicht werden die Screening-Aufnahmen erstellt, sie organisieren die obligate Doppelbefundung von Screening-Aufnahmen und sichern die Diagnosen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik (Assessments). Neben speziellen Fortbildungsveranstaltungen und der regelmäßigen Beurteilung einer Fallsammlung müssen diese Ärzte vor Aufnahme der Tätigkeit als Programmverantwortlicher Arzt 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 2025 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 899.183 Frauen eingeladen, davon haben 395.787 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von rund 44,01 % Prozent).

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

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2021 (Neufassung), zuletzt geändert zum: 01.01.2026

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL), 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 hierzu geändert zum: 12.03.2026

GENEHMIGUNGEN	STAND 31.12.2025
Screeningeinheiten	10
Programmverantwortliche Ärzte	24
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	16
kooperierende Ärzte (gesamt)	164
- Befunder von Mammographieaufnahmen	78
- histopathologische Beurteilung	22
- Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	9
- davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	9

C.37 Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)

Zum 1. Juli 2016 trat die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA) in Kraft. Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die Durchführung der Leistungen sowie die Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit.

Teilnehmende Vertragsärzte benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Ärzte, welche die Teilnahme neu beantragen, müssen die in der Vereinbarung vorgegebenen fachlichen Befähigungen und organisatorischen Voraussetzungen nachweisen.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	969
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	954
beschiedene Anträge *	54
- davon Genehmigungen	51
- davon Ablehnungen	3
Kolloquien gemäß § 5 Abs. 4	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 5 Abs. 6	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2025)	115

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.38 Molekulargenetik

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

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

Die Jahresstatistiken werden in elektronischer Form über das Mitgliederportal der KVBW bei der KBV eingereicht.

Nach Prüfung der Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit werden diese ausgewertet und zusammengefasst. Auf der Basis dieser Daten werden dann verschiedene Berichte erstellt und an den dokumentierenden Arzt, die KVBW sowie die KBV weitergegeben.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012, zuletzt geändert zum: 01.04.2017

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	97
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	100
beschiedene Anträge *	12
- davon Genehmigungen	12
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

ÜBERPRÜFUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER JAHRESSTATISTIK GEMÄSS § 9 ABS. 4	
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	9
abrechnende Betriebsstätten	11
Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	0
- davon nachvollziehar begründet	0
- davon nicht nachvollziehar begründet	0
Ärzte mit anlassbezogener Stichprobenprüfung (Anlage 1, Nr. 10.2)	0
- davon mit Beanstandungen	0
- davon ohne Beanstandungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.39 Neuropsychologische Therapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Jahr 2012 den Katalog der anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung um eine Leistung erweitert: die neuropsychologische Therapie (Nr. 19 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Von dieser Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in der ambulanten Versorgung profitieren Patienten mit erworbenen hirnorganischen Erkrankungen, z.B. nach einem Schädelhirntrauma oder Schlaganfall.

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

Die Feststellung der Indikation setzt die Diagnose einer zugrundeliegenden hirnorganischen Erkrankung voraus und erfolgt zweistufig. In einem ersten Schritt klärt der Arzt ab, ob der Patient an einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung leidet. Nach Feststellung der Diagnose prüft ein Arzt oder Psychotherapeut mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation, ob eine neuropsychologische Therapie für den Patienten infrage kommt.

Aus Qualitätssicherungsgründen darf die Diagnostik der Stufe 1 nicht vom gleichen Leistungserbringer durchgeführt werden, der ggf. die neuropsychologische Therapie durchführt. 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, zuletzt geändert zum: 22.07.2020

Vereinbarungen von QS-Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 zur neuropsychologischen Diagnostik und Therapie (Qualitätssicherungsvereinbarung NT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2022, zuletzt geändert zum: 01.01.2026

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	30
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	30
- Anzahl neu erteilte Genehmigungen	1
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN GEMÄSS § 4 PRÜFUMFANG UND –ERGEBNISSE	
abrechnende Ärzte/Psychotherapeuten	24
geprüfte Ärzte/Psychotherapeuten	0
Anzahl der überprüften Dokumentationen gemäß § 4 Abs. 4 (Einzelbewertung)	0
- davon ohne Beanstandung	0
- davon mit geringer Beanstandung	0
- davon mit erheblicher Beanstandung*	0
- davon mit schwerwiegender Beanstandung*	0
Anzahl der angeforderten Stellungnahmen gem. § 4 Abs. 6	0
Anzahl und Ergebnisse der Kolloquien gem. § 4 Abs .6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß § 4 Abs. 6	0

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.40 Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA)

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

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

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

Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V (Delegations-Vereinbarung) Anlage 8 - Delegationsvereinbarung - § 7 Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistentin

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	97
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	100
beschiedene Anträge *	12
- davon Genehmigungen	12
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

ÜBERPRÜFUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER JAHRESSTATISTIK GEMÄSS § 9 ABS. 4	
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	9
abrechnende Betriebsstätten	11
Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	0
- davon nachvollziehar begründet	0
- davon nicht nachvollziehar begründet	0
Ärzte mit anlassbezogener Stichprobenprüfung (Anlage 1, Nr. 10.2)	0
- davon mit Beanstandungen	0
- davon ohne Beanstandungen	0

C.41 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-Ä, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2026

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	600
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	595
- darunter Ärzte in Neu-/Jungpraxen**	0
- darunter Ärzte in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0
beschiedene Anträge*	81
- davon Genehmigungen	80
- davon Ablehnungen	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5

ÜBERPRÜFUNG DER DOKUMENTATION § 10	
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	45
- davon bestanden	42
- davon nicht bestanden	3

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 7 1. - 3.	
Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. - 3. erbracht haben	578

FREQUENZREGELUNG: NACHWEIS ZUR ZAHL DER JÄHRLICH BETREUTEN PATIENTEN**	
Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie, die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten / Quartal erbracht haben gemäß § 3 Abs. 4	0
Ärzte andere Fachgruppen, die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten / Quartal erbracht haben gemäß § 3 Abs. 4	0
Praxen oder Ärzte, die zur Teilnahme an der Vereinbarung zugelassen sind, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten noch nicht erbringen können (Neu- und Jungpraxen gemäß § 3 Abs. 6)	0
Ärzte, die zur Teilnahme an der Vereinbarung zugelassen sind, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten nicht erbringen können (Sicherstellungsgründe gemäß § 3 Abs. 7)	0

INTERN: FACHARZTQUALIFIKATION ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG STAND 31.12.2025	
Allgemeinmedizin	1
Innere Medizin/hausärztlich tätig	8
Kinder-/Jugendmedizin	3
Augenheilkunde	0
Chirurgie	0
Gynäkologie	61
HNO	2
Dermatologie	7
Innere Medizin ohne SP fachärztlich tätig	0
Innere Medizin SP Hämatologie	172
Innere Medizin andere SPe	19
MKG	0
Urologie	305
Andere	17

C.42 Otoakustische Emissionen

Die Bestimmung otoakustischer Emissionen und deren Abrechnung sind von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abhängig. Entsprechende Genehmigungsanträge können nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ oder „Phoniatrie und Pädaudiologie“ gestellt werden. Die Erteilung einer Genehmigung ist von der Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers abhängig, die bescheinigt, dass das genutzte Gerät definierte apparative Anforderungen für die Bestimmung der otoakustischen Emissionen erfüllt.

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

GENEHMIGUNGEN APPLIZIERER		ANMERKUNGEN DER KV
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	501	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	500	
beschiedene Anträge*	50	+12 Statuswechsler
- davon Genehmigungen	49	+12 Statuswechsler
- davon Ablehnungen	1	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.43 Palliativmedizinische Versorgung (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung)

Zum 1. Januar 2017 ist eine Vereinbarung zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung in Kraft getreten. Sie wurde als Anlage 30 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) verabschiedet. Zum 1. Oktober 2017 hat der Bewertungsausschuss neue Gebührenordnungspositionen für diese „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ beschlossen. Einige dieser Leistungen stehen unter einem Genehmigungsvorbehalt, das heißt abrechnende Ärzte müssen die Voraussetzungen der Vereinbarung zur Palliativversorgung (Anlage 30 zum BMV-Ä) erfüllen und nachgewiesen haben. Dies sind unter anderem praktische und theoretische Qualifikationen sowie Nachweise über Kooperationen.

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, EBM (GOP 37300, 37302, 37317, 37318). Rechtsgrundlage: Anlage 30 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2017

GENEHMIGUNGEN APPLIZIERER		ANMERKUNGEN DER KV
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	558	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	576	
beschiedene Anträge*	83	+12 Statuswechsler
- davon Genehmigungen	74	+12 Statuswechsler
- davon Ablehnungen	9	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	
Fortbildungsverpflichtung	516	
Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr erbracht haben	468	

C.44 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 Dokumentationsprüfung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg jährlich, beziehungsweise bei wiederholter Erfüllung der Anforderungen, alle zwei Jahre stichprobenartig durchzuführen sind. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages sind die Dokumentationsprüfungen bis zum 31. Dezember 2025 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: 01.07.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	17
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	13
INTERN: abrechnende Ärzte Q III 2025	0
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 6 Abs. 6	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2

C.45 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 sind die Dokumentationsprüfungen bis zum 31. Dezember 2025 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: 01.07.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	15
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	16
INTERN: abrechnende Ärzte Q III 2025	8
beschiedene Anträge*	4
- davon Genehmigungen	4
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 7 Abs. 6	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.46 PET und PET/CT

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

In der zum 1. Juli 2016 in Kraft getretenen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie / Positronenemissionstomographie mit Computertomographie“ wurde die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen unter den Vorbehalt einer Genehmigung durch die KVBW gestellt. Im Einzelnen werden in dieser Vereinbarung die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Erteilung einer Genehmigung geregelt.

