

Die ambulante medizinische Versorgung 2024

ANLAGE
QUALITÄTSBERICHT 2023

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

4	A	Kommissionen der Qualitätssicherung
5	B	Arztstruktur (mit Schwerpunktbezeichnungen)
7	C	Genehmigungsbereiche von A – Z
7	C.1	Abklärungskolposkopie
9	C.2	AD(H)S
10	C.3	Akupunktur
12	C.4	Ambulantes Operieren
13	C.5	Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
14	C.6	Arthroskopie
16	C.7	ATMP
17	C.8	Außerklinische Intensivpflege
19	C.9	Balneophototherapie
21	C.10	Blutreinigungsverfahren / Dialyse
22	C.11	Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen
23	C.12	DMP
25	C.13	Erweitertes Neugeborenen-Screening
26	C.14	Geriatric Spezialisierte geriatriche Diagnostik
27	C.15	Gesund schwanger
28	C.16	Hautkrebs-Screening
28	C.16.1	Histopathologie Hautkrebs-Screening
30	C.16.2	Hautkrebs-Screening (Früherkennung)
31	C.17	HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
33	C.18	HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)
34	C.19	Hörgeräteversorgung
34	C.19.1	Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene
36	C.19.2	Hörgeräteversorgung – Kinder
38	C.20	Homöopathie
39	C.21	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischen Fußsyndrom
40	C.22	Interstitielle LDR-Brachytherapie
41	C.23	Interventionelle Radiologie
43	C.24	Intravitreale Medikamenteneingabe
45	C.25	Invasive Kardiologie
47	C.26	Kapselendoskopie – Dünndarm
48	C.27	Koloskopie
51	C.28	KSVPsych-RL
52	C.29	Spezial-Labor
54	C.30	Langzeit-EKG-Untersuchungen
55	C.31	Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
57	C.32	Liposuktion
58	C.33	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
60	C.34	Magnetresonanztomographie-Angiographie
62	C.35	Mammographie (kurativ)
64	C.36	Mammographie-Screening
65	C.37	Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
66	C.38	Molekulargenetik
67	C.39	Neuropsychologische Therapie
68	C.40	Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa)

69	C.41	Onkologie
70	C.42	Otoakustische Emissionen
71	C.43	Palliativmedizinische Versorgung (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung)
72	C.44	Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
73	C.45	Phototherapeutische Keratektomie
74	C.46	PET und PET/CT
76	C.47	Psychotherapie
78	C.48	Rhythmusimplantat-Kontrolle
80	C.49	Schlafbezogene Atmungsstörungen
81	C.50	Schmerztherapie
83	C.51	Sozialpsychiatrie
84	C.52	Soziotherapie
85	C.53	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
86	C.54	Strahlendiagnostik/-therapie
87	C.54.1	Konventionelle Röntgendiagnostik
88	C.54.2	Computertomographie
89	C.54.3	Osteodensitometrie
90	C.54.4	Strahlentherapie
91	C.54.5	Nuklearmedizin
92	C.55	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger
94	C.56	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
95	C.57	Ultraschall diagnostik
101	C.58	Vakuumbiopsie der Brust
103	C.59	Zweitmeinungsverfahren
104	C.60	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

106 D Genehmigung auf Grundlage des EBM

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

108 E Regionale Vereinbarungen

108	E.1	Diabetes Mellitus
110	E.2	Frühe Hilfen
111	E.3	COPD
112	E.4	Venentherapie
113	E.5	Leistungen für Familien mit Kindern von schwer erkrankten Eltern
114	E.6	Hypertonie-Vertrag
115	E.7	Kinder-Früherkennungsuntersuchung
116	E.8	Willkommen Baby
117	E.9	Hallo Baby
118	E.10	OrthoKids

119 F Qualitätsförderung

119	F.1	Fortbildungsverpflichtung
-----	------------	---------------------------

120 G Rechtsgrundlagen und Instrumente

A Kommissionen der Qualitätssicherung

BEREICH	ANZAHL BERUFENE MITGLIEDER UND WEITERE TEILNEHMER				
	ANZAHL DER MITGLIEDER JE QS-KOMMISSION	VERTRETER DER KV			VERTRETER DER KK
		Ärzte/Psychotherapeuten als berufene Mitglieder der KV	ggf. beratend hinzugezogene Sachverständige der KV	Ärzte/Psychotherapeuten als ständige Vertreter der KV	ggf. beratend hinzugezogene Sachverständige der KK
Abklärungskolposkopie	6	6	0	0	0
Akupunktur	8	4 4 Stellvertreter	0	0	0
Apherese	8	6	0	2 MD	0
Arthroskopie	19	17	0	2 MD	0
Diabetes	4	4	0	0	0
Dialyse	5	3 2 Stellvertreter	0	0	0
HIV/Aids	8	8	0	0	0
Hygiene	7	7	0	0	0
Intravitreale Medikamenteneingabe	4	4	0	0	0
Invasive Kardiologie	6	3 3 Stellvertreter	0	0	0
Koloskopie	25	24 1 Stellvertreter	0	0	0
Labor	24	24	0	0	0
Langzeit-EKG	3	3	0	0	0
Mammographie	26	26	0	0	0
Auswahlkommission Mammographie-Screening	4	1	1 juristisches Mitglied der Verwaltung der KV	1 MD 1 AOK	0
Magnetresonanztomographie	8	8	0	1 MD	0
Neuropsychologische Therapie	4	4	0	0	0
Onkologie	10	10	0	1 MD	0
PET, PET/CT	5	5	0	0	0
Photodynamische Therapie/ Phototherapeutische Keratektomie	4	4	0	0	0
Polygraphie/Polysomnographie	5	5	0	0	0
Rhythmusimplantat-Kontrollen	12	6 Mitglieder, 6 Stellvertreter	0	0	0
Allgemeine Radiologie/ Computertomographie/ Strahlentherapie/ Osteodensitometrie/ Nuklearmedizin	34	34 Mitglieder	0	2 MD	0
Schmerztherapie	8	4 4 Stellvertreter	0	0	0
Substitution	24	12 12 Stellvertreter	0	12	0
Ultraschall „Allgemein“	127	127	0	0	0
Ultraschall „Säuglingshüfte“	24	24	0	0	0
Vakuumbiopsie der Brust	4	3 1 Stellvertreter	0	0	0
Zytologie	8	8	0	2	0

B Arztstruktur (mit Schwerpunktbezeichnungen)

