

Die ambulante medizinische Versorgung 2017

ANLAGE
Qualitätsbericht 2016

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

4	A	KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHRUNG
6	B	ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)
8	C	GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z
8	C.1	AD(H)S
9	C.2	Akupunktur
11	C.3	Ambulantes Operieren
12	C.4	Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
14	C.5	Arthroskopie
16	C.6	Balneophototherapie
17	C.7	Blutreinigungsverfahren /Dialyse
19	C.8	DMP
21	C.9	Erweitertes Neugeborenen-Screening
22	C.10	Geriatric
23	C.11	Gesund schwanger
23	C.12	Herzschrittmacher-Kontrolle
24	C.13	Hautkrebs-Screening
24		C.13.1 Histopathologie Hautkrebs-Screening
26		C.13.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)
27	C.14	HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen
29	C.15	Homöopathie
	C.16	Hörgeräteversorgung
30		C.16.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene
32		C.16.2 Hörgeräteversorgung – Kinder
34	C.17	Holmium-Laser
35	C.18	Interventionelle Radiologie
37	C.19	Intravitreale Medikamenteneingabe
39	C.20	Invasive Kardiologie
41	C.21	Kapselendoskopie – Dünndarm
42	C.22	Koloskopie
46	C.23	Künstliche Befruchtung
47	C.24	Laboratoriumsuntersuchungen
48	C.25	Langzeit-EKG-Untersuchungen
49	C.26	Magnetresonanz-Tomographie (Kernspintomographie)
52	C.27	Magnetresonanz-Angiographie
54	C.28	Mammographie (kurativ)
56	C.29	Mammographie-Screening
57	C.30	Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)

- 58 C.31 Molekulargenetik
- 59 C.32 Neuropsychologische Therapie
- 61 C.33 Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa)
- 63 C.34 Onkologie
- 64 C.35 Otoakustische Emissionen
- 65 C.36 PET und PET/CT
- 66 C.37 Photodynamische Therapie am
Augenhintergrund
- 67 C.38 Phototherapeutische Keratektomie
- 68 C.39 Psychotherapie
- 70 C.40 Schlafbezogene Atmungsstörungen
- 71 C.41 Schmerztherapie
- 72 C.42 Sozialpsychiatrie
- 72 C.43 Soziotherapie
- 73 C.44 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- 74 C.45 Strahlendiagnostik /-therapie
 - 74 C.45.1 Konventionelle Röntgendiagnostik
 - 76 C.45.2 Computertomographie
 - 77 C.45.3 Osteodensitometrie
 - 77 C.45.4 Strahlentherapie
 - 77 C.45.5 Nuklearmedizin
- 78 C.46 Substitutionsgestützte Behandlung
Opiatabhängiger
- 80 C.47 Ultraschalldiagnostik
- 87 C.48 Vakuumbiopsie der Brust
- 89 C.49 Zytologische Untersuchung von Abstrichen
der Zervix uteri

91 D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

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

93 E REGIONALE VEREINBARUNGEN

- 93 E.1 Diabetes Mellitus Vertrag mit der DAK
- 94 E.2 Frühe Hilfen
- 96 E.3 Patientenbegleitung
- 97 E.4 Tonsillotomie
- 98 E.5 Venentherapie
- 99 E.6 Leistungen für Familien mit Kindern von
schwer erkrankten Eltern

100 F QUALITÄTSFÖRDERUNG

- 100 F1 Fortbildungsverpflichtung

101 G RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

A KOMMISSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Bereich	Mitglieder *Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und /oder der Kranken- kasse (KK) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	Sitzungen im Jahr 2016 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Akupunktur	4 Vertreter der KV 4 Stellvertreter der KV	1
Apherese	4 Vertreter der KV 4 Stellvertreter der KV 2 Vertreter der KK	4
Arthroskopie	20 Vertreter der KV 2 Vertreter des MDK	4
Diabetes	4 Vertreter der KV 1 Fachberater	2
Dialyse	4 Vertreter der KV 4 Stellvertreter der KV 2 Vertreter der KK	4
Herzschrittmacher	3 Vertreter der KV	0
HIV/Aids	4 Vertreter der KV	2
Hygiene	9 Vertreter der KV	1
Intravitreale Medikamenteneingabe	4 Vertreter der KV	2
Invasive Kardiologie	4 Vertreter der KV 4 Stellvertreter der KV 1 Sachverständiger der KV	0
Koloskopie	22 Vertreter der KV	6
Labor	23 Vertreter der KV	10
Langzeit- EKG	3 Vertreter der KV	0
Mammographie	28 Vertreter der KV	9
Auswahlkommission Mammographie-Screening	1 Vertreter der KV 1 juristischer Vertreter der Verwaltung der KV 1 Vertreter der KK 1 Vertreter des MDK	0
Magnetresonanz- Tomographie	8 Vertreter der KV	4

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

Bereich	Mitglieder *Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und /oder der Kranken- kasse (KK)) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	Sitzungen im Jahr 2016 gegebenenfalls inklusive Kolloquien
Neuropsychologische Therapie	7 Vertreter der KV	1
Onkologie	14 Vertreter der KV	2
Photodynamische Therapie/Phototherapeutische Keratektomie	4 Vertreter der KV	0
Polygraphie/Polysomnographie	4 Vertreter der KV	0
Qualitätsmanagement	4 Vertreter der KV 3 Stellvertreter der KV 1 Vertreter der KK 1 Stellvertreter der KK	0
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	13 Mitglieder der KV 20 Stellvertreter der KV darunter 14 Fachberater der KV 2 Vertreter des MDK	18 12 (Strukturqualität) 6 (Ergebnisqualität)
Schmerztherapie	4 Vertreter der KV 8 Stellvertreter der KV darunter 2 Fachberater der KV	2
Substitution	12 Vertreter der KV 12 Vertreter der KK	19
Ultraschall „Allgemein“	164 Vertreter der KV	19
Ultraschall „Säuglingshüfte“ (Stichprobenprüfung)	34 Vertreter der KV	10
Vakuumbiopsie der Brust	4 Vertreter der KV	1
Zytologie	4 Vertreter der KV 4 Stellvertreter der KV 2 Vertreter der KK	1

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

B ARZTSTRUKTUR (MIT SCHWERPUNKTBEZEICHNUNGEN)

Arzt-Psychotherapeutengruppe Schwerpunktbezeichnung	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten
Allgemeinärzte	5.064
Praktische Ärzte/Ärztinnen	340
Anästhesisten	534
Augenärzte	739
Chirurgen	827
Gefäßchirurgie	132
Kinderchirurgie	28
Plastische Chirurgie	57
Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	15
Unfallchirurgie	335
Visceralchirurgie	138
Frauenärzte	1.576
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktions- medizin	36
Gynäkologische Onkologie	46
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	43
HNO-Ärzte	509
Audiologie/Phoniatrie/Phoniatrie und Pädaudiologie	15
Hautärzte	494
Humangenetiker	36
Internisten*	3.327
Hausärztlich tätige Internisten	1.782
Fachärztlich tätige Internisten	1.156
Angiologie	95
Diabetologie und Endokrinologie	63
Gastroenterologie	290
Geriatric	0
Hämatologie/internistische Onkologie	157
Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin	0
Kardiologie	409
Nephrologie	209
Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde	162
Rheumatologie	70

Arzt-Psychotherapeutengruppe Schwerpunktbezeichnung	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten
Kinderärzte	1.013
Infektiologie	0
Kinder-Endokrinologie und Diabetologie	0
Kindergastroenterologie	0
Kinderhämatologie und -onkologie	14
Kinderkardiologie	57
Kinder-Pneumologie, Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde	1
Kinderneurologie	1
Kinderneuropsychiatrie	0
Kinderrheumatologie	0
Neonatologie	127
Neuropädiatrie	68
Kinder- und Jugendpsychiater	121
Laborärzte	170
Mikrobiologie	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	152
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	759
Neurochirurgen	100
Nuklearmediziner	99
Orthopäden	921
Rheumatologie	60
Pathologen	127
Neuropathologie	2
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	65
Ärztliche Psychotherapeuten	943
Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	541
Psychologische Psychotherapeuten	2.909
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	747
Psychologische Psychotherapeuten	2.162
Radiologen/diagnostische Radiologen	489
Kinderradiologie	13
Neuroradiologie	36
Strahlentherapie	1
Strahlentherapeuten	117
Transfusionsmediziner	29
Urologen	395
Summe Arzt- und Psychotherapeutengruppen	21.855

Bemerkung:

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

Quelle: Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.2016

C GENEHMIGUNGSBEREICHE VON A – Z

C.1 AD(H)S

Der am 1. April 2009 in Kraft getretene Vertrag nach Paragraph 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der DAK Gesundheit, der GWQ-ServicePlus AG und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg legt besonderes Gewicht auf einen qualitätsgesicherten Ablauf der diagnostischen und differentialdiagnostischen Untersuchungen der Aufmerksamkeits-Defizit-(Hyperaktivitäts)-Störung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 4. und 18. Lebensjahr. Der Vertrag fördert die koordinierte Behandlung und stellt durch fachübergreifende Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten in regionalen, interdisziplinären ADHS-Teams bei gesicherter Diagnose eine leitlinienorientierte Therapie sicher. Die begleitende Evaluation wurde von der Universität Marburg durchgeführt.

Der Vertrag fördert die koordinierte Behandlung und stellt durch fachübergreifende Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten in regionalen, interdisziplinären ADHS-Teams bei gesicherter Diagnose eine leitlinienorientierte Therapie sicher. Die begleitende Evaluation wurde von der Universität Marburg durchgeführt.