Die Genehmigung wird unter der Auflage erteilt, dass die Genehmigungsinhaber innerhalb eines Zeitraums von jeweils 24 Monaten mindestens 20 Fortbildungspunkte durch Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen nachweisen.

Darüber hinaus besteht für die Genehmigungsinhaber eine Dokumentationspflicht. Die Dokumentationen werden im Rahmen von Qualitätsprüfungen regelmäßig überprüft. Die Überprüfung richtet sich darauf, ob das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen der Anwendung der PET bzw. PET/CT begründet.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16.05.2015, zuletzt hierzu geändert zum: 05.10.2021

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computer-tomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016, zuletzt geändert zum: 01.10.2025

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	21
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	21
abrechnende Ärzte	17
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1*	2
neu	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0
erneut (§ 7 Abs. 4)	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	0
neu	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut (§ 7 Abs. 4)	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
beschiedene Anträge auf erneute Genehmigung gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung § 7 Abs. 3	0
- davon wegen § 8 Abs. 6 Nr. 3 (Dokuprüfung)	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8	
insgesamt geprüfte Ärzte gemäß § 8	7
- davon bestanden	7
- davon nicht bestanden	0
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1 (24 Monate)	5
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	2

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 7	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	17
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten vorgelegt haben	0
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.47 Psychotherapie

Psychotherapie ist in der vertragsärztlichen Versorgung als tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie seit 1970, als Verhaltenstherapie seit 1985 und als Systemische Therapie seit Juli 2020 gemäß den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie in den Vereinbarungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt.

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

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

Richtlinienverfahren:

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemische Therapie

Psychosomatische Grundversorgung:

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

Psychotherapie-Vereinbarung, Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, gültig seit 01.01.2025, zuletzt geändert zum 28.11.2024

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, gültig seit dem 18.04.2009 (zuvor Richtlinie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen seit dem 01.01.1999), zuletzt geändert zum 15.08.2024. Inkraft getreten am 01.11.2024

VERWALTUNGSAUFWAND	2025
beschiedene Anträge* (Verfahren, nicht Therapeuten)	835
- Genehmigungen	834
- Ablehnungen	1

Richtlinienverfahren

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	5.759
- davon Ärzte	1.649
Anzahl beschiedene Anträge*	473
- davon Anzahl Genehmigungen	472
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

IM EINZELNEN	NUR FÜR ERWACHSENE	AUCH FÜR KINDER UND JUGENDLICHE	NUR FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.911	157	471
- davon Ärzte	1.085	75	71
Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	2.255	454	633
- davon Ärzte	408	11	104
Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	560	63	305
- davon Ärzte	213	26	2
Therapeuten mit Genehmigung zur systemischen Therapie	101	4	7
- davon Ärzte	29	0	4
Therapeuten mit EMDR	280	0	0
- davon Ärzte	56	0	0

Richtlinienverfahren

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	11.276
Anzahl beschiedene Anträge*	1.020
- davon Anzahl Genehmigungen	1.009
- davon Anzahl Ablehnungen	11
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Therapeuten mit Genehmigung zum	1.610
Autogenen Training	
- davon Ärzte	765
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson´schen Relaxation	1.972
- davon Ärzte	651
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	1.233
- davon Ärzte	401
Anzahl beschiedene Anträge Übende und suggestive Verfahren	122
- davon Anzahl Genehmigungen	116
- davon Anzahl Ablehnungen	6
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.48 Rhythmusimplantat-Kontrolle

Untersuchungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Kardiologie“ oder der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Kinder-Kardiologie“ 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 Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2018

Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Absatz 2a Satz 7 SGB V, Rechtsgrundlage: Anlage 31 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2017

Herzschrittmacherkontrolle

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	11
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	12
beschiedene Anträge	1
- davon Genehmigungen (erstmals erteilt, auch gemäß § 12)	1
- davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
abrechnende Ärzte	7
ÜBERPRÜFUNG FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0
Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH § 9 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE	
nach § 9 überprüfte Ärzte	0
nach § 9 überprüfte Dokumentationen	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
- darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	0
- darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	0
KOLLOQUIEN NACH § 9 ABS. 3	
durchgeführte Kolloquien nach § 9 Abs. 3	0
Kolloquien mit Auflagen	0
Widerrufe wegen gravierender Abweichungen	0
Widerrufe wegen Nichtteilnahme	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

Herzschrittmacherkontrolle und ICD

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	5
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	5
beschiedene Anträge	0
- davon Genehmigungen (erstmals erteilt, auch gemäß § 12)	0
- davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
abrechnende Ärzte	4
ÜBERPRÜFUNG FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	1
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	1
Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH § 9 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE	
nach § 9 überprüfte Ärzte	1
nach § 9 überprüfte Dokumentationen	20
- davon ohne Beanstandungen	20
- davon mit Beanstandungen	0
- darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	0
- darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	0
KOLLOQUIEN NACH § 9 ABS. 3	
durchgeführte Kolloquien nach § 9 Abs. 3	0
Kolloquien mit Auflagen	0
Widerrufe wegen gravierender Abweichungen	0
Widerrufe wegen Nichtteilnahme	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

Herzschrittmacherkontrolle, ICD und CRT

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	413
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	415
beschiedene Anträge*	54
- davon Genehmigungen (erstmals erteilt, auch gemäß § 12)	54
- davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
abrechnende Ärzte	370
ÜBERPRÜFUNG FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	201
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0
Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH § 9 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE	
nach § 9 überprüfte Ärzte	64
nach § 9 überprüfte Dokumentationen	1280
- davon ohne Beanstandungen	640
- davon mit Beanstandungen	640
- darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	620
- darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	20
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	2
KOLLOQUIEN NACH § 9 ABS. 3	
durchgeführte Kolloquien nach § 9 Abs. 3	0
Kolloquien mit Auflagen	0
Widerrufe wegen gravierender Abweichungen	0
Widerrufe wegen Nichtteilnahme	0

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.49 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 Polysomnographie).

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum: 01.04.2022

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2024	733
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2025	754
- davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	683
- davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	62
- davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9
beschiedene Anträge*	95
- davon Genehmigungen	97
- davon Ablehnungen	1
Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.50 Schmerztherapie

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

Das wird durch die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie sichergestellt. Diese Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die Organisation sowie die räumliche und apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum: 01.10.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	175
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	172
beschiedene Anträge	14
neu (erstmals)	14
- davon Genehmigungen	14
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 4	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 10 Abs. 2	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3
Dokumentationsprüfung gemäß § 7 Abs. 2 (fakultativ)	
geprüfte Ärzte	8
- davon Anforderungen erfüllt	8
- davon Anforderungen nicht erfüllt	0

GENEHMIGUNGEN

DOKUMENTATIONSPRÜFUNG UND MASSNAHMEN GEMÄSS § 8 (AUSSCHLIESSLICH ÄRZTE, DIE INNERHALB DES DEFINIERTEN NACHWEISZEITRAUMS - AKTUELL 01.01.2023 BIS 31.12.2024 - ERSTMALS DIE GENEHMIGUNG ERHALTEN HABEN) *	
geprüfte Ärzte	17
- davon Anforderungen erfüllt	17
- davon Anforderungen nicht erfüllt	0
geprüfte Dokumentationen	204
- davon ohne Beanstandungen	192
- davon mit Beanstandungen	12
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	1
- davon ohne Beanstandungen	1
- davon mit Beanstandungen	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNG UND MASSNAHMEN GEMÄSS § 8 (AUSSCHLIESSLICH ÄRZTE, DIE NACH DEM DEFINIERTEN NACHWEISZEITRAUM - AKTUELL 01.01.2023 BIS 31.12.2024 - ERSTMALS DIE GENEHMIGUNG ERHALTEN HABEN) *	
geprüfte Ärzte	0
- davon Anforderungen erfüllt	0
- davon Anforderungen nicht erfüllt	0
geprüfte Dokumentationen	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0

NACHWEISPFLICHT § 5 ABS. 5

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	152

C.51 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 Praxisteams (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-Ä, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2019, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 01.07.2013

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	87
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	90
beschiedene Anträge	11
- davon Genehmigungen	10
- davon Ablehnungen	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

C.52 Soziotherapie

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

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

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

Eine Genehmigungserteilung war jedoch nicht möglich, da über die Vergütungsregelung für psychologische Psychotherapeuten erst verhandelt werden musste. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 416. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einen Beschluss zur Berechnungsfähigkeit und Vergütung der Verordnung von Soziotherapie gefasst. Mit dem Beschluss können seit dem 1. April 2018 auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten die Verordnung von Soziotherapie abrechnen. Die Vergütung erfolgt jeweils extrabudgetär.