ÄRZTLICHE-/PSYCHTHERAPEUTISCHE FACHGRUPPEN DAVON: SCHWERPUNKTBEZEICHNUNG	ANZAHL DER AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDEN ÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN
Allgemeinärzte	4.820
Praktische Ärzte/Ärzte	186
Anästhesisten	540
Augenärzte	817
Chirurgen und Orthopäden	1.992
davon: FA/SP Gefäßchirurgie	159
FA/SP Kinderchirurgie	37
FA Orthopädie	490
FA Orthopädie und Unfallchirurgie	1.007
FA/SP Plastische Chirurgie	84
SP Rheumatologie	40
SP Thoraxchirurgie/Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	15
SP Unfallchirurgie	357
FA/SP Visceralchirurgie	197
Frauenärzte	1.695
davon: SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	52
SP Gynäkologische Onkologie	60
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	71
HNO-Ärzte/Phoniatry und Pädaudiologie	552
FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
FA Phoniatrie und Pädaudiologie	
davon: SP Audiologie/Phoniatry/Phoniatry und Pädaudiologie	21
Hautärzte	522
Humangenetiker	44
Internisten	3.765
davon: Hausärztlich tätige Internisten	2.055
Fachärztlich tätige Internisten	1.327
FA/SP Angiologie	85
FA/SP Diabetologie und Endokrinologie	67
FA/SP Gastroenterologie	361
FA/SP Geriatrie	0
FA/SP Hämatologie/internistische Onkologie	201
SP Infektiologie/Infektions- und Tropenmedizin	1
FA/SP Kardiologie	525
FA/SP Nephrologie	229
FA/SP Pneumologie/Lungen- und Bronchialheilkunde	178
FA/SP Rheumatologie	82

ÄRZTLICHE-/PSYCHOTHERAPEUTISCHE FACHGRUPPENANZAHL DER AN DER
VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG
TEILNEHMENDEN ÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN

Kinderärzte	1.147
davon: SP Infektiologie	0
SP Kinder-Endokrinologie und Diabetologie	0
SP Kindergastroenterologie	0
SP Kinderhämatologie und -onkologie	19
SP Kinderkardiologie	61
SP Kindernephrologie	3
SP Kinderneuropsychiatrie	0
SP Kinderpneumologie/Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde	1
SP Kinderrheumatologie	0
SP Neonatologie	152
SP Neuropädiatrie	77
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten	125
Laborärzte/Biochemie/Mikrobiologie	172
davon: FA Biochemie	0
FA Immunologie	0
FA Laboratoriumsmedizin	139
FA Mikrobiologie	59
SP Mikrobiologie	0
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	159
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	875
davon: FA Nervenheilkunde	106
FA Neurologie <u>und</u> FA Psychiatrie	161
FA Neurologie	359
FA Psychiatrie	271
SP Forensische Psychiatrie	2
SP Kinderneuropsychiatrie	0
Neurochirurgen	118
Nuklearmediziner	103
Pathologen	143
davon: FA/SP Neuropathologie	2
Physikalische und Rehabilitative Mediziner	61
Ärztliche Psychotherapeuten	873
davon: Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	467
Psychotherapeuten ohne Ärztliche Psychotherapeuten	3.886
davon: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	951
Psychologische Psychotherapeuten	2.935
Radiologen	569
davon: SP Kinderradiologie	17
SP Neuroradiologie	52
SP Strahlentherapie	1
Strahlentherapeuten	136
Transfusionsmediziner	23
Urologen	429
Summe ärztliche und psychotherapeutische Fachgruppen	23.752

Quelle: Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.2023

C Genehmigungsbereiche von A – Z

C.1 Abklärungskolposkopie

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

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

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

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

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

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

Abklärungskolposkopie

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	104
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	121
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	110
beschiedene Anträge*	36
• davon Genehmigungen (§8 Abs. 3)	36
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren, §8 Abs. 4)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Frequenzregelung §7 Abs. 1 Nr. 1	
Ärzte, die den jährlichen Nachweis von 100 Abklärungskolposkopien (davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle) fristgerecht erbracht haben	103
Ärzte, die den jährlichen Nachweis von 100 Abklärungskolposkopien (davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle) erst im Folgejahr, in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	5
Teilnahme an Fallkonferenzen bzw. Fortbildungen §7 Abs. 1, Nr. 2	
Ärzte, die die Nachweise zur Teilnahme an Fallkonferenzen (jährlich) bzw. Fortbildungen (zweijährlich) fristgerecht vorgelegt haben	108
Ärzte, die die Nachweise zur Teilnahme an Fallkonferenzen (jährlich) bzw. Fortbildungen (zweijährlich) in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0
Widerrufe	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (§7 Abs. 3)	0
• darunter wegen Unterschreitung der Mindestfallzahl gemäß §7 Abs. 1 Nr. 1	0
• darunter wegen fehlender Nachweise von Teilnahmen an Fallkonferenzen bzw. Fortbildungen gemäß §7 Abs. 1 Nr. 2	0
Genehmigte Gerätesysteme	
im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	15
• davon analog	3
• davon digital	4
• davon Kombisysteme	8

Bemerkung:

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

C.2 AD(H)S

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung: Stand 31.12.2022	171
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung: Stand 31.12.2023	175
beschiedene Anträge	9
• Genehmigungen	9
• Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Fortbildungsverpflichtung § 7 (4)	
Ärzte/Psychotherapeuten, welche die Nachweise nach § 7 (4) erbracht haben	nicht geprüft*
Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der betreuten Patienten	
Ärzte/Psychotherapeuten, welche die geforderte Patientenzahl nachweisen konnten	nicht geprüft*

Bemerkung:

*Prüfung nach Beschluss des Vertragsausschusses ausgesetzt

C.3 Akupunktur

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

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

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

Darüber hinaus müssen die an der Akupunkturvereinbarung teilnehmenden Ärzte mindestens viermal im Jahr an Fallkonferenzen beziehungsweise Qualitätszirkeln zum Thema „chronische Schmerzen“ teilnehmen. Dies dient dem stetigen Erfahrungsaustausch zwischen den akupunktierenden Ärzten, um die bestmögliche Versorgung ihrer Patienten zu gewährleisten. Die Leistungen der Akupunktur können nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie beziehungsweise Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie, Fachärzten für Anästhesiologie sowie Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin als vertragsärztliche Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

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

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

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

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2007, zuletzt geändert zum: 01.01.2016