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	207	214
beschiedene Anträge	5	8
▪ Genehmigungen	5	7
▪ Ablehnungen	0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)

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

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten

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

Bemerkung:

* Prüfung nach Beschluss des Vertragsausschusses ausgesetzt

C.2 Akupunktur

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

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

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

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

Die Leistungen der Akupunktur können nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten, Fachärzten für Kinder- und Jugend-

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

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigung	1.553		1.602	
beschiedene Anträge	37		42	
▪ Genehmigungen	37		42	
▪ Ablehnungen	0		0	
Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0		0	
Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumen- tationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	aus sonstigen Gründen	wegen Mängeln in der Dokumen- tationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6
	30	0	18	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	14		6 Rückgaben	

Dokumentationsprüfungen § 6 – Prüfprozess	2016		2015	
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	1.339		1.370	
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	Ärzte bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte bei denen normale Fälle und Ausnahme- fälle geprüft wurden	Ärzte bei de- nen ausschließ- lich normale Fälle geprüft wurden	Ärzte bei denen normale Fälle und Ausnahme- fälle geprüft wurden
	Dokumentations- prüfung bis 31.12.2017 ausgesetzt	Dokumentations- prüfung bis 31.12.2017 ausgesetzt	17	69
▪ bestanden	-	-	17	62
▪ nicht bestanden	-	-	0	5
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	-	-	0	2
▪ ohne Beanstandungen	-	-	0	2
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	-	-	0	0

Dokumentationsprüfungen § 6 – Mängelanalyse	2016		2015	
geprüfte Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
	-	-	1.005	805
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	normale Fälle	Ausnahmefälle	normale Fälle	Ausnahmefälle
	-	-	23	18
▪ unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	-	-	0	0
▪ nicht nachvollziehbar/nicht nachvollzieh- bar begründet	-	-	0	0
▪ unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar/nicht nachvoll- ziehbar begründet	-	-	23	18

Fortbildungsverpflichtung § 5 Abs. 2	2016	2015
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsver- pflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.420	1.339

C.3 Ambulantes Operieren

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

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

des Robert Koch-Institutes in

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung*	4.528	4.494
beschiedene Anträge	406	423
▪ Genehmigungen	400	414
▪ Ablehnungen	6	9
Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 4)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Kolloquien (§ 7 Abs. 5)	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1 Rückgabe	12 Rückgaben

C.4 Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren

Die Ausführung und Abrechnung von Apherese ist genehmigungspflichtig und erst nach Erteilung einer Genehmigung zu den Blutreinigungsverfahren (Dialyse) oder, bei Vorlage von entsprechenden Belegen, für Fachärzte für Transfusionsmedizin möglich. Rechtsgrundlage ist die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 1: Ambulante Durchführung der Apherese als

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigungen	131	129
beschiedene Anträge	10	17
▪ Genehmigungen	10	17
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

LDL-Apherese bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung		
Stand	2016	2015
Erstanträge	0	0
▪ angenommen	0	0
▪ abgelehnt	0	0
Folgeanträge	7	7
▪ angenommen	7	7
▪ abgelehnt	0	0

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

Stand	2016	2015
Erstanträge	0	0
▪ angenommen	0	0
▪ abgelehnt	0	0
Folgeanträge	59	59
▪ angenommen	59	59
▪ abgelehnt	0	1

LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung

Stand	2016	2015
Erstanträge	8	2
▪ angenommen	5	0
▪ abgelehnt	3	2
Folgeanträge	12	12
▪ angenommen	12	12
▪ abgelehnt	0	0

Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis

Stand	2016	2015
Erstanträge	0	0
Folgeanträge	0	0

C.5 Arthroskopie

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

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

Arthroskopie-Vereinbarung

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

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie,

Rechtsgrundlage § 136 SGB V, gültig seit dem 03.03.2010, zuletzt geändert zum 01.01.2016

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigungen	599	597
beschiedene Anträge	42	54
▪ Genehmigungen	42	54
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (§ 8)	0	0
Praxisbegehungen (§ 6 Abs. 3)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2016	2015		
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	380	395		
geprüfte Ärzte	38	46		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	27	41		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	11	5		
Begründungen: falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde sonstige Kommentare	Aufgrund der Übererfüllung im Vorjahr wurden weniger Routineprüfungen durchgeführt	entfällt		
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
keine Beanstandungen	9	2	10	0
geringe Beanstandungen	2	4	5	1
erhebliche Beanstandungen	4	0	10	1
schwerwiegende Beanstandungen	12	5	16*	3*
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung /Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	28	36		
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/ aufgefordert wurden <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	2	1		
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) <i>gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b</i>	18	23		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0	1		
▪ davon bestanden	0	1		
Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	1	0		
der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0	0		
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8</i>	0	0		

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

C.6 Balneophototherapie

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
mit Genehmigungen	100	99
beschiedene Anträge	6	9
▪ Genehmigungen	6	9
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Praxisbegehungen (§ 9 Abs. 5)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Wartungsnachweise § 8	2016	2015
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	88	84
geprüfte Ärzte (§ 8 Abs. 2)	20	20
▪ Nachweise erbracht	18	19
▪ Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	2	1
nochmaliger Aufforderungen (§ 8 Abs. 3)	2	1
▪ Nachweise erbracht	2	1
▪ Nachweise innerhalb 1 Monat nicht erbracht	0	0

C.7 Blutreinigungsverfahren/ Dialyse

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

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

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

**Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage
9.1 BMV, gültig seit dem 01.07.2009, zuletzt geändert zum 01.01.2014**

**Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, gültig seit dem 24.06.2006,
zuletzt geändert zum 04.02.2016**

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigungen	239	240
beschiedene Anträge	27	22
▪ Genehmigungen	27	22
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Praxisbegehungen (§ 7 Abs. 3)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Patienten	2016	2015
Patienten	10.632	10.399

Tätigkeitsbericht der Qualitätssicherungskommissionen § 7 Abs. 3 Satz 1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Berichtszeitraum 1.1. – 31.12.2016

Stand	2016				2015			
Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen gemäß § 2 Abs. 1	I/ 2016	II/ 2016	III/ 2016	IV/ 2016	I/ 2015	II/ 2015	III/ 2015	IV/ 2015
	77	77	77	77	77	78	78	78
Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	4				4			
Zusammensetzung der Kommissionen (ärztlich, nichtärztlich KV-, KK-Vertreter, andere)	4 ärztliche Mitglieder der KV 4 stellvertretende Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK				4 ärztliche Mitglieder der KV 4 stellvertretende Mitglieder der KV 2 Mitglieder des MDK			
Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1	23				14			
▪ ohne Beanstandungen	22				13			
▪ mit Beanstandungen	1				1			
Stand	2016				2015			

G-BA Bericht	Einrichtungen mit Nichtvergütung oder Rückforderung gemäß § 4 Abs. 3 Satz 6.	Es erfolgte keine Nichtvergütung oder Rückforderung	Es erfolgte keine Nichtvergütung oder Rückforderung
--------------	--	---	---

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

Stand	2016	2015
Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	0	0
durchgeführte Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	0
Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0
widerrufene Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0

Bemerkung:

Im Jahr 2015 wurde zusätzlich ein Informationsschreiben an alle Einrichtungen versandt.

C.8 DMP

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

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

Diabetes mellitus Typ 1

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK; IKK; VdeK (und SVLFG)	
Ärzte	31.12.2016	31.12.2015
Genehmigung zur Teilnahme am Programm	241	238
▪ als diabetologisch qualifizierter Arzt	219	218
▪ als diabetologisch qualifizierter Pädiater	32	34
▪ als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	0	0
Patienten	Dezember 2016	Dezember 2015
eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	18.316	17.057

Diabetes mellitus Typ 2

Vertragsdaten		
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK; IKK; VdeK (und SVLFG)	
Ärzte	31.12.2016	31.12.2015
Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.607	6.566
▪ als koordinierender Arzt	6.566	6.526
▪ als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	578	592
Patienten	Dezember 2016	Dezember 2015
eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	482.337	469.712

Brustkrebs

Vertragsdaten

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

Ärzte	31.12.2016	31.12.2015
mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	793	801
▪ als koordinierender Arzt	793	801

Patienten	Dezember 2016	Dezember 2015
eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	7.708	7.818

Koronare Herzerkrankung

Vertragsdaten

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

Ärzte	31.12.2016	31.12.2015
Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.373	6.295
▪ als koordinierender Arzt	6.233	6.164
▪ als kardiologisch qualifizierter Facharzt	315	305
▪ als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	87	85

Patienten	Dezember 2016	Dezember 2015
eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	210.642	199.311

Asthma bronchiale

Vertragsdaten

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

Ärzte	31.12.2016	31.12.2015
Genehmigung zur Teilnahme am Programm	6.440	6.338
▪ als koordinierender Arzt	6.423	6.319
▪ als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	256	250

Patienten	Dezember 2016	Dezember 2015
eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	93.990	87.579

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Vertragsdaten

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

Ärzte	31.12.2016	31.12.2015
mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm	5.910	5.826
▪ als koordinierender Arzt	5.904	5.821
▪ als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	121	120

Patienten	Dezember 2016	Dezember 2015
eingeschriebene Patienten (nach KM 6/2-Statistik – gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte, Mehrfachzuordnung)	76.930	73.233

C.9 Erweitertes Neugeborenen-Screening

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

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

Der Qualitätsbericht der Universität Heidelberg für das Berichtsjahr 2016 lag zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts „Die ambulante Versorgung in Baden-Württemberg 2017“ der KVBW noch nicht vor.

C.10 Geriatrie

Ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen haben mitunter einen besonderen Behandlungsbedarf. Hier setzt die spezialisierte geriatrische Diagnostik an. Durch sie sollen spezialisierte Geriater den individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten ermitteln und einen Behandlungsplan erstellen. Der Vertragsarzt, der den Patienten überwiesen hat, nutzt

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016
Ärzte mit Genehmigung	16
Anzahl Institutsambulanzen mit Genehmigungen	0
Anzahl Ärzte, die ohne persönliche Genehmigung in Institutsambulanzen tätig sind	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	14
▪ Genehmigungen	14
▪ Ablehnungen	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	3
▪ Genehmigungen	2
▪ Ablehnungen	1
beschiedene Anträge gemäß § 11 Abs. 1	0
▪ Genehmigungen	0
▪ Ablehnungen	0
Anzahl beschiedene Anträge auf erneute Genehmigung gemäß § 8 Abs. 5	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C. 11 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.

„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	31.12.2016
Ärzte mit Genehmigung	266
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	231
▪ Genehmigungen	231
▪ Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.12 Herzschrittmacher-Kontrolle

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2006

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung zur Überprüfung des Batteriezustandes und zur Funktionsanalyse (Nr. B 2 der RL)	375	363
beschiedene Anträge	30	25
▪ Genehmigungen	29	25
▪ Ablehnungen	1	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.13 Hautkrebs-Screening

C.13.1 Histopathologie Hautkrebs-Screening

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

Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

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

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2009;

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL, Abschnitt D Nr. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, gültig mit Änderungen zum 01.07.2008, zuletzt geändert zum 19.01.2016

Genehmigungen	31.12.2016			31.12.2015		
Ärzte mit Genehmigung	83			88		
	neu	erneut gemäß § 5 Abs. 5	erneut gemäß § 8 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 5 Abs. 5	erneut gemäß § 8 Abs. 6
beschiedene Anträge	2	0	0	4	0	0
▪ Genehmigungen	2	0	0	4	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 6		0			0	
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5		0			0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	Wegen Nicht- erreichen Mindestzahl < 1.000 Befun- dungen dermatohisto- logischer Präparate	Wegen Mängeln in der Dokumen- tationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5		Wegen Nicht- erreichen Mindestzahl < 1.000 Befun- dungen der- matohisto- logischer Präparate	Wegen Män- geln in der Dokumentati- onsprüfung gemäß § 8 Abs. 5	
	0	0		0	0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		1			0	

Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2		2016		2015	
Ärzte mit vorgelegten Nachweisen von Befundungen dermatohistologischer Präparate (Screening oder kurativ) in der vertragsärztlichen Versorgung		< 1.000	≥ 1.000	< 1.000	≥ 1.000
		3	76**	4	78*
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben 		2***	entfällt	4	entfällt

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

Dokumentationsprüfung § 8 – Mängelanalyse		2016	2015
geprüfte Dokumentationen und zugehöriger histopathologischer Präparate		40	40
<ul style="list-style-type: none"> ▪ vollständig und nachvollziehbar ▪ vollständig aber nicht nachvollziehbar ▪ nicht vollständig aber nachvollziehbar ▪ weder vollständig noch nachvollziehbar 	38 0 2 0	39 0 1 0	