Die Verordnung von Soziotherapie ist seit dem 4. Juli 2020 auch für Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie möglich.

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, Neufassung seit 15

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2024	666
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2025	677
beschiedene Anträge*	42
- davon Genehmigungen	42
- davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.53 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Zur genehmigungspflichtigen Durchführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen muss der Antragsteller über die Anerkennung als Facharzt für Urologie verfügen. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg muss er die in der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ geforderten weiteren fachlichen Befähigungsnachweise führen. Außerdem muss er die Genehmigungen zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane), zur Röntgendiagnostik des Harntraktes und zur Durchführung ambulanter Operationen besitzen.

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	144
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	138
beschiedene Anträge*	11
- davon Genehmigungen	11
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsstellung)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.54 Strahlendiagnostik /-therapie

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

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

Die fachlichen Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung werden anhand von Zeugnissen nachgewiesen. Es wird geprüft, ob die benötigten Kenntnisse im Rahmen einer Facharztweiterbildung erworben wurden. Hierbei werden die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Ärztekammern zu den Prüfungen herangezogen.

Wurden die fachlichen Kenntnisse außerhalb der Facharztweiterbildung erworben oder bestehen begründete Zweifel, müssen diese in einem Kolloquium nachgewiesen werden. Für den Betrieb von radiologischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen müssen als weitere Voraussetzungen die Vorgaben der Strahlenschutzverordnung und des Strahlenschutzgesetzes als übergeordnete Rechtsvorschriften, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung und/oder Anzeigebestätigung müssen alle Antragsteller die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachweisen.

Zum 01.01.2024 wurde die Stereotaktische Radiochirurgie (SRS) zur Behandlung von Vestibularisschwannomen und Hirnmetastasen in die QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und-therapie aufgenommen. Die SRS ist eine besondere Form der Strahlentherapie. Mit einer hohen Strahlendosis und mit Präzisionsbestrahlungsgeräten wird ausschließlich das Tumorgewebe behandelt und so das umliegende Gewebe geschont.

Abrechnungsbefugt sind nach Nachweis der entsprechenden Fachkunde im Strahlenschutz (nach § 47 StrlSchV) Strahlentherapeuten und Neurochirurgen, diese jedoch nur nach erfolgreich abgelegtem Kolloquium.

Die Durchführung der Leistungen darf nur mit dedizierten Linearbeschleunigern zur Durchführung von SRS, mit stereotaxie-adaptierten Linearbeschleunigern und mit dedizierten Bestrahlungsgeräten mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen erfolgen.

Zum 01.07.2025 wurde die Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) in die QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und-therapie aufgenommen. Diese Leistung kommt zum Einsatz bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit. Sie ist eine diagnostische bildgebende Methode, mit der die Herzkranzarterien dargestellt werden, um dort Verengungen oder Verschlüsse zu finden. Im Gegensatz zur herkömmlichen Koronarangiographie (Herzkatheter) erfolgt die CCTA nicht invasiv. Sie stellt damit eine risikoärmere Alternative bei der Diagnostik und dem Ausschluss von Koronarstenosen dar. Zum Erhalt der Genehmigung müssen eine definierte Anzahl von CCTA- Durchführungen und Befundungen unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders nachgewiesen werden. Darüber hinaus ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich, wenn kein gleichwertiger Prüfungsnachweis (Zusatzqualifizierung kardiovaskuläre Radiologie: Q2- oder Q3-Zertifikat Herz-CT der DRG) vorliegt. Die CCTA darf nur mit einem Computertomographen mit mindestens 64 Detektorzeilen durchgeführt werden.

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: 01.07.2025

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1992, zuletzt geändert zum: 25.07.2023

C.54.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 5	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	2522
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	2591
abrechnende Ärzte	1760
beschiedene Anträge *	328
- davon neu erteilte Genehmigungen	323
- davon Ablehnungen	5
Kolloquien (Antragsverfahren)	35
- davon bestanden	31
- davon nicht bestanden	4
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	11

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135B ABS. 2 SGB V	
Prüfumfang	
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2025)	1760
geprüfte Ärzte	114
Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	113
anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2	1
Prüfergebnisse	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1	
- keine Beanstandungen	111
- geringe Beanstandungen	2
- erhebliche Beanstandungen	0
- schwerwiegende Beanstandungen	0
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2	
- keine Beanstandungen	1
- geringe Beanstandungen	0
- erhebliche Beanstandungen	0
- schwerwiegende Beanstandungen	0
Maßnahmen	
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	2
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr.2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b	0
- davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0
- davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d	0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1, § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 f, § 10 Abs. 2, § 11 Abs. 8 sowie § 12 Abs. 2 und § 12 Abs. 6 S. 1	0
- davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0
- davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.54.2 Computertomographie

GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	673
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	714
Ärzte mit Genehmigung für CCTA, Stand 31.12.2025	45
abrechnende Ärzte	625
Ärzte, die Leistungen der CCTA abrechnen	29
vertragsärztlich erbrachte und abgerechnete Leistungen der CCTA	29
beschiedene Anträge	119
- davon neu erteilte Genehmigungen	88
- davon neu erteilte Genehmigungen nach § 13 d Abs. 8 (CCTA)	31
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren CCTA)	2
- davon bestanden	2
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (CCTA - befristet)	7

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 13D	
Genehmigung nach § 7 Abs. 1	
geprüfte Ärzte gemäß § 13 d Abs.1	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
insgesamt geprüfte Dokumentationen gemäß § 13d Abs.1	0
- davon nachvollziehbar	0
- davon eingeschränkt nachvollziehbar	0
- davon nicht nachvollziehbar	0
Kolloquien gemäß § 13d Abs. 7	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung gemäß § 13d Abs. 7	0
Genehmigung nach § 7 Abs. 2	
geprüfte Ärzte gemäß § 13d Abs. 1	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
insgesamt geprüfte Dokumentationen gemäß § 13d Abs.1	0
- davon nachvollziehbar	0
- davon eingeschränkt nachvollziehbar	0
- davon nicht nachvollziehbar	0
Kolloquien gemäß § 13d Abs. 7	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung gemäß § 13d Abs. 7	0

C.54.3 Osteodensitometrie

GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 8	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	237
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	201
abrechnende Ärzte	161
beschiedene Anträge*	20
- davon neu Genehmigungen	18
- davon Ablehnungen	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.54.4 Strahlentherapie

GENEHMIGUNGEN § 9	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	192
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	191
abrechnende Ärzte	182
Ärzte, die Leistungen der SRS abrechnen (3. Quartal 2025)	54
beschiedene Anträge	57
- davon neu Genehmigungen	57
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	4
- davon bestanden	4
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 13	
insgesamt geprüfte Dokumentationen gemäß § 13a Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0

C.54.5 Nuklearmedizin

GENEHMIGUNGEN § 10	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	166
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	157
abrechnende Ärzte	128
beschiedene Anträge*	15
- davon neu erteilte Genehmigungen	15
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkungen:

* Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

C.55 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). 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. Die substituierenden Ärzte entscheiden über das Vorliegen der Substitutions-Indikation. Für jeden substituierten Patienten müssen die Ärzte zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellen, das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht.

Eine Überprüfung der Indikation und des Therapiekonzeptes erfolgt durch die Qualitätssicherungs-Kommission im Rahmen von Stichprobenprüfungen von mindestens zwei Prozent der insgesamt bei der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Behandlungsfälle im Quartal.

Im Jahr 2020 wurden auf Grund der Pandemiebedingungen durch Corona die Stichprobenprüfungen teilweise ausgesetzt und in der Folge (bis zum 1. Quartal 2022) auf ein Viertel der vorgegebenen 2 % reduziert. Einige Vorgaben wurden angepasst, wie z.B. die Abgabe von Substituten durch andere als in der BtMVV angegebene Personen, die Verlängerung der Take-Home-Verschreibungen, Aussetzung der Patientenbegrenzung, EBM-rechtliche Erweiterungen wie Erhöhung der Anzahl von Zuschlägen oder Einführung einer neuen Gebührenordnungsposition, um die Versorgung zu erleichtern und weiterhin sicherzustellen.

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1991, zuletzt hierzu geändert zum: 07.12.2018

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	470
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	463
- abrechnende = aktive Ärzte (z. B. III. Quartal 2025)	271
beschiedene Anträge	35
- davon Genehmigungen	35
- davon Ablehnungen	0
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 5	2
- davon ohne Beanstandungen	2
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1
Ärzte im Konsiliarverfahren	211
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 ABS. 3

geprüfte Ärzte	254
geprüfte Fälle	728
- davon keine Beanstandungen	461
- davon geringe Beanstandungen	126
- davon erhebliche Beanstandungen	72
- davon schwerwiegende Beanstandungen	69

2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 ABS. 11

geprüfte Fälle	51
- davon ohne Änderung der Behandlung	51
- davon mit Änderung der Behandlung	0

C.56 Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

Die Versorgung von Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz soll durch das neue telemedizinische Angebot und eine lückenlose Betreuung verbessert werden. Dabei arbeiten ein primär behandelnder Arzt und ein telemedizinisches Zentrum eng zusammen. Die neuen Leistungen wurden zum 1. Januar 2022 in den EBM aufgenommen.