Akupunktur

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.250
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.181
beschiedene Anträge*	54
• davon Genehmigungen	54
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß §7 Abs. 5	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §7 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	23
• wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß §6 Abs. 6	0
• aus sonstigen Gründen	23
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	9
Dokumentationsprüfungen §6	
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	1.049
Prüfungen gemäß §6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	
geprüfte Ärzte gemäß §6 Abs. 2	15
• davon bestanden	15
• davon nicht bestanden	0
Wiederholungsprüfungen gemäß §6 Abs. 6	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß §6 Abs. 6	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Prüfungen gemäß §6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden – Ärzte	
geprüfte Ärzte gemäß §6 Abs. 2	33
• davon bestanden	27
• davon nicht bestanden	6
Wiederholungsprüfungen gemäß §6 Abs. 6	1
• davon bestanden	1
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß §6 Abs. 6	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
geprüfte Dokumentationen – normale Fälle	576
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	25
• davon unvollständig i. S. v. §5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1
• davon nicht nachvollziehbar	12
• davon nicht vollständig i. S. v. §5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 <u>und</u> nicht nachvollziehbar	12
geprüfte Dokumentationen – Ausnahmefälle	368
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	92
• davon unvollständig i. S. v. §5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1
• davon nicht nachvollziehbar begründet	48
• davon nicht vollständig i. S. v. §5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 <u>und</u> nicht nachvollziehbar begründet	43
Fortbildungsverpflichtung §5 Abs. 2	
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß §5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.020

Bemerkung:

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

C.4 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 regelt die fachlichen, organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen, wobei diese unter dem Sammelbegriff „Eingriffe nach §115b SGB V“ zusammengefasst werden. Eingriffe nach §115b SGB V sind nach Facharztstandard zu erbringen. Zur Durchführung bestimmter Eingriffe bedarf es einer zusätzlichen Weiterbildung, die durch entsprechende Zeugnisse/Bescheinigungen nachzuweisen ist.

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

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

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

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

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	4.572
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	4.829
beschiedene Anträge*	855
• davon Genehmigungen	852
• davon Ablehnungen	3
Praxisbegehungen gemäß §7 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.5 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 Qualitätssicherungskommission prüft auf dieser Grundlage für jeden Patienten individuell, ob die Indikation für eine Therapie oder eine Therapieverlängerung gegeben ist. Für die in der Richtlinie genannten Krankheitsbilder stehen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel hochwirksame medikamentöse Standard-Therapien zur Verfügung, so dass Apheresebehandlungen nur in Ausnahmefällen als „ultima ratio“ bei therapierefraktären Verläufen eingesetzt werden sollen. Wichtig: Nach Prüfung der Indikation durch die Kommission muss in jedem Fall der Leistungsbescheid des zuständigen Kostenträgers abgewartet werden.

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	147
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	147
beschiedene Anträge*	29
• davon Genehmigungen	29
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.6 Arthroskopie

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

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach §136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) enthält bundesweit einheitliche Beurteilungskriterien für die Organisation und Durchführung von Stichprobenprüfungen. Die Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen enthält Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopische Eingriffe am Knie- und Schultergelenk. Auf der Basis dieser Kriterien werden stichprobenartige Überprüfungen der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen arthroskopischer Operationen durchgeführt.

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	618
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	603
beschiedene Anträge*	70
• davon Genehmigungen	70
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen	0
• davon ohne Mängel	0
• davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/ Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Stichprobenprüfungen § 135b Abs. 2 SGB V	
Prüfumfang	
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	334
geprüfte Ärzte	16
• davon Routineprüfung gemäß §5 Abs. 1	0
• davon anlassbezogene Prüfung gemäß §5 Abs. 2 i.V.m. §7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)	16
• davon anlassbezogene Prüfung gemäß §5 Abs. 2 Satz 2 (d.h. ausgenommen §7 QBA-RL)	0
Begründungen zum Prüfumfang, sonstige Kommentare	
Prüfergebnisse	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß §5 Abs. 1	
• keine Beanstandungen	0
• geringe Beanstandungen	0
• erhebliche Beanstandungen	0
• schwerwiegende Beanstandungen	0

Arthroskopie

GENEHMIGUNGEN

Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 i.V.m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)

• keine Beanstandungen	4
• geringe Beanstandungen	5
• erhebliche Beanstandungen	2
• schwerwiegende Beanstandungen	5

Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2

• keine Beanstandungen	0
• geringe Beanstandungen	0
• erhebliche Beanstandungen	0
• schwerwiegende Beanstandungen	0

Maßnahmen

Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	12
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/ aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	1
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b	5
• davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	5
• davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d	0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1, § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 f, § 10 Abs. 2, § 11 Abs. 8 sowie § 12 Abs. 2 und § 12 Abs. 6 S. 1	0
• davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0
• davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0

Bemerkung:

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

C.7 ATMP

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

Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP-QS-RL), Rechtsgrundlage: §136a Abs. 5 Satz 1 SGB V, Gültigkeit seit: 14.06.2022, zuletzt geändert zum: 25.11.2023

ATMP-QS-RL: ANLAGE I CAR-T-ZELLEN BEI B-ZELL-NEOPLASIE	ANZAHL DER BSNR JE GENEHMIGUNG/ ANZEIGE
Mitteilungspflicht gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §19 Abs. 3 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Genehmigung zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß §19 Abs. 3 Satz 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der im Bezugsjahr neu erteilten Genehmigungen zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß §16c Abs. 2 Satz 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023)	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer bestätigten Anzeige zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß §16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der neu bestätigten Anzeigen zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß §16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023)	0
ATMP-QS-RL: ANLAGE II ONASEMNOGEN-ABEPARVOVEC BEI SPINALER MUSKELATROPHIE	ANZAHL DER BSNR JE GENEHMIGUNG/ ANZEIGE
Mitteilungspflicht gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §19 Abs. 3 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Genehmigung zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß §19 Abs. 3 Satz 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der im Bezugsjahr neu erteilten Genehmigungen zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß §16c Abs. 2 Satz 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023)	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer bestätigten Anzeige zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß §16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der neu bestätigten Anzeigen zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß §16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023)	0
ATMP-QS-RL: ANLAGE III TABELCLEUCEL BEI EBV-POSITIVEN POSTTRANSPLANTATIONSLYMPHOMEN	ANZAHL DER BSNR JE GENEHMIGUNG/ ANZEIGE
Mitteilungspflicht gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §19 Abs. 3 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer gültigen Genehmigung zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß §19 Abs. 3 Satz 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der im Bezugsjahr neu erteilten Genehmigungen zur Durchführung einer Therapie mit einem ATMP gemäß §16c Abs. 2 Satz 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023)	0
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer bestätigten Anzeige zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß §16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL	0
Anzahl der neu bestätigten Anzeigen zur Therapievorbereitung oder Nachsorge gemäß §16c Abs. 1 der ATMP-QS-RL (Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023)	0

C.8 Außerklinische Intensivpflege

Die Außerklinische Intensivpflege – kurz AKI – wurde zum 1. Dezember 2022 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die AKI kann bei Patienten, die z.B. beatmet oder trachealkanüliert sind und außerklinisch betreut werden, angewendet werden.