Bemerkungen:

- * Prüfzeitraum Quartale 4/2014 – 3/2015 (Ärzte mit Genehmigung Stand 30.09.2015: 87 Ärzte)
5 Ärzte in KV-ÜBAG, Prüfung durch KVB (Hauptbetriebsstätte in Bayern)
- ** Prüfzeitraum Quartale 4/2015 – 3/2016: (Ärzte mit Genehmigung Stand 30.09.2016: 83 Ärzte)
4 Ärzte in KV-UEBAG, Prüfung durch KVB (Hauptbetriebsstätte in Bayern)
- *** 1 Arzt hat die Genehmigung zurück gegeben (Eintragung im Qualitätsbericht 2017)

C.13.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung	5.650	5.564
beschiedene Anträge	348	324
▪ Genehmigungen	347	318
▪ Ablehnungen	1	6
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung	454	446
beschiedene Anträge	33	37
▪ Genehmigungen	33	37
▪ Ablehnungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1	0

C.14 HIV-Infektionen/ Aids-Erkrankungen

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

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

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

Genehmigungen		31.12.2016			31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigungen		37			37	
	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 4	erneut gemäß § 10 Abs. 5
beschiedene Anträge	3	0	0	0	0	0
▪ Genehmigungen	3	0	0	0	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 4		1			0	
▪ bestanden		0			0	
▪ nicht bestanden		1			0	
Kolloquium gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2		0			0	
Widerrufe von Genehmigungen von Abrechnungsgenehmigungen, insgesamt		0			0	
▪ wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3		0			0	
▪ wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4		0			0	
▪ wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4		0			0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0			0	

Frequenzregelung § 10 Abs. 1 Nr. 1		2016		2015	
Ärzte mit jährlich durchschnittlich ... betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal	< 25	>= 25	< 25	>= 25	
	4	33	6	31	
▪ Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen	0	entfällt	0	entfällt	
▪ Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	1	entfällt	1	entfällt	

Fortbildung § 10 Abs. 1 Nr. 2	2016	2015
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	37	34
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4	0	0

Dokumentationsprüfung § 8 – Prüfprozess	2016	2015
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4
▪ bestanden	4	4
▪ nicht bestanden	0	0
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	1
▪ Begründung ausreichend	0	1
▪ Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0

Dokumentationsprüfung § 8 – Mängelanalyse	2016	2015
geprüfte Dokumentationen insgesamt	40	40
▪ vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	36
▪ vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
▪ nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	4
▪ nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität		
▪ nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)	0	0
▪ mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)	0	0
▪ mangelnde Screening-Veranlassung (Anlage 1, Punkt 9)	0	0

C.15 Homöopathie

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

Diese beinhalten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen sowie deren Vergütung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Heil-

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

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

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	254	257
▪ Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK	130	123
▪ Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK Securvita	247	249
▪ Genehmigungen ausschließlich Homöopathie IKK classic	225	220
beschiedene Anträge	20	20
▪ Genehmigungen	20	20
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	9	2

C.16 Hörgeräteversorgung

C.16.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene

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

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

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

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

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

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

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

Nach Erhalt einer Genehmigung sind weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen organisatorischer Art einzuhalten:

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

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

Bestimmte Angaben zur Hörgeräteverordnung und -abnahme (insbesondere zur Hörgerätetechnik) sind auf einem gesonderten „Ergänzungsblatt zur Verordnung“ zu dokumentieren. Die Übertragung dieser

Daten erfolgt in einem elektronischen Dokumentationsverfahren ab 1. April 2013.

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

Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung sind folgende Auflagen zu erfüllen:

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigungen	464	460
beschiedene Anträge	18	19
▪ Genehmigungen	18	19
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
▪ wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	0	0
▪ wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1	2016	2015
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	464	459
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0
Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2	2016	2015
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	464	459
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0

C.16.2 Hörgeräteversorgung - Kinder

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigungen	20	18
beschiedene Anträge	4	2
▪ Genehmigungen	3	2
▪ Ablehnungen	1	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
▪ wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	0	0
▪ wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Messtechnische Kontrollen § 8 Abs. 1, Nr. 1	2016	2015
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	20	18
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0
Fortbildungsverpflichtung § 8 Abs. 1, Nr. 2	2016	2015
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	20	18
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0

C.17 Holmium-Laser-Eingriffe beim benignen Prostatasyndrom

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

Sie ist ebenfalls am 1. April 2016 in Kraft getreten. Zentrale Punkte der QS-V sind die apparativen und organisatorischen Anforderungen. Zudem werden Anforderungen an die Dokumentation und die vom Arzt zu erstellende zusammenfassende Jahresstatistik festgeschrieben.

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu nichtmedikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Holmium-Laser (Qualitätssicherungsvereinbarung Holmium-Laser bei bPS), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 1.4.2016

Genehmigungen		31.12.2016
Ärzte mit Genehmigung		0
Anzahl abrechnende Ärzte		0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1		0
▪ Genehmigungen		0
▪ Ablehnungen		0
Kolloquien (Antragsverfahren)		0
Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)		0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0
Gerätetechnische Angaben § 9 Abs. 1, Nr. 2 Buchstabe e)		
Genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung unter 50 W		0
Genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung 50 W bis 64 W		0
Genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung 65 W bis 79 W		0
Genehmigte Lasergeräte mit einer Wattleistung 80 W und mehr		0
Dokumentationsprüfung § 6 Abs. 2 (fakultativ)		
Ärzte deren Dokumentation geprüft wurde		0
Anlassbezogene Prüfungen nach § 7 Abs. 4 bzw. Anlage 1 Nr. 10.2		
Ärzte anlässlich Auffälligkeiten in der Jahresstatistik		ab 2017

Bemerkung: Die Erfassung der Jahresstatistik erfolgt elektronisch, die Dokumentationspflicht besteht ab 1.10.2016. Davon unbenommen gelten die Festlegungen in Anlage 1 der Vereinbarung.

C.18 Interventionelle Radiologie

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

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

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

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

Diagnostische Katheterangiographien

Genehmigungen § 3 Abs. 1	31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigungen	6		6	
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 6
▪ Genehmigungen	0	0	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0		0	
	wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen	aus sonstigen Gründen	wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen	aus sonstigen Gründen
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		2	

Frequenzregelung	2016		2015	
Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
	6	0	6	0
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	4	entfällt	6	entfällt

Diagnostische Katheterangiographien und kathetergestützte therapeutische Eingriffe

Genehmigungen § 3 Abs. 2	31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigung	36		38	
	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7
beschiedene Anträge	1	0	3	0
▪ Genehmigungen	1	0	3	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquium (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0		2	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (< 100)	0		0	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei therapeutischen Eingriffen (< 50)	0		2	
▪ wegen Nichterreichen Mindestzahl bei arterieller Gefäßdarstellung (<100) und bei therapeutischen Eingriffen (< 50)	0		0	
▪ aus sonstigen Gründen	0		0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		2	

Frequenzregelung	2016		2015	
Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 100	≥ 100	< 100	≥ 100
	29	7	28	7
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	23	entfällt	25	entfällt
Ärzte mit vorgelegten Dokumentationen zu kathetergestützte therapeutische Eingriffe	< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
	29	7	29	6
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	21	entfällt	26	entfällt

C.19 Intravitreale Medikamenteneingabe

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

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

selbständig unter Anleitung ausgewertet haben. Nachzuweisen ist die Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie) und die erfolgreiche Teilnahme an einem mindestens vierstündigen IVM-Kurs.

Darüber hinaus muss er über einen Operationsraum verfügen und die Anwendung der fachgerechten Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren nachweisen sowie ein OP-Mikroskop vorhalten. Die Indikation und Durchführung der IVM ist zu dokumentieren.

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2014

Genehmigungen	2016	2015
Ärzte mit Genehmigungen	223	197
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	182	167
beschiedene Anträge	44	68
▪ Genehmigungen	44	68
▪ Ablehnungen		0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 2

Ärzte geprüft gemäß § 6 Abs. 2	18	16
▪ Anforderungen erfüllt	11	12
▪ Anforderungen nicht erfüllt	7	4

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 2- Mängelanalyse	2016	2015
geprüfte Dokumentationen	180	160
darunter Dokumentationen		
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	39	16
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	20	2
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	1	1
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	21	3
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	2	4

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 5		
erneute Überprüfung gemäß § 6 Abs. 5	0	0

Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 5 – Mängelanalyse		
geprüfte Dokumentationen	0	0
Dokumentationen		
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	0	0
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	0	0
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	0	0
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	0	0
▪ in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	0	0
▪ Anzahl Kolloquien gemäß § 6 Abs. 5 und Abs. 6	0	0

C.20 Invasive Kardiologie

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

In dieser seit dem 1. Oktober 1999 (aktualisiert am 1. Januar 2013) geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Vereinbarung zur invasiven Kardiologie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.1999, zuletzt geändert zum 01.01.2013

Diagnostische Katheterisierungen

Genehmigungen		31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigung		14		16	
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	
	1	0	1	1	
▪ Genehmigungen	1	0	0	1	
▪ Ablehnungen	0	0	1	0	
Kolloquien (Antragsverfahren)		0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3		0		0	
Widerrufe von Genehmigungen wegen ...	Nicht-erreichende Mindestzahl	aus sonstigen Gründen	Nicht-erreichende Mindestzahl	aus sonstigen Gründen	
	1	0	0	0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		2		3	

Frequenzregelung		2016		2015	
Ärzte mit abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	< 150	≥ 150	< 150	≥ 150	
	14	0	15	0	
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	13	entfällt	14	entfällt	

Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen

Genehmigungen		31.12.2016			31.12.2015			
Ärzte mit Genehmigung		77			75			
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3			neu	erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3		
		5	0	0	8	0	0	
▪ Genehmigungen		5	0	0	8	0	0	
▪ Ablehnungen		0	0	0	0	0	0	
Kolloquien (Antragsverfahren)		0			0			
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3		0			0			
Widerrufe von Genehmigungen	Nichterreichen Mindestzahl				Nichterreichen Mindestzahl			
	gesamt	< 150 ges. + therap.	< 50 therap.	aus sonstigen Gründen	gesamt	< 150 ges. + therap.	< 50 therap.	aus sonstigen Gründen
	1	1	0	0	1	0	1	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		2			1			

Frequenzregelung		2016		2015	
Ärzte mit insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291, 34292)		< 150	≥ 150	< 150	≥ 150
		65	12	62	13
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben		59	entfällt	55	entfällt
Ärzte mit abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)		< 50	≥ 50	< 50	≥ 50
		65	12	56	13
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben		57	entfällt	54	entfällt

C.21 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.