Das Telemonitoring kann bei Patienten mit Herzinsuffizienz im Stadium NYHA II oder III und einer verringerten Pumpleistung des Herzens erfolgen, die bereits mit einem implantierten kardialen Aggregat behandelt werden sowie bei Personen ohne ein solches Implantat, die wegen einer kardialen Dekompensation in den letzten zwölf Monaten im Krankenhaus versorgt werden mussten.

Seit 1. Januar 2023 ist erstmals eine Jahresstatistik für das Berichtsjahr 2023 zu erstellen und bis zum 30. April 2024 an die Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln (§ 7 i. V. m. § 10). Die Jahresstatistiken sind anschließend jährlich bis zum 30.04. des Folgejahres einzureichen. Diese Daten werden wiederum an die Kassenärztliche Bundes-vereinigung weitergegeben, die daraus einen Jahresbericht erstellt. Diesen erhalten die KVen pseudonymisiert und der GKV-Spitzenverband anonymisiert.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Telemonitoring bei Herzinsuffizinez (Qualitätssicherungsvereinabrung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz „QS-V TmHi"), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2022

GENEHMIGUNGEN § 9	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	117
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	129
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2025)	49
beschiedene Anträge*	29
- davon Genehmigungen	29
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 4 (Antragsverfahren)	0
- davon bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 6	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Patienten **	
Anzahl der mit Telemonitoring versorgten Patienten	0
Anzahl der mit intensiviertem Telemonitoring versorgten Patienten	0
Anzahl der an die KV übertragenen Jahresstatistiken nach § 7	0

Bemerkungen:

*Angaben umfassen zum Teil auch Statuswechsel, Geräteänderungen, Standortverlegungen und anderes.

**Die Jahresstastik für 2024 liegt noch nicht vor.

C.57 Ultraschalldiagnostik

Am 1. April 2009 trat eine bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft (Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V zuletzt geändert 01.10.2025).

Diese Vereinbarung besteht aus drei Teilen:

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

Strukturqualität

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

Abnahme- und Konstanzprüfung

Alle erfassten Ultraschallgeräte werden einer Abnahmeprüfung unterzogen. Nach erfolgreich durchgeführter Abnahmeprüfung folgt dann für Neugeräte (jünger als 24 Monate) acht Jahre später und für Gebrauchtgeräte (älter als 24 Monate) sechs Jahre später jeweils die Konstanzprüfung.

Stichprobenprüfung

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

Säuglingshüfte

Zum 1. Januar 1996 wurde durch eine Ergänzung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) das sonographische Screening der Säuglingshüfte bundesweit eingeführt. Die hüftsonographische Screening-Untersuchung bei Säuglingen erfolgt in der 4. bis 5. Lebenswoche in zeitlichem Zusammenhang mit der 3. Früherkennungs-Untersuchung (sog. „U 3“).

Um eine optimale Durchführung dieses Untersuchungsverfahrens zu gewährleisten, wurde im Jahr 2005 die Prüfung des 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 Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit nach einheitlichen Prüfkriterien beurteilt. Die Anlage V wurde zuletzt 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: 01.10.2025

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2024	13122
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2025	13277
beschiedene Anträge (Ärzte)	1461
neu	1461
- davon Genehmigungen	1169
- davon Ablehnungen	292
erneut n. § 11 Abs. 7	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0

GENEHMIGUNGEN

neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	475
- davon Genehmigungen	475
- davon Ablehnungen	0
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	7456
neu	5561
- davon Genehmigungen	4545
- davon Ablehnungen	1016
erneut	1895
- davon Genehmigungen	1895
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	100
- davon bestanden	93
- davon nicht bestanden	7
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	3
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	19
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	45

ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2025

1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	538
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	246
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	425
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	444
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1686
3.3 Schilddrüse, B-Modus	6115
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	665
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	260
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	70
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	9
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	427
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	16
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	2078
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	20
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1565
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7906
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	253
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	103
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1277
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	5174
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	608
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1706
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1558
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1356
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	727
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	1311

Bemerkungen:

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

GENEHMIGUNGEN	
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1243
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1696
12.1 Haut, B-Modus	12
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	255
20.1 CW-Doppler - extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1519
20.2 CW-Doppler - extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1241
20.3 CW-Doppler - extremitätenentsorgende Gefäße	334
20.4 CW- oder PW-Doppler - Gefäße des männlichen Genitalsystems	472
20.5 PW-Doppler - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	441
20.6 Duplex-Verfahren - extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1136
20.7 Duplex-Verfahren - intrakranielle hirnversorgende Gefäße	372
20.8 Duplex-Verfahren - extremitätenver- / entsorgende Gefäße	880
20.9 Duplex-Verfahren - extremitätenentsorgende Gefäße	326
20.10 Duplex-Verfahren - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	1145
20.11 Duplex-Verfahren - Gefäße des weiblichen Genitalsystems	579
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	657
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	260
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	73
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	10
22.1 Duplex-Verfahren - Fetales Kardiovaskuläres System	176
22.2 Duplex-Verfahren - Feto-maternales Gefäßsystem	753
23.1 Duplex-Verfahren - Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	28
GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG US-SYSTEME	
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2024)	
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2025)	12968
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)	
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	701
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bilddokumentation) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)	
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	301
ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 11 PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2 A) = GESAMT	
geprüfte Ärzte	542
- davon ohne Beanstandung	171
- davon mit geringer Beanstandung	255
- davon mit erheblicher Beanstandung	29
- davon mit schwerwiegender Beanstandung	87
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	2615
- davon ohne Beanstandung	1306
- davon mit geringer Beanstandung	841
- davon mit erheblicher Beanstandung	220
- davon mit schwerwiegender Beanstandung	248
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation	
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung *	146
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit *	129
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden *	129
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose *	292

Bemerkungen:

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

GENEHMIGUNGEN	
-- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefunden *	211
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation	
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	158
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	234
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	151
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 4: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	0

PRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 2 B) = SCHWERPUNKT (GGF.)	
geprüfte Ärzte	194
- davon ohne Beanstandung	65
- davon mit geringer Beanstandung	94
- davon mit erheblicher Beanstandung	12
- davon mit schwerwiegender Beanstandung	23
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	970
- davon ohne Beanstandung	520
- davon mit geringer Beanstandung	302
- davon mit erheblicher Beanstandung	68
- davon mit schwerwiegender Beanstandung	80
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation"	
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung *	60
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit *	39
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden *	38
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose +	95
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefunden *	58
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation	
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6 *	31
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund *	70
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund *	40
- darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 4 Nr. 4: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund *	0

WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN GEMÄSS § 11 ABS. 5	
geprüfte Ärzte	108
- davon ohne Beanstandung	17
- davon mit geringer Beanstandung	63
- davon mit erheblicher Beanstandung	5
- davon mit schwerwiegender Beanstandung	23
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	540
- davon ohne Beanstandung	198
- davon mit geringer Beanstandung	220
- davon mit erheblicher Beanstandung	64
- davon mit schwerwiegender Beanstandung	58
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	14
- davon bestanden	11
- davon nicht bestanden	3
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung gemäß § 11 Abs. 6 - Ärzte	6
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung gemäß § 11 Abs. 6 - Anwendungsbereiche	6

Bemerkungen:

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

Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	1207
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	1243

BESCHIEDENE ANTRÄGE	
neu gemäß § 2	117
- davon Genehmigungen	108
- davon Ablehnungen	9
erneut gemäß § 11 Abs. 4	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
neu wg. Statuswechsel u.ä.	90
- davon Genehmigungen	90
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	6
abrechnende Ärzte (Vorjahr)	922

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN	
Initialprüfungen	
geprüfte Ärzte	57
- davon ohne Beanstandungen	47
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	8
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung	2
- Ärzte, die an einem Fortbildungskurs gemäß Anlage V § 11 Abs. 3 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
- Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	14
- davon ohne Beanstandungen	11
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	3
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0
- darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung	0
- Ärzte, die an einem Fortbildungskurs gemäß Anlage V § 11 Abs. 3 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
- Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0

PRÜFUNGEN INNERHALB 2 JAHRE	
geprüfte Ärzte	24
- davon ohne Beanstandungen	22
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung	0
- Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0
- Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	5
- davon ohne Beanstandungen	3
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2

GENEHMIGUNGEN

Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	1
- darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung	0
- Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0
- Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0

PRÜFUNGEN INNERHALB 5 JAHRE

geprüfte Ärzte	159
- davon ohne Beanstandungen	140
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	15
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung	4
- Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0
- Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	4
- davon ohne Beanstandungen	2
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0
- darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
- davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 - Aussetzung der Genehmigung	1
- Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0
- Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	0

PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)

insgesamt geprüfte Dokumentationen	3077
- davon regelrecht (Stufe I)	2943
- davon eingeschränkt (Stufe II)	76
- davon unzureichend (Stufe III)	58
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	1
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2	58
- davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	10
- davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	16
- davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	32

C.58 Vakuumbiopsie der Brust

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

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

In der am 1. Oktober 2009 in Kraft getretenen Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach §135 Abs. 2 SGB V wurde unter anderem die 2008 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 (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	47
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025 *	43