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

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

Die AKI-Richtlinie regelt unter anderem die Anforderungen, die beim Antrag nachzuweisen sind. Demnach sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

Verordnung der AKI:

- Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten
- Genehmigung für die Potenzialerhebung

Potenzialerhebung der AKI bei Erwachsenen:

- Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
- Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
- Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie oder Neurologie mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
- weitere Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- bei nicht beatmeten Patienten auch Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Früh-Reha

Potenzialerhebung der AKI bei Kindern und Jugendlichen:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Fachärzte mit jeweils einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum:
- Fachärzte für Anästhesiologie: mindestens sechs Monate Tätigkeit
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin: mindestens zwölf Monate Tätigkeit
 - weitere Fachärzte: mindestens 18 Monate Tätigkeit

Bei jungen Volljährigen kann die Erhebung bei einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum zusätzlich erfolgen durch:

- Fachärzte für Anästhesiologie: mindestens sechs Monate Tätigkeit
- weitere Fachärzte: mindestens 18 Monate Tätigkeit

Die AKI-Richtlinie sieht eine Übergangsregelung für die Potenzialerhebung vor, nach der Patienten, die keine Arzt finden, der die Potenzialerhebung vornimmt, bis zum 31.12.2024 die Verordnung auch ohne vorher durchgeführte Potenzialerhebung bekommen.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL) in der Fassung vom 19. November 2021, in Kraft getreten am 18. März 2022 zuletzt geändert am 20. Juli 2023, in Kraft getreten am 15. September 2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung zur Potenzialerhebung als Vertragsarzt, Stand 31.12.2023	61
Anzahl beschiedene Anträge	51
• davon Anzahl Genehmigungen	51
• davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Ärzte mit Genehmigung zur Potenzialerhebung ohne Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	0
Anzahl beschiedene Anträge	0
• davon Anzahl Genehmigungen	0
• davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Krankenhäuser mit Genehmigung zur Potentialerhebung mit oder ohne Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, Stand 31.12.2023	16
Anzahl beschiedene Anträge	16
• davon Anzahl Genehmigungen	16
• davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung als Hausarzt	211
Anzahl beschiedene Anträge	213
• davon Anzahl Genehmigungen	211
• davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

C.9 Balneophototherapie

Leistungen der Balneophototherapie können bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris sowie seit 1. Oktober 2020 bei mittelschwerem bis schwerem atopischem Ekzem verordnet werden. Bei der Balneophototherapie baden die Patienten circa 20 Minuten in warmem Wasser, das primär Salzlösungen enthält. Dabei werden sie entweder gleichzeitig oder unmittelbar anschließend mit künstlichem UV-Licht bestrahlt. Die Behandlungen finden mehrmals pro Woche statt und erstrecken sich über mehrere Wochen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erkannte Anfang 2008 die Balneophototherapie als Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung an. Einzelheiten zu den fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen wurden in der zum 1. Oktober 2010 in Kraft getretenen „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie) geregelt. Diese QS-Vereinbarung wurde zum 1. Oktober 2020 angepasst. Neben der Neuaufnahme der Indikation mittelschweres bis schweres atopisches Ekzem werden unterschiedliche Solelösungen für die einzelnen Verfahren vorgeschrieben. Außerdem wurden die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation erweitert. Die Leistung kann durch niedergelassene und ermächtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten erbracht werden.

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

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

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie, Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2010. zuletzt geändert zum: 01.10.2020

Balneophototherapie

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	114
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	106
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	82
beschiedene Anträge*	15
• davon Genehmigungen	15
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §9 Abs. 5	0
• davon ohne Mängel	0
• davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1
Wartungsnachweise §8	
geprüfte Ärzte gemäß §8 Abs. 2 mit Genehmigung	25
• davon Nachweise erbracht**	17
• davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht**	8
nochmalige Aufforderungen gemäß §8 Abs. 3	7
• davon Nachweise erbracht	7
• davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0

Bemerkungen:

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

** 1 Arzt hat die Genehmigung zurück gegeben

C.10 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 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Für die Erteilung des erforderlichen Versorgungsauftrages sind fachliche und organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen.

Ärzte, die eine Genehmigung für Dialyseleistungen haben, sind verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Hierzu hat der Arzt die erforderlichen Daten aller Patienten elektronisch zu dokumentieren und an die zuständige Stelle zu übermitteln. Die pseudonymisierten Daten werden von der Fachkommission NET (Nierenersatztherapie) der Landesarbeitsgemeinschaft QiG (Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg) geprüft. Stellungnahmeverfahren gibt es für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 noch nicht.

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

Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Rechtsgrundlage: Anlage 9.1 BMV, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.07.2020

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), Rechtsgrundlage: §92 Abs. 1 Satz 2 Nr.13 i. V. m. §136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit seit: 01.01.2019, zuletzt hierzu geändert zum: 01.01.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	264
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023**	255
beschiedene Anträge*	58
• davon Genehmigungen	58
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen	0
• davon ohne Mängel	0
• davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Patienten im Berichtsjahr	11.279

Bemerkung:

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

**Davon 10 Institute.

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

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

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

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

Voraussetzung für die Abrechnung der Botoxbehandlung nach den GOP 08312 (Gynäkologen) und 26316 (Urologen) ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese wird erteilt, wenn jährlich die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME-Punkten nachgewiesen wird. Die Leistung ist parallel zur Zystoskopie je vollendete zehn Minuten und maximal fünf Mal pro Sitzung berechnungsfähig.

Die neuen GOP werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	156
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	169
beschiedene Anträge*	34
• davon Genehmigungen	34
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Fortbildungsverpflichtung	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung jährlich vorgelegt haben	151

Bemerkung:

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

C.12 DMP

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

Vereinbarungen über die Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach §137 f SGB V in Baden-Württemberg auf der Grundlage des §83 SGB V

DMP	
Diabetes mellitus Typ 1	
Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
Ärzte	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023	265
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Arzt	245
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Pädiater	36
• darunter Teilnahme als koordinierender Hausarzt (in Kooperation mit diabetologisch qualifiziertem Arzt)	keine Angabe
Diabetes mellitus Typ 2	
Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
Ärzte	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023	6.586
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.559
• darunter Teilnahme als diabetologisch qualifizierter Facharzt bzw. diabetologische Schwerpunktpraxis	461
Brustkrebs	
Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
Ärzte	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023	697
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	697
Koronare Herzkrankheit	
Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
Ärzte	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023	6.653
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.451
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt	402
• darunter Teilnahme als kardiologisch qualifizierter Facharzt mit Berechtigung „Invasive Kardiologie“ (diagnostisch oder therapeutisch)	83

DMP	
Asthma bronchiale	
Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
Ärzte	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023	6.801
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.785
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	261
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	
Vertragsdaten	
Vertrag (Verträge) der KV (mit Landesverbänden)	AOK, Knappschaft, BKK, IKK, vdek (und SVLFG)
Ärzte	
Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm, Stand 31.12.2023	6.217
• darunter Teilnahme als koordinierender Arzt	6.207
• darunter Teilnahme als pneumologisch qualifizierter Facharzt (auch Kinderarzt mit Zusatzweiterbildung)	134

C.13 Erweitertes Neugeborenen-Screening

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

Der Qualitätsbericht der Universität Heidelberg für das Berichtsjahr 2022 wurde im August 2023 und für das Berichtsjahr 2023 im Juli 2024 durch die KVBW an den G-BA weitergeleitet.