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

Genehmigungen Applikateur	31.12.2016	31.12.2015
aller Ärzte mit Genehmigung zur Applikation	77	76
beschiedene Anträge	6	16
▪ Genehmigung erteilt	6	15
▪ Antrag abgelehnt	0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	0

Genehmigungen Auswerter	2016	2015
aller Ärzte mit Genehmigung zur Auswertung	74	74
beschiedene Anträge	5	16
▪ Genehmigung erteilt	5	15
▪ Antrag abgelehnt	0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2	0

Gerätetechnische Angaben § 10 Abs. 1, Nr. 2	2016	2015
genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4 applizierende Ärzte	6	15
genehmigte Kapselendoskopie-Systeme gemäß § 4 auswertende Ärzte	5	15

Dokumentationsprüfung	2016	2015
abrechnende Ärzte (Applizierer) gesamt	53	76
überprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	0	0
überprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 4 (anlässlich der Prüfung der Jahresstatistik)	0	entfällt 2015

C.22 Koloskopie

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

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

Neu in dieser Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von

Koloskopien regelmäßig zweimal jährlich hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Koloskop-Aufbereitung durchgeführt werden.

Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung geändert. Unter anderem gibt es nunmehr eine Stichprobenprüfung mit Bewertung der Mängel im Einzelnen. Die Prüfung erstreckt sich zum einen auf die geforderte Erreichung der Mindestfrequenz der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien; bei Erfüllung der Mindestzahlen schließt sich daran eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung der kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien/Polypektomien an.

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

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

Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL, Abschnitt D Nr. 2, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, gültig mit Änderungen zum 01.07.2008, zuletzt geändert zum 19.01.2016

Genehmigungen	31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie	14		15	
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie	348		341	
	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)				
▪ Genehmigungen	1	0	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0

	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 5
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)	26	0	34	0
▪ Genehmigungen	26	0	34	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
genehmigte Anträge zur Erweiterung der Genehmigung (ausschließlich kurativ in kurativ und präventiv)	0		0	
Kolloquien (Antragsverfahren)	1		0	
bestanden	1		0	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	0		4	
▪ wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0		0	
▪ ausschließlich wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei < 200 totalen Koloskopien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e 0	wegen Nicht- erreichen Mindestzahl 0	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e 2*	wegen Nicht- erreichen Mindest- zahl 1*
▪ ausschließlich wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei < 10 Polypektomien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c 0	wegen Nicht- erreichen Mindestzahl 0	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c 2	wegen Nicht- erreichen Mindest- zahl 0
▪ sowohl wegen Mängeln/Nichterreichen Min- destzahl bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln/Nichterreichen Mindestzahl bei Polypektomien	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e § 6 Abs. 4b-c 0	wegen Nicht- erreichen Mindestzahl 0	wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e § 6 Abs. 4b-c 0	wegen Nicht- erreichen Mindest- zahl 1
Rückgabe/Beendigungen von Abrechnungsgenehmigung	7		5	

Bemerkung:

*Ein Widerruf sowohl wegen Mängeln als auch wegen Nichterreichen Mindestzahl.

Totale Koloskopien

Frequenzregelung	2016		2015	
	< 200	≥ 200	< 200	≥ 200
Ärzte mit abgerechneten totalen Koloskopien	24	264	9	46
<ul style="list-style-type: none"> Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben 	24	entfällt	8	entfällt

Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	288	54
<ul style="list-style-type: none"> bestanden nicht bestanden 	281** 3	52 2
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Prüfrhythmus geändert ab 2015 aufgrund Änderung der QS-Vereinbarung	Genehmigungen wurden im laufenden Prüfljahr erteilt
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	3***	2
<ul style="list-style-type: none"> bestanden nicht bestanden 	0 0	2 0
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	0	4
<ul style="list-style-type: none"> bestanden nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl 	0 0 0	2 2* 1*

Bemerkung:

* Eine Überprüfung ergab Nichtbestehen wegen Mängeln und wegen Nichterreichen Mindestzahl.

** 2 ausgesetzt, 2 nach Anforderung Statusende

*** 2 im Widerspruch, 1 noch kein Ergebnis

Polypektomien

Frequenzregelung	2016		2015	
	< 10	≥ 10	< 10	≥ 10
Ärzte mit abgerechneten Polypektomien	19	269	5	50
<ul style="list-style-type: none"> Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben 	19	entfällt	5	entfällt

Dokumentationsprüfungen

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	286	54
▪ bestanden	271*	47
▪ nicht bestanden	11	7
Begründung, falls nicht alle abrechnenden Ärzte einer Stichprobenprüfung unterzogen wurden	Prüfrhythmus geändert ab 2015 aufgrund Änderung der QS-Vereinbarung	Prüfrhythmus geändert ab 2015 aufgrund Änderung der QS-Vereinbarung
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	2	9
▪ bestanden	2	6
▪ nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0	3
▪ nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	0

Bemerkung:

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

* 2 ausgesetzt, 2 nach Anforderung Statusende

Prüfungen zur Hygienequalität

Stand	2016	2015
überprüfte Praxen (nicht Koloskope!)	210	288
halbjährliche Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	326**	570
▪ bestanden	323	549
▪ nicht bestanden	3	21
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	8***	15*
▪ bestanden	7	12
▪ nicht bestanden	1	3
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8b Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	1	3
▪ bestanden	1	3
▪ nicht bestanden	0	0

Bemerkung:

* 6 Wiederholungsprüfungen wurden in 2016 durchgeführt

** Aufgrund Kündigung der bisherigen Hygienelabore in Stuttgart und Reutlingen und verzögertem Finden neuer Hygienelabore nur eine Prüfung in 2016

*** 5 aus 2015

C.23 Künstliche Befruchtung

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

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

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

Richtlinien über künstliche Befruchtung, Rechtsgrundlage: § 27a Abs. 4 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und i. V. m. § 135 Abs. 1 SGBV, gültig ab dem 14.08.1990, Neufassung 18.12. 2012

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung zur Insemination nach Stimulation	74	80
Ärzte mit Genehmigung für IVF/ET, GIFT und ICSI	33	34

C.24 Laboratoriumsuntersuchungen

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

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	1.433	1.464
beschiedene Anträge	73	80
▪ Genehmigungen	67	72
▪ Ablehnungen	6	8
Kolloquien (Antragsverfahren)	45	49*
▪ bestanden	44	44
▪ nicht bestanden	1	3
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Bemerkung:

* Während Kolloquium Antrag komplett zurückgezogen (2x)

C.25 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 Rhythmus-

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung,	1.237	1.247
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung	1.928	1.883
beschiedene Anträge	173	170
▪ Genehmigungen	169	169
▪ Ablehnungen	4	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1

C.26 Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

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

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

Kernspintomographie-Vereinbarung, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.1993 zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2015

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.04.2001, zuletzt geändert zum 01.01.2016

Allgemeine Kernspintomographie

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	436	429
beschiedene Anträge	62	62
▪ Genehmigungen	61	62
▪ Ablehnungen	1	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	6
▪ bestanden	1	6
▪ nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Kernspintomographie der Mamma

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	69	68
beschiedene Anträge	6	9
▪ Genehmigungen	6	9
▪ Ablehnungen		0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	7
▪ bestanden	0	7
▪ nicht bestanden	0	0
▪ Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5	0

Frequenzregelung	31.12.2016	31.12.2015
jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	67	64
▪ mindestens 50 Untersuchungen	39	54
▪ weniger als 50 Untersuchungen	28	10

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2016		2015	
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	432		415	
geprüfte Ärzte	40		44	
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	35		37	
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	5		7	
Begründungen: falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	entfällt		entfällt	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde ▪ sonstige Kommentare 				
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Beanstandungen ▪ geringe Beanstandungen ▪ erhebliche Beanstandungen ▪ schwerwiegende Beanstandungen 	18	0	27	5
	15	4	7	2
	0	1	2	0
	2	0	1	0
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	35		30	
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	0		0	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) <i>gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b</i>	1		1 (noch nicht abgeschlossen)	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	1		2 (noch nicht abgeschlossen)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ davon bestanden ▪ davon nicht bestanden 	1	0 (noch nicht abgeschlossen)		
	0	0 (noch nicht abgeschlossen)		
Genehmigungswiderrufe <i>gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1</i>	1		0	
mit Auflagen versehenen Genehmigungen <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.</i>	0		3	
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8</i>	0		0	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ davon ohne Mängel ▪ davon mit Mängeln 	0	0		
	0	0		

C.27 Magnetresonanz-Angiographie

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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie, Rechtsgrundlage: § 136 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.04.2001, zuletzt geändert zum 01.01.2016

Genehmigungen	31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigung	376		366	
	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 10	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 10
beschiedene Anträge	71	0	53	0
▪ Genehmigungen	71	0	53	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0		0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	

Dokumentationsprüfungen § 7	2016	2015
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	336	329
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 7	74	74
▪ ohne Beanstandungen	61	72
▪ davon mit Beanstandungen	13	2
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	2	2
▪ ohne Beanstandungen	2	0 (noch nicht abgeschlossen)
▪ mit Beanstandungen	0	0 (noch nicht abgeschlossen)
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	0

Dokumentationsprüfung § 7 – Mängelanalyse*	2016		2015		
geprüfte Dokumentationen	ohne Venen 946		Venen 35	ohne Venen 888	Venen 7
	** Anlage 2 Nr. 1 (Hirngefäße)	Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7	Anlage 2 Nr. 5 (Venen)	Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7	Anlage 2 Nr. 5 (Venen)
▪ Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist	430	516	35	866*	7
▪ Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist	430	516	35	871	7
▪ Dokumentationen in denen die Anforderung nach § 7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist	430	516	35	871	7
▪ insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	430	433	35	**	**
▪ insgesamt nachvollziehbarer/eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	0	15	0	871	7
▪ insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen § 7 Abs. 7	0	68	0	17	0

Bemerkung:

* Die Zahlen für die Dokumentationen § 7 können abweichend gegenüber der Gesamtsumme sein, da sich die Anforderungen nach § 7 Abs. 6 Nr. 1 (individuelle medizinische Fragestellung) einzeln ergeben, d.h. die Angaben sind eingeschränkt nachvollziehbar, die erforderliche Angabe wurde aber nicht erfüllt.

** Abfrage entfällt 2015

C.28 Mammographie (kurativ)

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

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

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

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

**Mammographie-Vereinbarung,
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.1993; (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2016**

Genehmigungen	31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigung	316		318	
	neu	erneut	neu	erneut
beschiedene Anträge	36	0	32	0
▪ Genehmigungen	36	0	31	0
▪ Ablehnungen	0	0	1	0
Kolloquien im Rahmen der Genehmigungs-erteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 7	0		0	

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt C

Genehmigungen	2016		2015	
	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen	Erstprüfung	Wiederholungsprüfungen
Prüfungen	23	2	25	4
▪ bestanden	18	1	21	2
▪ nicht bestanden	5	1	4	2
Ärzte, die auf Entscheidung der KV nach der zweiten erfolglosen Wiederholung erneut an der Prüfung teilnehmen können	0		0	

Fallsammlungsprüfung gemäß Abschnitt D

Genehmigungen	2016		2015	
	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung	reguläre Selbstüberprüfung	Wiederholungsprüfung
Ärzte, die an der Selbstüberprüfung teilgenommen haben*	80	2	117	4
▪ erfolgreiche Teilnahme	77	1	114	4
▪ nicht erfolgreiche Teilnahme	3	1	3	0
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e		0		0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b		0		0
Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c		0		0

Dokumentationsprüfung gemäß Abschnitt E

Genehmigungen	2016			2015		
	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	Wiederholungsprüfung nach § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	reguläre Prüfungen	Wiederholungsprüfung gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	Wiederholungsprüfung nach § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten
Ärzte bei denen eine Überprüfung der Dokumentation durchgeführt wurde	113	4	4	127	5	5
▪ erfüllt	106	2	2	120	5	4
▪ nicht erfüllt	entfällt	2	2	entfällt	0	1
▪ nicht erfüllt da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder mindestens 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	0	entfällt	entfällt	2	entfällt	entfällt
▪ nicht erfüllt da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend - schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	7	entfällt	entfällt	5	entfällt	entfällt
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7		4			1	

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

Genehmigungen	2016	2015
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind gemäß § 11 Abs. 1	0	0
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind gemäß § 14 Abs. 5	0	0
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach § 3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.29 Mammographie-Screening

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

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

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

renzzentrum 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 2016 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 645.759 Frauen eingeladen, davon haben 333.248 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von rund 51,30 Prozent).