BESCHIEDENE ANTRÄGE	
neu	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0

GENEHMIGUNGEN	
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0
- davon ohne Mängel	0
- davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	0
- davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNG § 9 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)	
abrechnende Ärzte	28
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	25
- davon bestanden	22
- davon nicht bestanden	3
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	3
- davon bestanden	3
- davon nicht bestanden	0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5 b	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
vorgezogene Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0

PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN)	
geprüfte Dokumentationen	250
- davon vollständig und nachvollziehbar	224
- davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0
- davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	21
- davon weder vollständig noch nachvollziehbar	5

FREQUENZREGELUNG	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien innerhalb des vertragsärztlichen Bereichs)	
Ärzte mit ...abgerechneten Vakuumbiopsien	
< 25	13
- davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben	1
≥ 25	30
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 25	12
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 25	31

C.59 Zweitmeinungsverfahren

Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V – Zm-RL

Die Richtlinie bestimmt, für welche planbaren Eingriffe Patientinnen und Patienten einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung haben. Sie legt außerdem die allgemeinen und indikationsspezifischen Anforderungen an das Zweitmeinungsverfahren und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest. Bisher besteht gemäß Zm-RL ein Zweitmeinungsanspruch für folgende operative Eingriffe: Amputation beim diabetischen Fußsyndrom, Eingriff an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie), Gebärmutterentfernung (Hysterektomie), Gelenkspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopie), Implantation einer Knieendoprothese, Eingriff an der Wirbelsäule, kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen, Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators, Cholezystektomie (ab 01.01.2023), Implantation einer Totalendoprothese am Hüftgelenk sowie Revisionseingriffe, Wechsel und Entfernungen von Total- oder Teilendoprothesen (01.07.2024) und zu offen-chirurgischen oder endovaskulären Operationsverfahren bei thorakalen, abdominalen oder thorakoabdominalen Aortenaneurysmen sowie Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta und Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (01.10.2024), Eingriffe beim lokal begrenzten Prostatakarzinom (ohne Metastasen) ab 01.04.2025 und Eingriffe zur Karotis-Revaskularisation bei Karotis-Stenosen ab 01.10.2025.

Über die Anzahl der im Berichtsjahr erteilten Genehmigungen und Ablehnungen je operativen Eingriff berichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 10 Zm-RL dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in aggregierter Form.

Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL), Rechtsgrundlage: § 27b Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 08.12.2018, zuletzt geändert zum: 21.08.2025

Mandeloperationen (Eingriff 1)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	32
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	31
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	2
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Gebärmutterentfernungen (Eingriff 2)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	40
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	39
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	2
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Schulterarthroskopien (Eingriff 3)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	59
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	57
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	3
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Amputation beim diabetischen Fußsyndrom (Eingriff 4)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	12
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	19
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	7
- davon Genehmigungen	7
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Implantationen einer Knieendprothese (Eingriff 5)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	58
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	56
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	4
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Eingriffe an der Wirbelsäule (Eingriff 6)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	57
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	63
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	10
- davon Genehmigungen	8
- davon Ablehnungen	2
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	2
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	2
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen (Eingriff 7)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	19
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	20
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	1
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRTAggregats (Eingriff 8)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	22
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	23
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	1
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Cholezystektomie (Eingriff 9)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	8
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	8
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	1
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	1
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Hüftgelenkersatz (Eingriff 10)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	9
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	12
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	2
- davon Genehmigungen	2
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Eingriffe an Aortenaneurysmen (Eingriff 11)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2024	4
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	8
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	3
- davon Genehmigungen	3
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom (Eingriff 12)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	25
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	28
- davon Genehmigungen	24
- davon Ablehnungen	4
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	1
- davon Genehmigungen	1
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHNUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	4
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

Eingriffe zur Karotis-Revaskularisation bei Karotis-Stenosen (Eingriff 13)

GENEHMIGUNGEN	
alle Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2025	6
ANGABEN FÜR VERTRAGSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	6
- davon Genehmigungen	6
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR KRANKENHAUSÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ANGABEN FÜR PRIVATÄRZTE	
beschiedene Anträge auf Zweitmeinungsgenehmigung	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Rückgabe / Beendigungen von Abrechnungsgenehmigungen	0
ABLEHUNGSGRÜNDE (ALLE ARZTGRUPPEN)	
Nichterfüllung der Anforderungen nach:	
- § 7 Abs. 2 a) Facharztbezeichung auf betr. Gebiet	0
- § 7 Abs. 2 b) Dauer fachärztliche Tätigkeit	0
- § 7 Abs. 3 a) mit b) Fortbildungspflicht erfüllt und WB vorhanden	0
- § 7 Abs. 3 a) mit c) Fortbildungspflicht erfüllt und Lehrbefugnis vorhanden	0
- § 7 Abs. 4 spez. QS-Anforderungen gemäß bes. Teil der Zm-RL	0
- § 7 Abs. 5 gebotene Unabhängigkeit	0

C.60 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

Die Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen sind für die berechtigten Facharztgruppen (Pathologen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §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 neun Präparate mit den dazugehörigen Dokumentationen an. Zusätzlich sollen mindestens drei Präparate unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren eingereicht werden. Ferner müssen zytologieverantwortliche Ärzte und Präparatebefunder alle zwei Kalenderjahre themenbezogene Fortbildungen 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 Kassenärztlichen Vereinigung zu einem Gesamtbericht zusammengestellt und den zytologieverantwortlichen Ärzten im Sinne eines Benchmarks zurückgespiegelt.

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2025

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt III, Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt geändert zum: 10.08.2024

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	73
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2025	76

BESCHIEDENE ANTRÄGE	
neu	12
- davon Genehmigungen	12
- davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0
- davon Genehmigungen	0
- davon Ablehnungen	0
Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0
- davon ohne Beanstandungen	0
- davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
- davon wegen Mängeln in der Dokumentations-/ Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	0
- davon wegen Mängeln in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

Bemerkungen:
*Mehrfachnennungen möglich

GENEHMIGUNGEN	
ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7 PRÜFUMFANG UND -ERGEBNISSE (BEZOGEN AUF ÄRZTE)	
abrechnende Ärzte (III/2025)	66
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 - Ärzte	25
- davon bestanden	24
- davon nicht bestanden	1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 - Ärzte	1
- davon bestanden	1
- davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden	0
Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0
PRÜFERGEBNISSE (BEZOGEN AUF DOKUMENTATIONEN) PRÜFUNGEN GEMÄSS § 7 ABS. 3	
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	300
- davon ohne Beanstandungen	297
- davon mit Beanstandungen	3
bei Beanstandungen	
- darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	1
- darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung	1
- darunter mit unvollständiger Dokumentation	1
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNGEN GEMÄSS § 7 ABS. 6	
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	12
- davon ohne Beanstandungen	12
- davon mit Beanstandungen	0
bei Beanstandungen	
- darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität *	0
- darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung *	0
- darunter mit unvollständiger Dokumentation *	0
PRÜFUNG DER JAHRESSTATISTIK § 8 ABS. 4	
abrechnende Labore (2025)	52
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2024)	52
- davon ohne Auffälligkeiten	41
- davon mit Auffälligkeiten	11
Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	11
- davon ausreichend begründete Stellungnahmen	11
- davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0
Kolloquien	0
- davon bestanden	0
- davon nicht bestanden - Auflage	0
- davon nicht bestanden - Widerruf	0
FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 9	
Ärzte, die 2025 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	72
Präparatebefunder	
Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt	213
Präparatebefunder, für die Unterlagen für 2025 zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	210

Bemerkungen:
* Mehrfachnennungen möglich

D. Genehmigungen auf Grundlage des EBM

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

D.1 Diabetischer Fuß

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

D.2 Funktionsstörung der Hand

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

D.3 Orientierende Entwicklungsneurologische Untersuchung und orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung

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

D.4 Krebsfrüherkennung der Frau

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches konnte bis 31.12.2019 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 01.01.2020 wurde die GOP 01730 EBM durch die GOP 01760 EBM ersetzt. Zusätzlich wurden die GOP 01761 EBM „Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ und 01764 EBM „Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ eingeführt.

Die ab dem 1. Januar 2008 eingeführte GOP 01735 EBM „Beratung gemäß §4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in §62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen“ bleibt bestehen. Hausärzte, welche berechtigt waren, die GOP 01730 EBM abzurechnen, haben automatisch die GOP 01760 EBM erhalten und erfüllen auch die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der GOP 01735, 01761, 01764 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. Zusätzlich wurden zum 01.04.2020 die GOP 01823 EBM „Zuschlag Beratung zum Chlamydienscreening“ und die GOP 01824 EBM „Veranlassung Untersuchung auf Chlamydia trachomatis“ eingeführt.