C.14 Geriatrie – Spezialisierte geriatrische Diagnostik

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

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

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

GENEHMIGUNGEN

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022 (nicht in GIA)	32
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023 (nicht in GIA)	30
Institutsambulanzen mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	23
Ärzte, die ohne persönliche Genehmigung in Institutsambulanzen tätig sind, Stand 31.12.2023	40
im Berichtsjahr erteilte Genehmigungen erteilt für ermächtigte GIA	2

C.15 Gesund schwanger

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

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

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

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

Hintergrund: In der Teilnahmeerklärung wurden MVZ oder Einrichtungen nach §31I SGB V aufgeführt. Dies war so nicht mehr korrekt, da der §31I SGB V durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) in §402 SGB V geändert wurde. Die Hinweise zur Datenerhebung und Datenverarbeitung wurden aktualisiert.

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung: Stand 31.12.2022	435
Ärzte mit Genehmigung: Stand 31.12.2023	474
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1	62
• Genehmigungen	62
• Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.16 Hautkrebs-Screening

C.16.1 Histopathologie Hautkrebs-Screening

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

Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind:

- Festlegung einer Eingangsqualifikation
- Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen oder 6.000 dermatohistologischen Präparaten
- Befundung von jährlich mindestens 1.000 dermatohistologischen Präparaten
- Einholung einer Zweitmeinung bei unklaren Befunden
- Standardisierung der ärztlichen Dokumentation mit festgelegten Vorgaben unter anderem zu Angaben über den mikroskopischen Befund und die Diagnose
- stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durch die KV

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

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

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

Histopathologie im Hautkrebs-Screening

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	70
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	65
beschiedene Anträge*	10
neu	10
• davon Genehmigungen	10
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
• davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate	0
• davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Frequenzregelung § 5 Abs. 1 und 2*	
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration <u>innerhalb</u> der vertragsärztlichen Versorgung)	
	< 1.000*
	0
davon Ärzte, die durch Nachweis von <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen die Mindestfrequenz von 1.000 erreicht haben	
	≥ 1.000*
	67
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: <1.000
	0
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 1.000
	67
Dokumentationsprüfungen § 8	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3
• davon bestanden	3
• davon nicht bestanden	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5 b	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
geprüfte Dokumentationen und zugehörige histopathologische Präparate	30
• davon vollständig und nachvollziehbar**	30
• davon vollständig aber nicht nachvollziehbar**	0
• davon nicht vollständig aber nachvollziehbar**	0
• davon weder vollständig noch nachvollziehbar**	0

Bemerkung:

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

C.16.2 Hautkrebs-Screening (Früherkennung)

Der gemeinsame Bundesausschuss hat bereits im November 2007 beschlossen, die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen auf das Hautkrebs-Screening zu erweitern. Zum 1. Juli 2008 trat dann die Qualifikationsvoraussetzung zur Ausführung und Abrechnung entsprechender Leistungen nach dem EBM für das Hautkrebs-Screening in Kraft. Die Ausführung und Abrechnung ist auf die hausärztlich tätigen Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten begrenzt.

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	5.702
Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten, praktische Ärzte oder Ärzte ohne Gebietsbezeichnung) mit Genehmigung, Stand 31.12.2023**	5.703
beschiedene Anträge*	569
• davon Genehmigungen	569
• davon Ablehnungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	475
Ärzte (Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	478
beschiedene Anträge*	64
• davon Genehmigungen	64
• davon Ablehnungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2

Bemerkung:

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

**Davon 1 Institut.

C.17 HIV-Infektionen/Aids-Erkrankungen

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	37
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	39
beschiedene Anträge*	4
neu	4
• davon Genehmigungen	3
• davon Ablehnungen	1
erneut gemäß §8 Abs. 4	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß §10 Abs. 5	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß §11 Abs. 4	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß §11 Abs. 5 Nr. 2	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
• darunter wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß §8 Abs. 3	0
• darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß §10 Abs. 4	0
• darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß §10 Abs. 4	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Frequenzregelung §10 Abs. 1 Nr. 1	
Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten <u>innerhalb</u> der vertragsärztlichen Versorgung pro Quartal in Höhe von:	37
	< 25
	0
• davon Ärzte, die durch Nachweis betreuter Patienten <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs die Mindestfrequenz von 25 erreichen	0
• davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) auf Grund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	0
	≥ 25
	0
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 25
	0
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 25
	0
Fortbildung §10 Abs. 1 Nr. 2	
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß §10 Abs. 1 Nr. 2	37
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten (§10 Abs. 4)	0

HIV / Aids-Erkrankungen

GENEHMIGUNGEN	
Dokumentationsprüfungen §8	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	
geprüfte Ärzte gemäß §8 Abs. 2	4
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß §8 Abs. 3	0
• davon Begründung ausreichend	0
• davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0
Kolloquium gemäß §8 Abs. 3	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden – Auflage	0
• davon nicht bestanden – Widerruf	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
geprüfte Dokumentationen	40
• davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40
• davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0
• davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0
• davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:	
• darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)	0
• darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)	0
• darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)	0

Bemerkung:

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

C.18 HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP)

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

Die Teilnehmer haben neben ihrer persönlichen Qualifikation die selbstständige Betreuung von durchschnittlich 10 PrEP-Patienten jährlich und ständige Fortbildungen auf diesem Gebiet nachzuweisen.