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

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV, gültig seit dem 01.01.2004, zuletzt geändert zum 03.12.2016

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie), Abschnitt B Nr. III, Rechtsgrundlage: § 25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, gültig seit dem 01.01.2004, zuletzt geändert zum 01.01.2017

Mammographie-Vereinbarung, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum 01.01.2016

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Screening-Einheiten	10	10
Programmverantwortliche Ärzte	18	18
▪ mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	7	7
kooperierende Ärzte	196	187
▪ Befunder von Mammographieaufnahmen	72	69
▪ histopathologische Beurteilung	22	23
▪ Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	21	28
▪ mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	21	28

C.30 Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016
Ärzte mit Genehmigung	988
Anzahl abrechnende Ärzte	281
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	94
▪ Genehmigungen	94
▪ Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
Praxisbegehungen (§ 5 Abs. 4)	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.31 Molekulargenetik

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

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

- ob die Stufendiagnostik eingehalten wird

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

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

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

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.2012, zuletzt geändert zum 01.07.2015

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	78	113
beschiedene Anträge	1	6
▪ Genehmigungen	1	6
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	35	0

C.32 Neuropsychologische Therapie

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

Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie dient der Feststellung und Behandlung von hirnrorganisch 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 hirnrorganischen Erkrankung voraus. Deswegen wurde für die neuropsychologische Therapie ein zweistufiges diagnostisches Vorgehen festgelegt:

Stufe 1: Somatische Abklärung

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

Diese Leistung kann durch Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erbracht werden.

Stufe 2: Neuropsychologische Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungsplan

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

Zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistung sind berechtigt:

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

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

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

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

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	25	24
beschiedene Anträge	4	5
▪ Genehmigungen	4	2
▪ Ablehnungen	0	3
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2016	2015		
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	21	18		
geprüfte Ärzte	2	2		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	2	2		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	2	0		
Begründungen:				
▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	entfällt	entfällt		
▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde				
▪ sonstige Kommentare				
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
▪ keine Beanstandungen	2	0	2	0
▪ geringe Beanstandungen	0	0	0	0
▪ erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0
▪ schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		0	
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0		0	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0		0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0		0	
Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	0		0	
der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0		0	
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8	0		0	

C.33 Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA)

Zum 1. Januar 2015 wurde der nichtärztliche Praxisassistent (NÄPA) als Genehmigungspflichtige Leistung für den hausärztlichen Versorgungsbereich eingeführt.

Dieser unterstützt den Arzt bei der ärztlichen Versorgung der Patienten in Form ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen.

Der nichtärztliche Praxisassistent muss Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nachweisen (NÄPA-Zertifikat), die ihn befähigen, Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Abwesenheit des anordnenden Arztes zu erbringen.

Zusätzlich muss die Praxis (BSNR) folgende Bedingungen erfüllen:

- In den letzten 4 Quartalen für den 1. Arzt mit vollem Versorgungsauftrag 860 Behandlungsfälle, sonst anteilig
- In den letzten 4 Quartalen für jeden weiteren Arzt mit vollem Versorgungsauftrag 640 Behandlungsfälle, sonst anteilig oder

- In den letzten 4 Quartalen für den 1. Arzt mit vollem Versorgungsauftrag 160 Behandlungsfälle über 75jährige, sonst anteilig
- In den letzten 4 Quartalen für jeden weiteren Arzt mit vollem Versorgungsauftrag 120 Behandlungsfälle über 75jährige,sonst anteilig

Neu zugelassene Ärzte, werden in den auf die Zulassung folgenden 6 Quartalen mit einem Tätigkeitsumfang von Null berücksichtigt.

Die erneute Prüfung der Voraussetzungskriterien (Fallzahlen) erfolgt erstmals 2 Jahre nach Genehmigung (2017), danach jährlich.

Um die Qualifikation des nichtärztlichen Praxisassistenten aufrecht zu erhalten muss die Fortbildung im Notfallmanagement alle drei Jahre wiederholt werden. Der Kurs soll insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen eingehen.

Wird das Beschäftigungsverhältnis mit dem nichtärztlichen Praxisassistenten eingegangen oder aufgelöst, muss dies der Vertragsarzt der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich mitteilen (siehe Paragraph 8 Abs. 5 der Anlage 8 zum BMV-Ä). Dies gilt auch, wenn weitere NÄPA's in der Praxis beschäftigt sind.

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	1.639	1.344
beschiedene Anträge	253	793
▪ Genehmigungen	233	749
▪ Ablehnungen	20	44
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	80	78

Fortbildungsverpflichtung	2016	2015
Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise erbracht haben	-	-
aktiver nichtärztlicher Praxisassistenten in Ausbildung (Befristete Genehmigung laut Übergangsregel bis 31.12.2016)	22	128

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten	
Ärzte/Psychotherapeuten, welche die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	erste Prüfung 2017, danach jährlich

C.34 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 jähr-

lich in einem festgelegten Umfang im onkologischen Bereich weiterbilden.

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

Onkologie-Vereinbarung,

Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV, gültig seit dem 01.10.2009, zuletzt geändert zum 01.01.2017

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	532	532
▪ Ärzte in Neu-/Jungpraxen	Keine Angabe möglich	Keine Angabe möglich
▪ Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	Keine Angabe möglich	0
beschiedene Anträge	32	34
▪ Genehmigungen	31	33
▪ Ablehnungen	1	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	9	8
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5	1

Dokumentationsprüfung § 10	2016	2015
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	47	41
▪ ohne Beanstandungen	28	21
▪ mit Beanstandungen	19	20

Fortbildungsverpflichtung § 7 1.-3.	2016	2015
Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1.-3. erbracht haben	519	495

Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten	2016	2015
5 Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie, die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal gemäß § 3 Abs. 4 erbracht haben	*	*
Ärzte andere Fachgruppen , die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten/Quartal gemäß § 3 Abs. 4 erbracht haben	*	*
Neu- und Jungpraxen bzw. Ärzte , die kürzer als zwei Jahre zugelassen sind und an der Vereinbarung teilnehmen, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten noch nicht erbringen können – gemäß § 3 Abs. 6	*	*
Ärzte , die gemäß § 3 Abs. 7 aus Sicherstellungsgründen zur Teilnahme an der Vereinbarung zugelassen sind, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten nicht erbringen können	0	0

Bemerkung:

* Aufgrund regionaler Vereinbarung wurden die Fallzahlen zum Teil reduziert. Die Differenzierung nach Jungpraxen waren 2016 und 2015 wegen regionaler Absprachen nicht nötig. Daher können zu diesen Punkten keine Angaben gemacht werden.

C.35 Otoakustische Emissionen

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	442	432
beschiedene Anträge	28	46
▪ Genehmigungen	28	46
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1 (Ablehnung)	0

C.36 PET und PET/CT

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

In der zum 1. Juli 2016 in Kraft getretenen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Po-

sitronenemissionstomographie 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. Es erfolgt eine Überprüfung der Dokumentationen von 12 abgerechneten PET- bzw. PET_CT-Untersuchungen innerhalb eines Zeitraumes von jeweils 3 Jahren, erstmal im Jahr 2018.

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

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

Genehmigungen § 3 Abs. 1		31.12.2016	
Ärzte mit Genehmigungen		11	
Anzahl abrechnender Ärzte		7	
	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 4	
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	9	0	
▪ Genehmigungen	8	0	
▪ Ablehnungen	1	0	
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	9	0	
▪ Genehmigungen	8	0	
▪ Ablehnungen	1	0	
Kolloquium (Antragsverfahren)		0	
beschiedene Anträge gemäß § 12 Abs. 1		2	
▪ Genehmigungen		2	
▪ Ablehnungen		0	
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4		0	
Anzahl der Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0	

Dokumentationsprüfung gemäß § 8

geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1	ab 2018
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	ab 2019

Fortbildungsverpflichtung § 7

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

C.37 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

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

die Durchführung der PDT. Die Dokumentationsprüfung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gemäß Paragraph 6 der Vereinbarung jährlich beziehungsweise bei wiederholter Erfüllung der Anforderungen alle zwei Jahre stichprobenartig durchgeführt wurde ist. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages werden die Dokumentationsprüfungen erneut bis zum 31. Dezember 2016 ausgesetzt. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.08.2001, zuletzt geändert 01.07.2014 (Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 6 bis zum 31.12.2016)

Genehmigungen	31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit Genehmigung	34		34	
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 6 Abs. 6
	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0		0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5 S. 3	0		0	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0	

C.38 Phototherapeutische Keratektomie

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

Dokumentation. Die Dokumentationen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg alle zwei Jahre stichprobenartig überprüft. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages werden die Dokumentationsprüfungen bis zum 31. Dezember 2016 ausgesetzt. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

**Qualitätssicherungsvereinbarung Phototherapeutische Keratektomie
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.10.2007; zuletzt
geändert zum 01.07.2014 (Aussetzung der Dokumentationsprüfungen nach § 7
bis zum 31.12.2016)**

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	15	15
beschiedene Anträge	0	0
▪ Genehmigungen	0	0
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.39 Psychotherapie

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

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

gung teilnehmenden Psychotherapeuten sind in den Richtlinien und Vereinbarungen geregelt.

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

Richtlinienverfahren

- analytische Psychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Psychosomatische Grundversorgung

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

Psychotherapie-Vereinbarung,

Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, gültig seit 01.01.1999, zuletzt geändert zum 01.01.2015

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie),

Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, gültig seit dem 18.04.2009 (zuvor Richtlinie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen seit dem 01.01.1999), zuletzt geändert zum 16.02.2017.