D.6 Neurophysiologischen Übungsbehandlung

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

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

D.7 Physikalische Therapie

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

LEISTUNG RECHTSGRUNDLAGE EBM		DIABETISCHER FUSS	FUNKTIONSSTÖRUNG DER HAND	ORIENTIERENDE ENTWICKLUNGSNEUROLOGISCHE UNTERSUCHUNG	KREBSFRÜHERKENNUNG BEI DER FRAU	EMPFÄNGNISREGELUNG	NEUROPHYSIOLOGISCHE ÜBUNGSBEHANDLUNG	PHYSIKALISCHE THERAPIE
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2025	1.034	555	153	284	298	49	78
beschiedene Anträge	2025	44	38	1	1	2	0	1
- Genehmigungen	2025	32	38	1	1	2	0	1
- Ablehnungen	2025	12	0	0	0	0	0	0
- Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2025	0	0	0	0	0	0	0

E. Regionale Vereinbarungen

E.1 Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED-Vertrag mit der BARMER)

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) hat mit der BARMER zum 1. Juli 2024 einen „Vertrag zur Besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V“ abgeschlossen. Ebenfalls beteiligt am Vertrag ist der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng), Regionalgruppe Baden-Württemberg.

soweit sie die weiteren persönlichen/sachlichen Voraussetzungen gemäß Vertrag erfüllen. Die Teilnahme an diesem Vertrag setzt eine Genehmigung durch die KVBW voraus.

Es können Versicherte der BARMER mit gesicherter Diagnose einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung gemäß ICD-10 K50.-, K51.-, K52.3- am Vertrag teilnehmen.

Teilnahmeberechtigung

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVBW zugelassenen, ermächtigten sowie angestellten Ärzte mit

- Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie

oder

- Genehmigung zur Führung der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit fachärztlicher Niederlassung und Genehmigung zur Durchführung der Vorsorge-Koloskopie

Vertrag mit der BARMER zur Besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V.

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	15
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	3
- davon Teilnahme	3
- davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E.2 COPD-Vertrag: Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen

Die KVBW und die IKK classic haben einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen nach § 140a SGB V geschlossen. Mit dieser Vereinbarung soll eine COPD frühzeitig diagnostiziert und behandelt sowie der Krankheitsverlauf einer bestehenden COPD durch sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen positiv beeinflusst werden.

Der Hausarzt steuert die Versorgung und führt Früherkennungsuntersuchungen zur vorzeitigen Diagnose der COPD sowie regelmäßige Weiterbetreuungsprogramme bei bestehender COPD durch. Bei erhöhtem Exazerbationsrisiko, bei akuter Exazerbation, nach stationärem Aufhalten und bei Sauerstoff-Langzeittherapie (LOT) überweist der Hausarzt zur erweiterten Diagnostik und Behandlung an den Facharzt.

Teilnahmevoraussetzungen

Vertrag IKK-classic und HEK

Teilnahmeberechtigt sind die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder Pulmologie, Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde sowie Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mindestens zwölfmonatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung. Die apparativen Voraussetzungen für die Durchführung einer Spirometrie müssen vorhanden sein.

Vertrag DAK-Gesundheit

Teilnahmeberechtigt sind zugelassene, angestellte oder ermächtigte Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlicher Bereich). Die apparativen Voraussetzungen für die Durchführung einer Spirometrie müssen vorhanden sein.

Die Teilnahme muss einmalig mittels der zur Verfügung gestellten Arztteilnahmeerklärung schriftlich gegenüber der KVBW erklärt werden. Auch die teilnahmeberechtigten Versicherten der IKK classic, der HEK und der DAK-Gesundheit müssen einmalig eine Versichertenteilnahmeerklärung unterzeichnen, welche nach Unterzeichnung durch die Praxis an die IKK classic, die HEK bzw. an die DAK-Gesundheit weitergeleitet werden muss.

Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der IKK classic, Dresden über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) nach § 140a SGB V, in Kraft seit 1.07.2020.

Die HEK ist dem Vertrag zum 01. 04.2021 beigetreten. Mit der DAK-Gesundheit wurde zum 01. 07.2023 ein weiterer COPD-Vertrag abgeschlossen.

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	268
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	76
- davon Teilnahme	76
- davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E.3 Diabetes Mellitus (Vertrag mit der DAK Gesundheit, mhplus BKK, Schwenninger BKK, der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännische Krankenkasse und der BKK VAG)

Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der DAK Gesundheit, der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse und der BKK VAG über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140 a SGB V.

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

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

Anspruch auf Teilnahme an diesem Versorgungskonzept haben alle Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich aufgrund Ihrer Diabetesbehandlung in ärztlicher Behandlung befinden.

Für folgende Krankheitsbilder gibt es Module:

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

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

Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der DAK Gesundheit, der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse und der BKK VAG über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes Mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V.

DAK Gesundheit: Rechtsgrundlage: § 140a SGB V, gültig seit dem 01.01.2015

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	1.836
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	187
- davon Teilnahme	187
- davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

Kaufmännische Krankenkasse (KKH, Techniker Krankenkasse (TK) und Hanseatische Ersatzkasse (HEK)): Rechtsgrundlage: § 140a SGB V, Gültigkeit: 01.04.2019 KKH und TK und 1.01.2021 (HEK)

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	1.429
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	193
- davon Teilnahme	193
- davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft BW: Rechtsgrundlage: §140a SGB V, Gültigkeit: 01.01.2021

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	1.130
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	193
- davon Teilnahme	193
- davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E.4 Frühe Hilfen

KVBW, BKK Landesverband Süd und kommunale Spitzenverbände haben zum 1. Oktober 2014 die Vereinbarung Vernetzung Frühe Hilfen gestartet. Ziel der Vereinbarung ist die Verbesserung der Zusammenarbeit in der Prävention und im frühen Kinderschutz. Das Baden-Württemberg weite Netz an interdisziplinären, vertragsärztlichen Qualitätszirkeln „Frühe Hilfen" soll dazu beitragen, belastete Familien schneller zu identifizieren und die passgenaue Hilfestellung anzubieten.

Teilnahmeberechtigt sind:

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

Teilnahmevoraussetzung ist eine eintägige Schulung und die Teilnahme an einem Qualitätszirkel Frühe Hilfen. Teilnehmer werden für die Erhebung des psychosozialen Hintergrunds anhand eines speziellen Kriterienkatalogs geschult und erlernen motivierende Gesprächstechniken. Bei Vorliegen der Voraussetzungen erteilt die KVBW eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen.

Teilnahmeberechtigt sind alle Familien mit Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr, bei denen mindestens ein Elternteil und das bis zu dreijährige Kind bei einer an der Vereinbarung teilnehmenden Krankenkasse versichert sind An der Vereinbarung teilnehmen können auch bei einer teilnehmenden Krankenkasse versicherte Schwangere. Die Teilnahme an der Vereinbarung ist freiwillig, der Arzt weist die Eltern in geeigneter Weise darauf hin. Die Versicherten müssen ihre Teilnahme schriftlich erklären und erhalten dazu eine Versicherteninformation.

Rahmen-Vereinbarung zur Vernetzung vertragsärztlicher Qualitätszirkel mit Leistungen der Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Bereich „Frühe Hilfen" in Baden-Württemberg Rechtsgrundlage: Grundlage ist eine Kombination von Vertragsgestaltungen nach § 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sowie nach § 140a SGB V – besondere ambulante ärztliche Versorgunggültig § 3 KKG 01.01.2012 und § 140a SGB V 17.02.2016

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	147
beschiedene Anträge	10
- Genehmigungen	10
- Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

E.5 Hallo Baby

Der Vertrag „Hallo Baby“ basiert auf der Grundlage von § 140a SGB V. Ziel dieses Vertrages ist es, die Frühgeburtenrate durch primär- und sekundärpräventive Maßnahmen zu minimieren sowie Infektionen durch Streptokokken B als Geburtskomplikation zu senken. Im Rahmen dieses Vertrages werden Regelungen für die Verbesserung der Qualität in der Versorgung von schwangeren Versicherten getroffen.

Der BKK Landesverband Süd übernahm zum 01.01.2025 die Vertragspartnerschaft und führt die Aufgaben der bisherigen BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaften (VAG) Baden-Württemberg und der VAG Hessen fort.

Zum 31.12.2024 endete auch die Abrechenbarkeit der Gesprächsleistung zur natürlichen Geburt (GOP 81318 bzw. 81319)

Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen (Hallo Baby) zwischen dem BKK Landesverband Bayern, der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg, BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Hessen, BKK Landesverband Mitte, BKK Landesverband Nordwest, Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL) und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung Gültigkeit: 01.02.2019, geändert zum 01.01.2025

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	645
Anzahl beschiedene Anträge	51
- davon Anzahl Genehmigungen	51
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

E. 6 Hypertonie (Vertrag mit der DAK-Gesundheit, KKH, TK, BIG direkt gesund und BKK VAG)

Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der DAK-Gesundheit, KKH, TK, BIG direkt gesund und BKK VAG über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage des §140a SGB V.

Die KVBW und die DAK-Gesundheit haben zum 1. Oktober 2019 den Vertrag über die Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie abgeschossen.
Die Vereinbarung gilt auch für die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), die Techniker Krankenkasse (TK, ab 01.04.2020), die BKK VAG (ab 01.01.2021) und die BIG direkt gesund (ab 01.04.2022).

Durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen bei Patienten mit Hypertonie soll das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien verhindert werden oder zumindest deutlich verzögert werden.
Im Rahmen dieses Vertrags werden in definierten Versorgungsfeldern regelmäßig Versorgungsprogramme zur Früherkennung von Komplikationen durchgeführt. Beim Entdecken einer Begleiterkrankung erfolgt eine fortdauernde Weiterbetreuung durch entsprechende krankheits-bezogene Weiterbetreuungsprogramme.

Anspruch auf Teilnahme an diesem Versorgungskonzept haben alle Versicherten der DAK-Gesundheit, KKH und TK, BIG direkt gesund und BKK VAG, die sich aufgrund Ihrer Hypertoniebehandlung in ärztlicher Behandlung befinden.

Für folgende Krankheitsbilder gibt es Module:

- Vaskuläre Komplikationen
- Nephrologische Komplikationen

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVBW zugelassenen (auch angestellte Ärzte) oder ermächtigen Hausärzte nach § 95 SGB V oder Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlicher Bereich), die durchschnittlich 30 Patienten mit Hypertonie im Quartal betreuen.

Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der DAK-Gesundheit (gilt auch für KKH, ab 01.04.2020 für die TK und ab 01.04.2022 für die BIG direkt gesund) sowie mit der BKK VAG über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage des §140a SGB V.

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	1.817
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	212
- davon Teilnahme	212
- davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E.7 Kinder-Früherkennungsuntersuchung J2, U10, U11 (Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2 sowie U 10/U 11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin, gilt für die TK und Knappschaft)

Kinderärzte übernehmen die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Deren medizinische Versorgung stellt zentrale Weichen für die gesundheitliche Entwicklung mit Auswirkungen bis in das fortgeschrittene Erwachsenenalter hinein. Die Qualität der Vorsorge soll durch die Einführung eines erweiterten Präventionsangebotes für Kinder erhöht werden. Ziel dabei ist, die Entwicklung von Kindern in Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie explizit früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegen wirken zu können.

Durch diesen Vertrag wird ein weiterführendes Versorgungsangebot der Techniker Krankenkasse und der Knappschaft im Interesse der jungen Patienten ermöglicht.

Vertrag zwischen der Techniker Krankenkasse bzw. der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der bvkj.Service GmbH, Köln über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2, U10 / U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 140a SGB V, gültig ab 1.07.2010.

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	1.484
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	122
- davon Teilnahme	117
- davon Ablehnungen der Teilnahme	5
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E.8 Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern

Die am 1. Juli 2014 in Kraft getretene Vereinbarung nach §43 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Techniker Krankenkasse soll den Familien, insbesondere auch den Kindern schwer erkrankter Eltern, eine Unterstützung in Form einer psychotherapeutischen Beratungsleistung bieten. Ziel der Vertragspartner ist die Vermeidung von psychischen Störungen bei Familien, insbesondere Kindern, in deren Familien durch das Auftreten einer schweren Erkrankung eines Elternteils ein hohes Risikopotenzial besteht. Teilnahmeberechtigt sind Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Kinder- und Jugendpsychiater mit der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie, Kinder- und Jugendärzte mit der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie sowie ärztliche Psychotherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Vereinbarung nach § 43 SGB V über ergänzende Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der Techniker Krankenkasse Stuttgart. Rechtsgrundlage: § 43 SGB V, gültig seit dem 01.07.2014

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	127
beschiedene Anträge	3
- Genehmigungen	3
- davon Anzahl Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

E.9 „Mädchensprechstunde – M1“ - Rahmenvertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V

Der Rahmenvertrag „Mädchensprechstunde – M1“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zwischen dem BKK Landesverband Bayern, dem Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF) und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung (vertreten durch die KBV) ist zum 1. Mai 2024 in Kraft getreten und gilt nur für beigetretene BKK‘en.

Frauenärzte können seit dem 1. August 2024 schriftlich ihre Teilnahme erklären. Die Einschreibung der Patientinnen ist seit dem 1. Oktober 2024 möglich, sodass ab diesem Zeitpunkt die entsprechenden Leistungen erbracht und abgerechnet werden können.

Die Teilnahme an diesem Vertrag setzt eine Genehmigung durch die KVBW voraus.

Vertragsziele:

- Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Versorgung von Mädchen und jungen Frauen durch
- ein institutionalisiertes Angebot einer geschlechtsspezifischen Medizin als Versorgungsstandard
- Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Mädchen und jungen Frauen
- Schaffung eines niedrigschwelligen, unbefangenen, anlasslosen gynäkologischen Erstkontakts
- Abbau von Berührungsängsten und Aufbau eines Vertrauensverhältnisses
- Frauenärztliche Beratung und Begleitung in einer sensiblen und vulnerablen Lebensphase
- Erhöhung der Impfquoten sowie Schließung von Impflücken
- Erkennung und frühzeitige Intervention bei Fehlentwicklungen
- Steigerung der frauenspezifischen Gesundheitskompetenz

Rahmenvertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zwischen dem BKK Landesverband Bayern, dem Berufsverband der Frauenärzte e. V. (BVF) und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung (vertreten durch die KBV), in Kraft seit 1.05.2024

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	334
beschiedene Anträge	76
- Genehmigungen	75
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

E.10 Frühzeitige Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration (tAMD) - Vertrag mit der Kaufmännischen Krankenkasse KKH

Die KVBW und die Kaufmännische Krankenkasse KKH haben einen Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration nach § 140a SGB V geschlossen.

Die AMD ist die häufigste Ursache für eine erhebliche Minderung des zentralen Sehvermögens und eine Erblindung. Mit steigendem Lebensalter nimmt die Zahl der Betroffenen und Schwerstbetroffenen stetig zu.

Mit dieser Vereinbarung soll eine trockene AMD frühzeitig diagnostiziert und die Patienten rechtzeitig für Lebensstilveränderungen und die Vermeidung von Risikofaktoren sensibilisiert werden, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen. Weiter sollen Patienten mit einer feuchten AMD einer adäquaten Therapie zugeführt werden, um den Verlust des Sehvermögens soweit möglich zu verhindern.

Teilnahmevoraussetzungen

Teilnahmeberechtigt sind niedergelassene, angestellte und ermächtigte Fachärzte für Augenheilkunde. Die apparativen Voraussetzungen für die Erstellung der Abbildungsdokumentationen (bis 31.10.2025 OCT oder Fundusbild, ab 01.11.2025 OCT und Fundusbild) müssen vorhanden sein. Die Teilnahme am Vertrag muss einmalig gegenüber der KVBW erklärt werden.

Auch die teilnahmeberechtigten Versicherten der KKH müssen einmalig eine Versichertenteilnahmeerklärung unterzeichnen, welche nach Unterzeichnung durch die Praxis an die KKH weitergeleitet werden muss.

Die Teilnahme am Vertrag setzt eine Genehmigung voraus.

Vertrag mit der KKH über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung der trockenen Makuladegeneration (tAMD) nach § 140a SGB V, in Kraft seit 01.04.2024.

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	21
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	12
- davon Teilnahme	12
- davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E.11 Venentherapie

Seit dem 1. April 2018 gilt die Vereinbarung zur Venentherapie gemäß § 140 a SGB V. Ziel der Vereinbarung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie ist es, den Versicherten der AOK Baden-Württemberg die Inanspruchnahme dieser qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Behandlung zu ermöglichen und dadurch nicht notwendige stationäre Leistungen einzusparen. Gegenstand der Vereinbarung ist die ambulante Behandlung der Varizen eines Beines durch endovenöse Lasertherapie oder Radiofrequenzablation, sowie die Erbringung der dadurch erforderlichen eingriffsbedingten Nachbehandlungen. In der Fassung vom 1. Januar 2019 wurde der Vertrag um den § 10 Veröffentlichung und Übermittlung einer Liste der teilnehmenden Ärzte ergänzt sowie der § 6 Vergütung angepasst. Die Anlage 3 wurde ebenfalls angepasst. In der Fassung vom 01. Juli 2021 trat die 2. Änderungsvereinbarung in Kraft. Die Vergütung nach § 6 wurde angepasst.

Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zugelassene und ermächtigte Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Chirurgie und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie, jeweils mit einer Genehmigung nach § 115 b SGB V.

Um die Leistungen dieser Vereinbarung abzurechnen, ist eine Genehmigung der KVBW notwendig. Fachärzte für Anästhesiologie können Leistungen nach dieser Vereinbarung seit dem 01.10.2024 nur noch mit Genehmigung der KVBW erbringen und abrechnen.

Vereinbarung zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation) zwischen der KVBW und der AOK BW in der Fassung vom 1.07.2021. Der Vertrag gilt ab 1.04.2024 auch für die AOK Hessen.

2. Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie in der Fassung vom 1.07.2021

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Ärzte/mit Genehmigung	167 (+ 191 Anästhesisten)
beschiedene Anträge	10 (+ 37 Anästhesisten)
- Genehmigungen	10 (+ 37 Anästhesisten)
- Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

E.12 Willkommen Baby

Der Vertrag „Willkommen Baby“ basiert auf der Grundlage von §140a Abs. 1 SGB V. Ziele des Vertrags sind Risikofaktoren für Frühgeburten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Ein weiteres Ziel ist, natürliche Geburten zu fördern.