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

GENEHMIGUNGEN, STAND	
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen: Stand 31.12.2022	33
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen: Stand 31.12.2023	36
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	4
• davon Teilnahme	3
• davon Ablehnungen der Teilnahme	1
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

C.19 Hörgeräteversorgung

C.19.1 Hörgeräteversorgung – Jugendliche und Erwachsene

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

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

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

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

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

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

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

Nach Erhalt einer Genehmigung sind weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen organisatorischer Art einzuhalten:

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

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

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

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

Zur Aufrechterhaltung der Abrechnungsgenehmigung sind folgende Auflagen zu erfüllen:

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	482
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	493
beschiedene Anträge*	55
• davon Genehmigungen	55
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß §9 Abs. 5	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §9 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
• davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen	0
• davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Messtechnische Kontrollen §8 Abs. 1, Nr. 1	
Ärzte, die den <u>Nachweis der messtechnischen Kontrolle</u> (jährlich durchzuführen) fristgerecht erbracht haben	493
Ärzte, die den <u>Nachweis erst im Folgejahr</u> in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0
Ärzte, die den <u>Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht</u> haben	0
Fortbildungsverpflichtung §8 Abs. 1, Nr. 2	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) fristgerecht vorgelegt haben	493
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0

Bemerkung:

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

C.19.2 Hörgeräteversorgung – Kinder

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

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

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

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

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

Zur speziellen Hörgeräteversorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern ist eine 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 Hörgerätektechnik) auf einem gesonderten „Ergänzungsblatt zur Verordnung“ (Anlage 2 der Vereinbarung) sind weniger umfangreich. Identisch zur Vorgehensweise bei Erwachsenen und Jugendlichen soll die Übertragung der Daten in einem elektronischen Dokumentationsverfahren erfolgen. Bis zum Aufbau einer entsprechenden flächendeckenden IT-Infrastruktur wird die Pflicht zur elektronischen Dokumentation ausgesetzt. Sie begann am 1. Juli 2013.

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

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

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

Hörgeräteversorgung-Kinder

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	31
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	33
beschiedene Anträge*	6
• davon Genehmigungen	6
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß §9 Abs. 5	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §9 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
• davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnische Kontrollen	0
• davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Messtechnische Kontrollen §8 Abs. 1, Nr. 1	
Ärzte, die den <u>Nachweis der messtechnischen Kontrolle</u> (jährlich durchzuführen) fristgerecht erbracht haben	33
Ärzte, die den <u>Nachweis erst im Folgejahr</u> , in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0
Ärzte, die den <u>Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht</u> haben	0
Fortbildungsverpflichtung §8 Abs. 1, Nr. 2	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) fristgerecht vorgelegt haben	33
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0

Bemerkung:

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

C.20 Homöopathie

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

Diese beinhalten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen sowie deren Vergütung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Heilmethode, welche die Selbstheilungskräfte der Erkrankten aktiviert. Der Mensch in seiner Gesamtheit wird behandelt, nicht einzelne Symptome. Die Therapieformen orientieren sich am Ähnlichkeitsprinzip. Kranke werden mit Arzneistoffen behandelt, die bei Gesunden ähnliche Krankheitserscheinungen hervorrufen würden. Homöopathische Mittel werden im Wege der Arzneipotenzierung, das heißt in unterschiedlichen Verdünnungsgraden verabreicht.

Vereinbarung über die vertragsärztliche Behandlung mittels Homöopathie mit dem BKK Landesverband der Betriebskrankenkassen, 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	
Ärzte mit Genehmigung: 31.12.2022	168
Ärzte mit Genehmigung: 31.12.2023	152
• Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK	91
• Genehmigungen ausschließlich Homöopathie BKK Securvita	149
• Genehmigungen ausschließlich Homöopathie IKK classic	138
beschiedene Anträge	3
• Genehmigungen	3
• Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.21 Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2022	1
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2023	1
abrechnende Ärzte (GOP 30216 und 30218)	0
beschiedene Anträge	0
• davon Genehmigungen	0
• davon erstmals erteilte Genehmigungen	0
• davon erneut erteilte Genehmigungen nach §6 Abs. 5	0
• davon erneut erteilte Genehmigungen nach §8 Abs. 4	0
• davon Ablehnungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Jährliche Nachweispflicht gemäß §6 Abs. 5	
Anzahl von im Berichtsjahr wegen auch in der Nachfrist von 6 Wochen nicht erfüllter Nachweispflicht...	0
... unter Auflagen gestellter Genehmigungen	0
... ausgesetzter Genehmigungen	0
... widerrufener Genehmigungen	0
Dokumentationsprüfungen §8 (fakultativ)	
überprüfte Ärzte	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
insgesamt geprüfte Dokumentationen	0
• davon Dokumentationen ohne Beanstandungen	0
• davon Dokumentationen mit Beanstandungen	0
• zur Vollständigkeit §7 Abs. 1	0
• zur Nachvollziehbarkeit §7 Abs. 1 c	0
• zur Nachvollziehbarkeit §7 Abs. 1 d	0
• zur Nachvollziehbarkeit §7 Abs. 1 f	0
• zur Vollständigkeit §7 Abs. 2	0
Maßnahmen nach §8 Abs. 4	
durchgeführte Beratungen nach §8 Abs. 3	0
durchgeführte Kolloquien nach §8 Abs. 4	0
Widerrufe bei nicht bestandenem Kolloquium nach §8 Abs. 4	0

C.22 Interstitielle LDR-Brachytherapie

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1
beschiedene Anträge*	1
• davon Genehmigungen	1
• davon Ablehnungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß §10 Abs. 2	0

Bemerkung:

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

C.23 Interventionelle Radiologie

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie
(Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert zum: 01.10.2010

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN	
GENEHMIGUNGEN §3 ABS. 1	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	2
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2
beschieden Anträge	0
neu	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß §7 Abs. 6	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §9 Abs. 4	0
• davon ohne Mängel	0
• davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
• davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 100 diagnostischen Katheterangiographien	0
• aus sonstigen Gründen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Frequenzregelung	
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen <u>innerhalb</u> der vertragsärztlichen Versorgung)	
Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen <u>arteriellen Gefäßdarstellungen</u>	
	< 100*
	2
• davon Ärzte, die durch Nachweis von <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	2
	≥ 100
	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 100	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 100	2

Interventionelle Radiologie

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE GENEHMIGUNGEN § 3 ABS. 2

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	26
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	25
beschiedene Anträge	0
neu	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
• davon ohne Mängel	0
• davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1
• davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 100 arteriellen Gefäßdarstellungen	0
• davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 50 therapeutischen Eingriffen	1
• davon wegen Nichterreichen beider Mindestzahlen	0
• aus sonstigen Gründen	0
Rückgabe/ Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Frequenzregelung	
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe <u>innerhalb</u> der vertragsärztlichen Versorgung)	
Ärzte mit ...abgerechneten diagnostischen arteriellen Gefäßdarstellungen oder kathetergestützten therapeutischen Eingriffen	
	< 100*
	17
Ärzte, die durch Nachweis von <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 100 erreicht haben	
	≥ 100
	8
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 100
	2
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 100
	23
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 kathetergestützte therapeutische Eingriffe innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung)	
Anzahl Ärzte mit ... abgerechneten kathetergestützten therapeutischen Eingriffen	
	< 50*
	18
• davon Ärzte, die durch Nachweis von <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben	
	≥ 50
	7
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 50
	2
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 50
	23