Verwaltungsaufwand	2016	2015
beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	1.545	1.840
▪ Genehmigungen	1.538	1.816
▪ Ablehnungen	7	24

Richtlinienverfahren

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2016
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	4.586	4.474
▪ davon Ärzte	1.701	1.681

im Einzelnen	nur für Erwachsene		auch für Kinder und Jugendliche		nur für Kinder und Jugendliche	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.957	1.932	266	274	483	481
▪ davon Ärzte	1.384	1.227	142	149	90	86
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	1.407	1.329	396	385	284	263
▪ davon Ärzte	304	278	24	24	60	59
▪ Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	622	621	132	134	317	318
▪ davon Ärzte	295	296	59	60	3	3

Befreiung von der Gutachterpflicht	2016	2015
Therapeuten mit Befreiung von der Gutachterpflicht	3.416	3.296
▪ davon Ärzte	981	976

Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	11.113	10.987
Therapeuten mit EMDR	141	113
▪ davon Ärzte	51	45
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	1.964	1.966
▪ davon Ärzte	1.262	1.286
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	1.871	1.842
▪ davon Ärzte	937	945
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	1.160	1.124
▪ davon Ärzte	532	525

C.40 Schlafbezogene Atmungsstörungen

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie	479	461
▪ Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	427	413
▪ Genehmigungen zur Polygraphie und Polysomnographie	41	38
▪ Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	11	10
beschiedene Anträge	38	44
▪ Genehmigungen	37	44
▪ Ablehnungen	1	0
Kolloquien (Antragsverfahren Polysomnographie)	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.41 Schmerztherapie

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016		31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	171		162
	neu	erneut	
beschiedene Anträge	13	2	14
▪ Genehmigungen	13	2	14
▪ Ablehnungen	0		0
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0		0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 3	0		0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 9 Abs.2	0		0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0		0

Versorgung

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

Dokumentationsprüfung gemäß § 7 Abs. 2

geprüfte Ärzte*	8	8
▪ Anforderungen erfüllt	7	6
▪ Anforderungen nicht erfüllt**	1	2
geprüfte Dokumentationen ***	80	80
▪ ohne Beanstandungen****	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich
▪ mit Beanstandungen****	Keine Angaben möglich	Keine Angaben möglich

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

geprüfte Ärzte*	ab 2017/2018
-----------------	--------------

Nachweispflicht § 5 Abs. 5

	2016	2015
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 3 vorgelegt haben	171	162

Bemerkung:

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

C.42 Sozialpsychiatrie

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

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

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung,

Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV, gültig seit dem 01.07.2009, zuletzt geändert 01.10.2012,

Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, gültig seit dem 01.07.2013

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	77	77
beschiedene Anträge	5	6
▪ Genehmigungen	5	5
▪ Ablehnungen	0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigung	0	0

C.43 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, 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.

Soziotherapie-Richtlinie,

Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, gültig seit dem 1.1.2002, Neufassung seit 15.4.2015, zuletzt geändert zum 20.05.2016

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung	449	454
beschiedene Anträge	24	17
▪ Genehmigungen	24	17
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.44 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	164	158
beschiedene Anträge	16	15
▪ Genehmigungen	16	15
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsstellung)	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	2

C.45 Strahlendiagnostik /-therapie

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

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

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

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

Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum 01.01.2015.

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik - konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 136 SGB V, gültig seit dem 01.10.1992, zuletzt geändert zum 01.01.2016

C.45.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

Genehmigungen § 4 und § 5	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	2.711	2.701
beschiedene Anträge	310	306
▪ Genehmigungen	308	302
▪ Ablehnungen	2	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	17	30
▪ bestanden	15	28
▪ nicht bestanden	2	2
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	3
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	9	3

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2016	2015		
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	2.504	2.425		
geprüfte Ärzte	151	149		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	148	143		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	3	6		
Begründungen:				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag ▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde ▪ sonstige Kommentare 	entfällt	entfällt		
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Beanstandungen ▪ geringe Beanstandungen ▪ erhebliche Beanstandungen ▪ schwerwiegende Beanstandungen 	120	1	116	6
	24	1	21	0
	4	1	5	0
	0	0	1	0
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/ Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	30		27	
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	0		0	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) <i>gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b</i>	0		0	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	0		1	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ davon bestanden 	0		1	
Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	0		0	
der mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	0		0	
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8</i>	0		0	

C.45.2 Computertomographie

Genehmigungen § 4 und § 8	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	561	550
beschiedene Anträge	102	76
▪ Genehmigungen	101	76
▪ Ablehnungen	1	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	1

Stichprobenprüfungen § 136 Abs. 2 SGB V	2016	2015		
abrechnende Ärzte (III. Quartal)	504	500		
geprüfte Ärzte	0	25		
Routineprüfungen gemäß § 4 Abs. 2	0	25		
Kriterienbezogene Prüfung gemäß § 4 Abs. 3	0	0		
Begründungen:				
▪ falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 (Routineprüfungen) unterzogenen Ärzte unter 4 % der abrechnenden Ärzte lag	Prüfung ausgesetzt bis 31.12.2017	entfällt		
▪ falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde				
▪ sonstige Kommentare				
Prüfergebnisse geprüfter Ärzte gemäß § 6, unterschieden nach:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 2:	Prüfungen gemäß § 4 Abs. 3:
▪ keine Beanstandungen	-	-	24	0
▪ geringe Beanstandungen	-	-	1	0
▪ erhebliche Beanstandungen	-	-	0	0
▪ schwerwiegende Beanstandungen	-	-	0	0
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/ Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	-			1
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/ aufgefordert wurden <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a</i>	-			0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) <i>gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3b und Nr. 4b</i>	-			0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c und Nr. 4c	-			0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 4 und Nr. 4c 2. Hs. und Nr. 4e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1	-			0
mit Auflagen versehenen Genehmigungen gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3c Satz 6 und Nr. 4c 2. Hs.	-			0
Ärzte, bei denen eine Praxisbegehung stattgefunden hat <i>gemäß § 6 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3d und Nr. 4d, § 7 Abs. 9 sowie § 8</i>	-			0

Bemerkung:

* Computertomographie-Stichprobenprüfung 2016 ausgesetzt.

C.45.3 Osteodensitometrie

Genehmigungen § 4 und § 8	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	178	180
beschiedene Anträge	18	15
▪ Genehmigungen	17	14
▪ Ablehnungen	1	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	1
▪ bestanden	1	1
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	5	5

C.45.4 Strahlentherapie

Genehmigungen § 4 und § 8	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	174	172
beschiedene Anträge	36	36
▪ Genehmigungen	36	36
▪ Ablehnungen	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0
▪ bestanden	1	0
▪ nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	0

C.45.5 Nuklearmedizin

Genehmigungen § 4 und § 8	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	207	212
beschiedene Anträge	9	16
▪ Genehmigungen	9	15
▪ Ablehnungen	0	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0
▪ bestanden	1	0
▪ nicht bestanden	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen*	1	1

Bemerkung:

* Zulassungsbeendigungen können nicht immer exakt ermittelt werden.

C.46 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

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

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

lungsfälle im Quartal. Ferner werden alle Substitutionsbehandlungen nach jeweils fünf Jahren Substitution überprüft.

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

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2: Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.10.1991, zuletzt geändert zum 09.04.2013

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte mit Genehmigung	302	315
beschiedene Anträge	21	6
▪ Genehmigungen	21	6
▪ Ablehnungen	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	0	1
▪ ohne Beanstandungen	0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgaben von Abrechnungsgenehmigungen	14	16
Ärzte im Konsiliarverfahren	149	135
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchführen	2	2
▪ Einrichtungen nach § 12	1	1

Dokumentationsprüfungen § 9 Abs. 3	2016	2015
abrechnende Ärzte	227	243
geprüfte Ärzte	0	0
geprüfte Fälle	836	823
▪ keine Beanstandungen	662	697
▪ geringe Beanstandungen	106	89
▪ erhebliche Beanstandungen	60	33
▪ schwerwiegende Beanstandungen	8	4

5-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 9 Abs. 5	2016	2015
geprüfte Fälle	301	433
▪ ohne Beanstandungen	249	303
▪ mit Beanstandungen	52	130

2-Jahres-Überprüfungen-Patienten § 3 Abs. 6	2016	2015
geprüfte Fälle	17	0
▪ ohne Änderung der Behandlung	17	0
▪ mit Änderung der Behandlung	0	0

Patienten	2016	2015
Patienten	9.584	9.590
▪ Patienten mit Diamorphinsubstitution	113	89

An-/Abmeldungen	2016	2015
Patientenanmeldungen und -abmeldungen	6.760	6.775

C.47 Ultraschalldiagnostik

Am 1. April 2009 trat eine neue bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft (Rechtsgrundlage: Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zuletzt geändert 1. Oktober 2016).

Diese Vereinbarung besteht aus drei Teilen:

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

Strukturqualität

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

Abnahme- und Konstanzprüfung

Alle erfassten Ultraschallgeräte werden einer Abnahmeprüfung unterzogen werden. Nach erfolgreich

durchgeführter Abnahmeprüfung folgt dann vier Jahre später jeweils die Konstanzprüfung.

Stichprobenprüfung

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

Säuglingshüfte

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

Ultraschall-Vereinbarung,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, gültig seit dem 01.04.1993; zuletzt geändert zum 01.10.2016

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

a) Genehmigungserteilung

Genehmigungen	31.12.2016		31.12.2015	
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung	11.529		11.155	
	01.01.2016	31.01.2016	01.01.2015	31.01.2015
	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7	neu § 14	erneut § 11 Abs. 7
beschiedene Anträge (Ärzte)*	1.480	0	1.312	0
▪ Genehmigungen	1.169	0	1.018	0
▪ Ablehnungen	311	0	294	0
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	neu 4.496	erneut 0	neu 4.004	erneut 0
▪ Genehmigungen	3.555	0	3.047	0
▪ Ablehnungen	941	0	957	0
	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7	§ 14 Abs. 6	§ 11 Abs. 7
Kolloquien gemäß	214	3	245	0
▪ bestanden	193	3	218	0
▪ nicht bestanden	21	0	27	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	Keine Angaben möglich		Keine Angaben möglich	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	4		4	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	22		15	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	Keine Angaben möglich		13	
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Genehmigungsbereiche)	Keine Angaben möglich		27	

b) Genehmigungsstand

Bemerkung:

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

Anwendungsbereiche

Ärzte mit Genehmigung		31.12.2016	31.12.2015
AB 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	416	403
AB 2.1	Gesamte Diagnostik des Auges	221	200
AB 2.2	Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	260	248
AB 3.1	Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	460	449
AB 3.2	Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.468	1.398
AB 3.3	Schilddrüse, B-Modus	4.539	4.305
AB 4.1	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	670	650
AB 4.2	Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	221	158
AB 4.3	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	60	59
AB 4.4	Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	3
AB 4.5	Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	322	297
AB 4.6	Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	4	4
AB 5.1	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.883	1.807
AB 5.2	Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	16	15
AB 6.1	Brustdrüse, B-Modus	1.293	1.231
AB 7.1	Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	6.756	6.501
AB 7.2	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	237	226
AB 7.3	Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus transkavitär (Magen-Darm)	127	129
AB 7.4	Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, B-Modus, transkutan	1.223	1.234
AB 8.1	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	3.752	3.543
AB 8.2	Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	492	468
AB 8.3	Weibliche Genitalorgane, B-Modus,	1.592	1.558
AB 9.1	geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.475	1.450
AB 9.1a	Systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.241	1.215