Die DAK-Gesundheit kündigte den Vertrag offiziell zum 31. März 2025. Bis zu diesem Stichtag konnten schwangere Patientinnen regulär in das Programm eingeschrieben werden. Für bereits eingeschriebene Frauen galt Vertrauensschutz. Die vertraglichen Leistungen durften über den Kündigungstermin hinaus erbracht und abgerechnet werden – letztmalig bis zum 31. Dezember 2025.

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

Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.10.2016, zuletzt geändert zum 01.07.2021, gekündigt zum 31.12.2025

GENEHMIGUNGEN	31.12.2025
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	654
Anzahl beschiedene Anträge	11
- davon Anzahl Genehmigungen	9
- davon Anzahl Ablehnungen	1
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

F. Qualitätsförderung

F.1 Fortbildungsverpflichtung

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

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

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

Die Fortbildungskonten werden bei den Kammern geführt. Stimmt der Arzt oder Psychotherapeut der Weiterleitung seines Zertifikats an die KVBW zu, erhält diese automatisch eine Mitteilung über die Ausstellung eines Zertifikats mit dem entsprechenden Ausstellungsdatum.

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

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

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

In der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg waren im Jahr 2025 8691 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. 8404 haben den Nachweis gegenüber der KVBW erbracht, dies entspricht gut 96.7 Prozent. Gegen 287 Nachweispflichtige wurden die gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen eingeleitet.

FORTBILDUNGSPFLICHT: NACHWEISZEITRAUM	01.01.2025 – 31.12.2025
Anzahl Nachweispflichtige Ärzte/Psychotherapeuten	8691
Anzahl Erfüller	8404
Anzahl Nicht-Erfüller	287
Erfüllung in Prozent	96.7

G. Rechtsgrundlage und Instrumente

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	Abklärungskolposkopie	ADHS	Akupunktur	Ambulantes Operieren	Apheresen	Arthroskopie	ATMP	Außerklinische Intensivpflege	Balneophototherapie	Blutreinigungsverfahren / Dialyse
RECHTSGRUNDLAGE	§135 Abs. 2 SGB V, §25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V	§140a SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 1 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V §135b, §92 Abs. 1	§136a Abs. 5 Satz 1 SGB V	AKI-Richtlinie des GB-A	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V, Anlage 9.1 BMV, §25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. §136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)										
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)oder bei wiederholten	•		•	•	•	•			•	•
FREQUENZREGELUNG	•									•
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG	•			•						•
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE									•	
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	•		•	•		•			•	•
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	•		•		•	•			•	
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL	•	•	•							
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION										
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	•	•	•		•	•			•	
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)			•			•				

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	Botoxbehandlungen bei Blasenfunktionsstörungen	Computertomographie	Disease-Management-Programme	Geriatrie – Spezialisierte geriatrische Diagnostik	Gesund schwanger	Histopathologie im Hautkrebs-Screening	HIV/Aids	HIV-Präexpositions-prophylaxe (HIV-PrEP)	Homöopathie	Hörgeräteversorgung	Hörgeräteversorgung Kinder
RECHTSGRUNDLAGE	EBM GOP 08312, 08313 bzw. 26316, 26317	§135 Abs. 2 SGB V §135b i.V.m. §92 Abs.1	§137f SGB V auf Grundlage des §83 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§140a SGB V	§135 Abs. 2 SGB V, §25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V	§135 Abs. 2 ¬ SGB V	Anlage 33 zum BMV-Ä	§140a SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)											
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)oder bei wiederholten		•		•		•	•			•	•
FREQUENZREGELUNG						•	•	•			
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG				•		•				•	•
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGS-NACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE										•	•
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)		•		•		•				•	•
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH-PROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG		•				•	•			•	•
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL	•		•	•			•	•	•	•	•
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION			•							•	•
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARK-BERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)			•	•	•	•				•	•
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)		•				•	•				

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	Hyperbare Sauerstofftherapie	Interstitielle LDR-Brachytherapie	interventionelle Radiologie	Intravitrealen Medikamenteneingabe	invasive Kardiologie	Kapselendoskopie	Koloskopie	Konventionelle Röntgendiagnostik	KSVPsych-Richtlinie	Labor-Spezial	Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
RECHTSGRUNDLAGE	§135 Abs. 2 SGB V	§136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V §25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V §135b i. V. m. §92 Abs. 1 SGB V	§92 Abs. 6b SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)											
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)oder bei wiederholten	•		•	•	•	•	•	•		•	•
FREQUENZREGELUNG			•		•	•	•				
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG	•		•		•	•					•
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE	•									•	•
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	•		•	•	•	•	•	•		•	•
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	•		•	•	•	•	•	•		•	•
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL										•	•
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION						•	•				•
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	•			•	•	•	•				•
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	•						•	•		•	

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	Langzeit-EKG	Liposuktion bei Lipödem Stadium III	Magnetresonanz-Tomographie	Magnetresonanz-Tomographie der Mamma	Magnetresonanz-Angiographie	Mammographie (kurativ)	Mammographie-Screening	Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)	Molekulargenetik
RECHTSGRUNDLAGE	§135 Abs. 2 SGB V	§136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V §135b i. V. m. §92 Abs. 1 SGB V	§135 Abs. 1 SGB V §135b i. V. m. §92 Abs. 1 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V §135b i. V. m. §92 Abs. 1 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	Anlage 9.2 BMV-Ä §25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 u. Abs. 4	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGBV
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)						•	•		
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)oder bei wiederholten	•		•	•	•	•	•		
FREQUENZREGELUNG				•			•		
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG		•					•	•	
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE						•	•		
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)			•	•	•	•	•	•	
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG		•	•	•	•	•	•		
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL						•	•		
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION							•	•	•
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)		•	•	•	•	•	•	•	•
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)			•	•	•	•	•		

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	Neuropsychologische Therapie	Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA)	Nuklearmedizin	Onkologie	Osteodensitometrie	Otoakustische Emissionen	Palliativmedizinische Versorgung	PET und PET/CT	Photodynamische Therapie	Phototherapeutische Keratektomie
RECHTSGRUNDLAGE	§135 Abs. 1 SGB V	§87 Abs. 2b Satz 5 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V §135b i. V. m. §92 Abs. 1 SGBV	Anlage 7 BMV-Ä	§135 Abs. 2 SGB V §135b i. V. m. §92 Abs.1 SGB V	§135 Abs. 1 SGB V	§87 Abs. 1b SGB V	§135 Abs. 1 und 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)										
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)oder bei wiederholten	•		•	•	•			•	•	•
FREQUENZREGELUNG		•		•						
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG	•			•			•	•		
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGS-NACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE										
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)			•		•			•		
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH-PROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	•		•	•				•	•	•
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL		•		•			•	•		
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION				•						
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARK-BERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	•	•						•	•	•
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	•		•					•	•	•

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	Psychotherapie Richtlinienverfahren Psychosomatik	Rhythmusimplantat-Kontrolle	Schlafbezogene Atmungsstörungen	Schmerztherapie	Sozialpsychiatrie	Soziotherapie	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	Strahlentherapie	Substitution	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
RECHTSGRUNDLAGE	Anlage 1 BMV-Ä	§135 Abs. 2 §87 Abs. 2a Satz 7 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2SGB V	Anlage 11 BMV-Ä	§37a i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V	§135 Abs. 1 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V §135b i. V. m. §92 SGB V	§135 Abs. 1 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)										
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)oder bei wiederholten		•	•	•			•	•		•
FREQUENZREGELUNG				•	•				•	
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG	•			•	•	•				•
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGS-NACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE										
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)		•	•	•				•	•	•
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH-PROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG		•		•				•	•	•
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL		•		•	•				•	
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION										•
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARK-BERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	•	•		•					•	•
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)								•	•	

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	Ultraschall allgemein	Ultraschall Säuglingshüfte	Vakuumbiopsie der Brust	Zweitmeinungsverfahren	Zytologie
RECHTSGRUNDLAGE	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V	§27 Abs. 2 SGB V	§135 Abs. 2 SGB V §25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	•	•	•	•	•
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)					•
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)oder bei wiederholten	•	•	•		•
FREQUENZREGELUNG			•		•
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG			•		•
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE	•	•	•		
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	•		•		•
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	•	•	•		•
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL		•			•
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION					•
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)			•		•
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	•	•	•		•

REGIONALE VEREINBARUNGEN	CED	COPD	Diabetes Mellitus (Vertrag mit einzelnen Krankenkassen)	Frühe Hilfen	Hallo Baby	Hypertonie-Vertrag	Kinder-Früherkennungs-untersuchung	Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern	Mädchen-Sprechstunde	tAMD	Venentherapie	Willkommen Baby
RECHTSGRUNDLAGE	§140a SGB V	§140a SGB V	§140a SGB V	§3 KKG §140a SGB V	§140a SGB V	§140a SGB V	§140a SGB V	§43 SGB V	§140a SGB V	§140a SGB V	§140a SGB V	§140a SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)												
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)oder bei wiederholten												
FREQUENZREGELUNG												
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG												
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGS-NACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE											•	
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)												
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH-PROBEN / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG												
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL	•	•				•	•					
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION												
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARK-BERICHTE / EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)												
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)			•									

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3274