C.24 Intravitreale Medikamenteneingabe

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

Vertragsärzte, die diese IVM-Leistungen durchführen und abrechnen wollen, benötigen dafür eine Genehmigung ihrer KV. Die QS-Vereinbarung IVM regelt unter anderem die Anforderungen, die beim Antrag nachzuweisen sind. Demnach sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2014, zuletzt geändert zum: 01.07.2021

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2022	308
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2023	330
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	247
beschiedene Anträge*	100
• davon Genehmigungen	100
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß §8 Abs. 3	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §8 Abs. 2	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Dokumentationsprüfungen §6 Abs. 2 (Erstüberprüfung)	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	

Intravitreale Medikamenteneingabe

GENEHMIGUNGEN	
geprüfte Ärzte	22
• davon Anforderungen erfüllt	15
• davon Anforderungen nicht erfüllt	7
Prüfergebnisse bezogen auf Dokumentationen	
geprüfte Dokumentationen	220
darunter Dokumentationen:**	
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	28
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	4
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	2
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	16
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 f) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 g) nicht erfüllt ist	2
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 h) nicht erfüllt ist	6
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 i) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 j) nicht erfüllt ist	0
Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 6 (erneute Überprüfung)	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	
geprüfte Ärzte	1
• davon Anforderungen erfüllt	1
• davon Anforderungen nicht erfüllt	0
Prüfergebnisse bezogen auf Dokumentationen	
geprüfte Dokumentationen	10
darunter Dokumentationen:*	
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 a) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 b) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 c) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 d) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 e) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 f) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 g) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 h) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 i) nicht erfüllt ist	0
• in denen die Anforderung nach § 6 Abs. 3 j) nicht erfüllt ist	0
Kolloquien § 6 Abs. 6 und 7	
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 7	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 6 Satz 3	0

Bemerkungen:

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

**Mehrfachnennungen sind möglich!

C.25 Invasive Kardiologie

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

In dieser seit dem 1. Oktober 1999 (zuletzt aktualisiert am 1. Januar 2024) geltenden bundesweiten Vereinbarung wurde die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung einer Leistung an eine jährliche Mindestanzahl von Eingriffen gebunden. Anhand der vorgeschriebenen Dokumentation soll außerdem geprüft werden, welchen Einfluss diese Qualitätssicherungsmaßnahme auf die Versorgung hat.

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1999, zuletzt geändert zum: 01.01.2024

DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN	
GENEHMIGUNGEN §7 ABS. 2	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	11
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	8
beschiedene Anträge*	0
neu	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß §7 Abs. 2 Nr. 3	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2
• davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 150 diagnostischen Katheterisierungen	2
• davon aus sonstigen Gründen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1
Frequenzregelung	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen <u>innerhalb</u> der vertragsärztlichen Versorgung)	
Ärzte mit ... abgerechneten diagnostischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34291)	
	< 150*
	8
• davon Ärzte, die durch Nachweis von <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben	8
	≥ 150
	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 150	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 150	8

Invasive Kardiologie

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN GENEHMIGUNGEN § 7 ABS. 1

Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023		88
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023		87
beschiedene Anträge*		31
neu		31
• davon Genehmigungen		31
• davon Ablehnungen		0
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3		0
• davon Genehmigungen		0
• davon Ablehnungen		0
Kolloquien (Antragsverfahren)		0
• davon bestanden		0
• davon nicht bestanden		0
Praxisbegehungen		0
• davon ohne Beanstandungen		0
• davon mit Beanstandungen		0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		4
• davon wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 150 diagnostischen oder therapeutischen Katheterisierungen und von 50 therapeutischen Katheterisierungen		4
• davon ausschließlich wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 150 diagnostischen oder therapeutischen Katheterisierungen		0
• davon ausschließlich wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 50 therapeutischen Katheterisierungen		0
• davon aus sonstigen Gründen		0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen		8
Frequenzregelung		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung)		
Ärzte mit ... insgesamt abgerechneten Katheterisierungen (EBM Nr. 34291 oder 34292)		
	< 150*	67
• davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 150 erreicht haben		58
	≥ 150	20
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 150	9
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 150	78
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen innerhalb des vertragsärztlichen Bereichs)		
Ärzte mit ...abgerechneten therapeutischen Katheterisierungen (EBM Nr. 34292)		
	< 50*	77
• davon Ärzte, die durch Nachweis von außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 50 erreicht haben		68
	≥ 50	10
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 50	9
	Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 50	78

Bemerkung:

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

C.26 Kapselendoskopie-Dünndarm

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

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

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

GENEHMIGUNGEN APPLIZIERER	
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2022	85
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2023	85
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	61
beschiedene Anträge*	14
• davon Genehmigungen	14
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	4
Genehmigungen Auswerter	
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2022	83
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2023	84
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	58
beschiedene Anträge*	14
• davon Genehmigungen	14
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	4
Dokumentationsprüfungen (fakultativ)	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß §7 Abs. 6 (auf Verlangen der KV)	
geprüfte Ärzte gemäß §7 Abs. 6	79
• davon Anforderungen erfüllt	68
• davon Anforderungen nicht erfüllt	11
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß §8 Abs. 4 bzw. Anlage 1 Nr. 10.2 (anlässlich der Prüfung der Jahresstatistik)	
geprüfte Ärzte gemäß §8 Abs. 4	0
• davon Anforderungen erfüllt	0
• davon Anforderungen nicht erfüllt	0
Jahresstatistik gemäß §8	
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	15

Bemerkung:

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

C.27 Koloskopie

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

Es besteht eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung von Koloskopien (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung. Die QS-Vereinbarung regelt die fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie. Zentraler Punkt der Koloskopie-Vereinbarung ist eine Frequenzregelung. So kann die Genehmigung nur aufrechterhalten werden, wenn der Arzt innerhalb eines Jahres eine Mindestanzahl von 200 totalen Koloskopien, davon mindestens zehn mit Polypektomien nachweisen kann, hierzu erfolgt eine jährliche Prüfung.