Ärzte mit Genehmigung		31.12.2016	31.12.2015
AB 9.2	weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	761	755
AB 10.1	Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.117	1.077
AB 10.2	Säuglingshüfte, B-Modus	1.106	1.081
AB 11.1	Venen der Extremitäten, B-Modus	1.313	1.255
AB 12.1	Haut, B-Modus	16	11
AB 12.2	Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	97	84
AB 20.1	CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.296	1.263
AB 20.2	CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	1.277	1.236
AB 20.3	CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	134	95
AB 20.4	CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	283	281
AB 20.5	PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	404	395
AB 20.6	Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	918	878
AB 20.7	Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	230	218
AB 20.8	Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	794	770
AB 20.9	Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	132	101
AB 20.10	Duplex-Verfahren – abdominale und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	932	873
AB 20.11	Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	295	269
AB 21.1	Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	631	613
AB 21.2	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	214	158
AB 21.3	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	62	60
AB 21.4	Doppler-Echokardiographie, (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	2
AB 22.1	Duplex-Verfahren – fetales kardiovaskuläres System	127	119
AB 22.2	Duplex-Verfahren – feto-maternales Gefäßsystem	535	510

c) Geräteprüfungen/apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung § 9

insgesamt gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2c	01.01.2016	31.12.2016	01.01.2015	31.12.2015
	14.340	15.702	13800	14448

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

geprüfte US-Systeme (§ 2 (c))	107	**
-------------------------------	-----	----

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

geprüfte US-Systeme (§ 2 (c))	2.869	3.500*
-------------------------------	-------	--------

Bemerkung:

* Es wurde die Anzahl der Schallköpfe und nicht die Anzahl der Konsolen inklusive Schallköpfe angegeben.

** Wartungsprotokolle wurden erst ab den 01.10.2016 geführt.

d) Dokumentationsprüfungen

Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11

Prüfungen:	2016		2015	
	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5	§ 11 Abs. 2	§ 11 Abs. 5
geprüfte Ärzte	336	46	334	72
▪ Anforderungen erfüllt	263	36	278	63
▪ Anforderungen nicht erfüllt	73	10	56	9

Ergebnisse der Prüfungen (ärztliche Dokumentation mit zugehöriger Bilddokumentation)

	2016		2015	
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehöriger Bilddokumentationen (Bemerkung: gemeint ist die Anzahl der geprüften Fälle, nicht die Anzahl geprüfter Ärzte)	1.677	230	1.670	360
▪ ohne Beanstandungen	1.216	177	1.263	261
▪ mit Beanstandungen	461	53	407	99

Bei Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation:

▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	95	21	36	4
▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	8	0	5	1
▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6.: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	248	7	131	51
▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-Diagnose)	210	14	72	26
▪ wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	139	30	91	25

Bei Beanstandungen der Bilddokumentation:

▪ wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	42	24	108	14
▪ wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	192	30	283	55
▪ wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	169	8	61	40

Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6

▪ bestanden	4	4
▪ nicht bestanden	1	1

Widerrufe

▪ Widerruf der Abrechnungsgenehmigung	Ärzte	Anwendungsbereiche	Ärzte	Anwendungsbereiche
	1	1	5	2

e) Säuglingshüfte

Genehmigungen 31.12.2016 31.12.2015

mit Genehmigung	1.105		1.081	
beschiedene Anträge	neu	erneut gem. § 11 Abs. 4	neu	erneut gem. § 11 Abs. 4
	110	0	85	0
▪ Genehmigungen	107	0	79	0
▪ Ablehnungen	3	0	6	0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	-	0	-	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4		0		0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0		0
abrechnende Ärzte III. Quartal		811		800

Dokumentationsprüfungen**31.12.2016****31.12.2015**

	Initial- prüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre	Initial- prüfung	Prüfung innerhalb 2 Jahre	Prüfung innerhalb 5 Jahre
geprüfte Ärzte	47	22	112	53	10	155
▪ Anforderungen erfüllt	31	18	93	39	7	132
▪ mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	12	4	15	6	2	15
▪ mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	4	0	4	8	1	8
	nach Initialprü- fung	nach 2- Jahres- Prüfung	nach 5- Jahres- Prüfung	nach Initial- prüfung	nach 2- Jahres- Prüfung	nach 5- Jahres- Prüfung
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a i.V.m. § 11 Abs. 2	10	4	41	4	0	34
▪ Anforderungen erfüllt	7	2	16	4	0	17
▪ mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	3	1	15	0	0	12
▪ Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	2	0	0	0	8
▪ Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0	0	0	0	0
▪ mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	1	10	0	0	5
▪ Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	8	6	30	1	0	21
▪ Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0	0	0	1
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2		1			0	

**Dokumentationsprüfung –
Mängelanalyse****31.12.2016****31.12.2015**

insgesamt geprüfte Dokumentationen	2.794	3.029
▪ regelgerecht (Stufe I)	2.361	2.573
▪ eingeschränkt (Stufe II)	411	428
▪ unzureichend (Stufe III)	22	28
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	9	0
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2:	22	28
▪ Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	19	27
▪ Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0	0
▪ Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	3	1

C.48 Vakuumbiopsie der Brust

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

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016			31.12.2015		
	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 5	erneut gemäß § 9 Abs. 6	neu	erneut gemäß § 8 Abs. 5	erneut gemäß § 9 Abs. 6
Ärzte mit Genehmigung		41			44	
beschiedene Anträge	3	0	0	10	0	0
▪ Genehmigungen	3	0	0	10	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 12 Abs. 2		0			0	
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3		0			0	
Widerrufe von Genehmigungen wegen ...		Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5		Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5
		3	0		0	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		0			0	

Dokumentationsprüfung § 9 – Prüfprozess	2016	2015
abrechnende Ärzte	41	40
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	4	33
▪ bestanden	3	20
▪ nicht bestanden	1	13
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5	1	12*
▪ bestanden	0	2
▪ nicht bestanden	1	0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5	0	1
▪ bestanden	0	1
vorgezogener Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8 (Auffälligkeiten in der „Auflistung“)	0	0

Bemerkung:

*10 Wiederholungsprüfungen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Bearbeitung

Dokumentationsprüfung § 9 – Mängelanalyse	2016	2015
geprüfte Dokumentationen	40	330
▪ vollständig und nachvollziehbar	19	223
▪ vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0
▪ nicht vollständig aber nachvollziehbar	19	80
▪ weder vollständig noch nachvollziehbar	2	27

Frequenzregelung	2016		2015	
Ärzte mit abgerechneten Vakuumbiopsien**	< 25	≥ 25	< 25	≥ 25
	10	31	10	29
▪ Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben	noch nicht abgeschlossen	entfällt	noch nicht abgeschlossen	entfällt

Bemerkung:

** 1 Arzt hat seine Tätigkeit im laufenden Jahr 2015 beendet.

C.49 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

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

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert von allen zytologieverantwortlichen Ärzten im zweijährigen Abstand

jeweils zwölf Präparate mit den dazugehörigen Dokumentationen an.

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016			31.12.2015		
Ärzte mit Genehmigung	118			122		
beschiedene Anträge	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	neu	erneut gemäß § 7 Abs. 7	nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4
▪ Genehmigungen	2	0	0	1	0	0
▪ Ablehnungen	0	0	0	0	0	0
Präparateprüfung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	2			1		
▪ bestanden	2			1		
▪ nicht bestanden	0			0		
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0			0		
	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4	Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6	Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4		
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0		
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2			Keine Angaben möglich		

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

	2016	2015
abrechnende Ärzte (z. B. III/2016)	117	118
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 3	67	49
▪ bestanden	66	49
▪ nicht bestanden	1	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6	0	0
▪ bestanden	0	0
▪ nicht bestanden	0	0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0
Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0

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

	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)	§ 7 Abs. 3	§ 7 Abs. 6 (WH-Prüfungen)
geprüfte Präparate und zugehöriger ärztlicher Dokumentation	804	0	588	0
▪ ohne Beanstandungen	777	0	575	0
▪ mit Beanstandungen	27	0	13	0
▪ mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	0	0	0	0
▪ mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung	0	0	0	0
▪ mit unvollständiger Dokumentation	27	0	13	0

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

	2016	2015
abrechnende Praxen	94	99
vorgelegte Jahresstatistiken	89	98
▪ ohne Auffälligkeiten	53	65
▪ mit Auffälligkeiten	36	33
Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	19	15
▪ ausreichend begründete Stellungnahmen	19	15
▪ nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0
Anzahl Kolloquien	0	0

Fortbildungsverpflichtung § 9

	2016	2015		
Ärzte, die 2014 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 1 vorgelegt haben	117	0		
Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2, für die 2014 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 9 Abs. 2 vorgelegt wurden	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt 308	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2 2	Anzahl Präparatebefunder nach § 4 Abs. 2 insgesamt 299	Vorlage von Unterlagen gemäß § 9 Abs. 2 2

D. GENEHMIGUNGEN AUF GRUNDLAGE DES EBM

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

D. 1 Diabetischer Fuß

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

D. 2 Funktionsstörung der Hand

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

D. 3 Orientierende Entwicklungsneurologische Untersuchung und orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung

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

D. 4 Krebsfrüherkennung der Frau

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

D. 5 Empfängnisregelung

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

D. 6 Neurophysiologischen Übungsbehandlung

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

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

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

D. 7 Physikalische Therapie

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

Leistung Rechtsgrundlage EBM		Diabetischer Fuß	Funktionsstörung der Hand	Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung	Krebsfrüherkennung bei der Frau	Empfängnisregelung	Neurophysiologische Übungsbehandlung	Physikalische Therapie
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2016	1.457	482	290	670	680	89	103
	2015	1.487	492	308	721	726	86	108
beschiedene Anträge	2016	62	37	2	5	3	4	3
	2015	49	50	3	9	9	1	1
▪ Genehmigungen	2016	58	35	2	5	3	4	3
	2015	48	48	2	8	8	1	1
▪ Ablehnungen	2016	4	2	0	0	0	0	0
	2015	1	2	1	1	1	0	0
▪ Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2016	0	0	0	0	0	0	0
	2015	0	0	0	0	0	0	0

E REGIONALE VEREINBARUNGEN

E. 1 Diabetes Mellitus (Vertrag mit der DAK Gesundheit)

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

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

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

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

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

die sich aufgrund Ihrer Diabetesbehandlung in ärztlicher Behandlung befinden.

Für folgende Krankheitsbilder gibt es Module:

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

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

Die KVBW und die mhplus BKK haben zum 01.01.2016 ebenfalls den Vertrag über die Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus abgeschlossen (Rechtsgrundlage §83 SGB V) . Zum 01.07.2016 wurde dieser Vertrag auch mit der Schwenninger BKK abgeschlossen.

Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der DAK Gesundheit über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus Rechtsgrundlage: § 73c SG B V, gültig seit dem 01.01.2015

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	997	818
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	186	819
▪ davon Teilnahme	186	818
▪ davon Ablehnungen der Teilnahme	0	0
Widerrufe der Teilnahme	0	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0	1

Mhplus BKK: Rechtsgrundlage: § 83 SG B V, Gültigkeit: 01.01.2016

Genehmigungen, Stand	31.12.2016
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	136
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	136

▪ Anzahl Teilnahme	136
▪ Anzahl Ablehnungen der Teilnahme	0
Anzahl Widerrufe der Teilnahme	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

Schwenninger BKK: Rechtsgrundlage: § 83 SG B V, Gültigkeit: 01.07.2016

Genehmigungen, Stand	31.12.2016
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	71
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	71
▪ davon Anzahl Teilnahme	71
▪ davon Anzahl Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E. 2 Frühe Hilfen

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

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

Partner der Vereinbarung sind:

- Städtetag Baden-Württemberg, Stuttgart
- Landkreistag Baden-Württemberg, Stuttgart
- BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart

Die Ausweitung auf weitere Kassenarten wird angestrebt.

An der Vereinbarung können folgende Fachgruppen teilnehmen:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin an der hausärztlichen Versorgung gemäß Paragraph 73 SGB V teilnehmende Vertragsärzte,
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- an der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte,
- Vertragspsychotherapeuten,

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

Folgende Leistungen sind Bestandteil der Vereinbarung:

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

Voraussetzungen für die Teilnahme:

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

Für die Teilnahme an der Vereinbarung braucht es eine Genehmigung

Folgende Versicherte können diese Leistungen erhalten:

Teilnahmeberechtigt sind alle Familien mit Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr bei denen mindestens ein Elternteil und das bis zu dreijährige

Kind bei einer an der Vereinbarung teilnehmenden Krankenkasse versichert sind.

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

Weiter Informationen finden Sie unter:

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

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

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

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	127	115

	31.12.2016	31.12.2015
beschiedene Anträge	20	47
▪ Genehmigungen	20	47
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

E. 3 Patientenbegleitung

Die KVBW und der BKK Landesverband Baden-Württemberg haben zum 1. April 2012 einen Vertrag zur Durchführung der Versorgungssteuerung und Patientenbegleitung abgeschlossen. Der Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen Scheufelen, Mahle, WMF und die BKK Ricosta Weisser.

Folgende Ziele werden verfolgt:

- Die Erhaltung der Souveränität oder Patienten mit Stabilisierung der Gesamtversorgungssituation durch eine individuelle sektorenübergreifende Fallbegleitung.
- Eine Harmonisierung der individuellen Patientenbedürfnisse und der Versorgungsnotwendigkeiten.
- Die Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Krankenhausaufenthalten
- Die rasche berufliche (Re-)Integration bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit.
- Die Steigerung der Versorgungseffizienz

Teilnehmen können Versicherte, die zum Zeitpunkt der Einschreibung bei einer der teilnehmenden

Betriebskrankenkassen versichert sind, mit Wohnsitz in Deutschland, und die nicht bereits an der HzV-Versorgung teilnehmen.

Es können jedoch nur Versicherte teilnehmen, bei denen die folgenden „Hauptdiagnosegruppen/Einzeldiagnosen“ Erkrankungen diagnostiziert wurden:

- Ischämische Herzkrankheiten
- Herzinsuffizienz
- Zerebrale Blutungen oder Ischämien
- Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen
- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- Depression
- Diabetes mellitus
- Fraktur nach Sturz bei einem Alter > 70 Jahre
- Zervikaler Bandscheibenvorfall
- Kreuzbandruptur Knie

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVBW niedergelassenen oder (im Einvernehmen mit dem BKK LV) ermächtigten Ärzte.

Vertrag zur Durchführung der Versorgungssteuerung und Patientenbegleitung in Baden-Württemberg als Anlage zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V zwischen der KVBW und dem BKK Landesverband Baden-Württemberg Rechtsgrundlage: § 83 SGB V, gültig seit dem 23.03.2012

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	111	103
beschiedene Anträge	11	13
▪ Genehmigungen	11	13
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	1

E. 4 Tonsillotomie

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

gung der dadurch zusätzlichen erforderlichen Nachbehandlungen.

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

Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Tonsillotomie auf der Grundlage des § 83 SGB V zwischen der KVBW und der AOK BW Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung zwischen der KVBW und BKK VAG BW

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

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

Rechtsgrundlage: § 73c SGB V gültig bei der BKK VAG ab 01.11.2013

Rechtsgrundlage: § 73c SGB V gültig bei der BARMER GEK ab 01.04.2015

Rechtsgrundlage: § 83 SGB V gültig bei der AOK BW ab 01.09.2012

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	224	205
beschiedene Anträge	36	172
▪ Genehmigungen	36	172
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	Keine Angaben möglich

E.5 Venentherapie

Die Vereinbarung zur der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation) gemäß Paragraph 83 SGB V zwischen der KVBW und der AOK BW besteht seit 1. September 2012. Ziel der Vereinbarung ist es, den Versicherten der AOK Baden-Württemberg die Inanspruchnahme dieser qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Behandlung zu ermöglichen und dadurch nicht notwendige stationäre Leistungen einzusparen. Gegenstand der Vereinbarung ist die ambulante Behandlung der Varizen eines Beines durch endovenöse Lasertherapie

oder Radiofrequenzablation, sowie die Erbringung der dadurch erforderlichen eingriffsbedingten Nachbehandlungen.

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

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

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

Rechtsgrundlage: § 83 SGB V, gültig seit dem 01.09.2012

Genehmigungen	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	146	148
beschiedene Anträge	10	23
▪ Genehmigungen	10	23
▪ Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	Keine Angaben möglich

E. 6 Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern

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

schen Störungen bei Familien, insbesondere Kindern, in deren Familien durch das Auftreten einer schweren Erkrankung eines Elternteils ein hohes Risikopotenzial besteht.

Teilnahmeberechtigt sind zugelassene und ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, psychologische Psychotherapie, die eine Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben, Kinder- und Jugendpsychiater, sowie Kinder- und Jugendärzte mit Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie.

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	31.12.2016	31.12.2015
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	124	114
beschiedene Anträge	11	43
▪ Genehmigungen	11	43
▪ davon Anzahl Ablehnungen	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0	0

F QUALITÄTSFÖRDERUNG

F.1 Fortbildungsverpflichtung

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

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

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

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

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

Wird die Frist zu Nachweis der Fortbildungsverpflichtung nicht eingehalten, sieht der Gesetzgeber in § 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 2016 1.593 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. 1.524 haben den Nachweis gegenüber der KVBW erbracht, dies entspricht gut 96 Prozent. Gegen 69 Nachweispflichtige wurden die gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen eingeleitet.

Fortbildungspflicht: Nachweiszeitraum
01.01.2016 – 31.12.2016

Anzahl Nachweispflichtige Ärzte/ Psychotherapeuten	Anzahl Erfüller	Anzahl Nicht-Erfüller	Erfüllung in Prozent
1.593	1.524	69	95,67

Abschließend lässt sich feststellen: Für die Mitglieder der KVBW ist die Fortbildung kein Problem, auch der Nachweis nicht. Das damit verbundene Verfahren in der Verwaltung läuft „rund“; die Ärzte und Psychotherapeuten werden damit in bürokratischer Sicht so wenig wie möglich belastet. Insofern sieht der zuständige Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement auch gelassen dem nächsten großen Nachweiszeitraum am 30.06.2019 entgegen. An diesem Tag endet die dritte Nachweisfrist für einen Großteil der Mitglieder der KVBW.

G. RECHTSGRUNDLAGEN UND INSTRUMENTE

Bundesrechtliche Vereinbarungen												
	ADHS	Akupunktur	Ambulantes Operieren	Apheresen	Arthroskopie	Balneophototherapie	Blutreinigungsverfahren/ Dialyse	Computertomographie	Disease-Management- Programme	Geriatric	Herzschritt- macher- Kontrolle	Histopathologie im Hautkrebs-Screening
Rechtsgrundlage	§ 73c SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 135 Abs. 2 §136	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV § 136	§ 135 Abs. 2 § 136	§ 137f § 137g	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ- technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)												
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungs- erteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
FREQUENZREGELUNG			✓				✓					✓
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG			✓				✓			✓		✓
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE						✓	✓					
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditie- rung oder als regelhafte Prüfung)		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG		✓	(✓)	✓	✓	✓	✓	✓			(✓)	✓
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓	✓							✓	✓		
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION							✓		✓			
RÜCKMELDESYSTE- ME/BENCHMARKBERICHTE/ EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓	✓	(✓)	✓	✓		✓		✓	✓	(✓)	✓
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereini- gungen im Rahmen kollegialer Fachge- spräche, auch Konsensuskonferenzen)		✓	(✓)		✓		✓	✓			(✓)	✓

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

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

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

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

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

Bundesrechtliche Vereinbarungen	Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA)	Nuklearmedizin	Onkologie	Osteodensitometrie	Otoakustische Emissionen	Patientenbegleitung	PET und PET/CT	Photodynamische Therapie	Phototherapeutische Ke- rektomie	Psychotherapie - Richtlinienverfahren - Psychosomatik	Schlafbezogene Atmungsstörungen
Rechtsgrundlage	§ 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V	§ 135 Abs. 2	Anlage 7 BMV	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 1	§ 83 SGB V	§ 135 Abs. 1 und 2 SGB V	§ 135 Abs. 2	§ 135 Abs. 2	§ 82 Abs. 1, geregelt in Anlage 1 BMV § 92 Abs. 6a	§ 135 Abs. 2
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ- technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)											
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungs- erteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)		✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓
FREQUENZREGELUNG	✓		✓								
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG			✓			✓	✓			✓	
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/ RINGVERSUCHE											
PRAXISBEGE- HUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkredi- tierung oder als regelhafte Prüfung)		✓		✓			✓				✓
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONS- PRÜFUNG		(✓)	✓				✓	✓	✓		(✓)
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL	✓		✓				✓				
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION			✓			✓					
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARK- BERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	✓	(✓)						✓	✓	✓	(✓)
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereini- gungen im Rahmen kollegialer Fach- gespräche, auch Konsensuskonferen- zen)		(✓)						✓	✓		(✓)

Bemerkung:

(✓) regionale Vereinbarungen

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

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

Bemerkung:
(✓) regionale Vereinbarung

Regionale Vereinbarungen	Diabetes Mellitus (Vertrag mit der DAK Gesundheit)	Frühe Hilfen	Patientenbegleitung	Tonsillotomie	Venentherapie	Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern
Rechtsgrundlage	§ 73c SGB V	§ 3 KKG § 140a SGB V	§ 83 SGB V	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 135 Abs. 2 SGB V	§ 43 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)						
FREQUENZREGELUNG						
KOOPERATION/FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG			✓			
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGS- NACHWEIS/ KONSTANZPRÜ- FUNG/RINGVERSUCHE				✓	✓	
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)						
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/ DOKUMENTATIONS- PRÜFUNG						
FORTBILDUNG/QUALITÄTSZIRKEL						
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION			✓			
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARK- BERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)						
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereini- gungen im Rahmen kollegialer Fachge- spräche, auch Konsensuskonferenzen)	✓					

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung

Baden-Württemberg

Albstadtweg 11

70567 Stuttgart

Telefon 0711 7875-0

Telefax 0711 7875-3274