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

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

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2002, zuletzt geändert zum: 01.04.2020

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

Koloskopie

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2022	7
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2023	3
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2022	361
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2023	360
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie)*	0
neu	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie)*	61
neu	61
• davon Genehmigungen	61
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	0
• davon wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0
• davon wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e ausschließlich bei <u>totalen Koloskopien</u>	0
• davon ausschließlich wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 200 totalen Koloskopien	0
• davon wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c ausschließlich bei <u>Polypektomien</u>	0
• davon ausschließlich wegen Nichterreichen der Mindestzahl von 10 Polypektomien	0
• davon sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e bei <u>totalen Koloskopien</u> als auch wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4 b-c bei <u>Polypektomien</u>	0
• davon wegen Nichterreichen der Mindestzahlen von 200 totalen Koloskopien und 10 <u>Polypektomien</u>	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	22
Totale Koloskopie	
Frequenzregelung*	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien) <u>innerhalb</u> der vertragsärztlichen Versorgung	
Ärzte mit ... <u>abgerechneten</u> totalen Koloskopien (EBM Nr. 01741, 13421)	
	< 200*
	21
• davon Ärzte, die durch Nachweis von <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 200 erreicht haben	21
	≥ 200
	294
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 200	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 200	315
Dokumentationsprüfungen	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	164
• davon bestanden	161
• davon nicht bestanden	3

Koloskopie

GENEHMIGUNGEN	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	3
• davon bestanden	3
• davon nicht bestanden	0
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0
• davon nicht bestanden wegen Nichterreichen der Mindestzahl	0
Polypektomien	
Frequenzregelung	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien) <u>innerhalb</u> der vertragsärztlichen Versorgung	
Ärzte mit ... abgerechneten totalen Koloskopien mit Polypektomien (EBM Nrn. 01741 + 01742, 13421 + 13423)	
	< 10*
	11
• davon Ärzte, die durch Nachweis von <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 10 erreicht haben	11
	≥ 10
	304
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 10	0
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 10	315
Dokumentationsprüfungen	
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	164
• davon bestanden	163
• davon nicht bestanden	1
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	1
• davon bestanden	1
• davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0
• davon nicht bestanden wegen Nichterreichen der Mindestzahl	0
Prüfungen zur Hygienequalität	
überprüfte Einrichtungen	239
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	478
• davon bestanden	458
• davon nicht bestanden	20
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	20
• davon bestanden	20
• davon nicht bestanden	0
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0

Bemerkung:

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

C.28 KSVPsych-Richtlinie (psychiatrische oder psychotherapeutische Komplexversorgung)

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

Die Komplexversorgung basiert auf der Bildung von Netzverbänden aus mindestens 10 Ärzten und Psychotherapeuten, davon mindestens jeweils 4 Ärzte psychiatrischer Fachrichtungen und 4 Psychotherapeuten. Eine Bezugsperson (Arzt oder Psychotherapeut) leitet die Behandlung und legt die notwendigen Maßnahmen im Gesamtbehandlungsplan fest. Voraussetzung ist hierbei, dass die Bezugsperson einen vollen Versorgungsauftrag hat. Nach der innerhalb von sieben Werktagen vorgesehenen Eingangssprechstunde soll die ärztliche differenzialdiagnostische Abklärung ebenfalls innerhalb von sieben Werktagen erfolgen. Den Patienten wird zusätzlich als koordinierende Person eine qualifizierte nichtärztliche Fachkraft zur Seite gestellt, die Termine vereinbart und die Patienten in der Wahrnehmung ihrer Behandlungsangebote unterstützt.

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Netzverbände	1
Netzverbundmitglieder	11
Bezugsärzte/Bezugspsychotherapeuten	8
Fachärzte mit Berechtigung zur differenzialdiagnostischen Abklärung	7

C.29 Spezial-Labor

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

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

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

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

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

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

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

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

Spezial-Labor

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.224
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.195
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2024)	989
beschiedene Anträge*	171
• davon Genehmigungen	169
• darunter erstmals erteilte Genehmigungen	keine Angabe
• davon Ablehnungen	2
Kolloquien (Antragsverfahren) nach § 3 Abs. 2	32
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2
Rückgabe/ Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung nach § 5	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)*	
nach § 5 Abs. 1 überprüfte Ärzte	54
• davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	26
• davon mit Beanstandungen	0
• davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	28
nach § 5 Abs. 3 überprüfte Ärzte	160
• davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	126
• davon mit Beanstandungen	16
• davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	18
Ergebnisse der Prüfungen nach § 5 Abs. 3 (bezogen auf Dokumentationen)	
Anzahl der Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 1	3
Anzahl der Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 5	7
Anzahl der Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 6	3
Anzahl der Mängel nach § 5 Abs. 3 Nr. 7	11
Kolloquien	
Kolloquien nach § 5 Abs. 6	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen nach § 5 Abs. 6	2

Bemerkung:

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

C.30 Langzeit-EKG Untersuchungen

Eingehende Kenntnisse des Arztes in der Elektrokardiographie (EKG) sind Voraussetzung für die Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen (Langzeit-EKG), um auch seltene Rhythmusstörungen unter erschwerten Bedingungen erkennen zu können. Nur Ärzte, die entsprechende fachliche und apparative Voraussetzungen nachweisen können, dürfen Langzeit-EKG-Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen.

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung, Stand 31.12.2022	1.115
Ärzte mit Genehmigung nur zur Aufzeichnung, Stand 31.12.2023	1.175
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2022	2.270
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2023	2.225
beschiedene Anträge*	375
• davon Genehmigungen	374
• davon Ablehnungen	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/ Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.31 Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom

Zum 1. April 2018 wurde die Erbringung von Leistungen der nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels Laser in den EBM aufgenommen:

- Holmium-Laserresektion (HoLRP)
- Holmium-Laserenukleation (HoLEP)
- Thulium-Laserresektion (TmLRP)
- Thulium-Laserenukleation (TmLEP)
- Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)

Belegärztlich tätige Fachärzte für Urologie dürfen die entsprechenden Enukleations- oder Resektionsbehandlungen der Prostata durchführen. Sie benötigen dafür eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Zudem werden Anforderungen an die Dokumentation und die vom Arzt zu erstellende zusammenfassende Jahresstatistik festgeschrieben.

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

Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	11
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	11
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	8
beschiedene Anträge*	4
neu	4
• davon Genehmigungen	3
• davon Ablehnungen	1
erneut	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Gerätetechnische Angaben § 9 Abs. 1, Nr. 2, Buchst. e)	
I Holmium-Laser	
Anzahl genehmigter Geräte mit einer Mindest-Maximalleistung von	
unter 50 Watt	0
50 bis 64 Watt	0
65 bis 79 Watt	0
80 Watt und mehr	6
II Thulium-Laser	
Anzahl genehmigter Geräte mit einer Mindest-Maximalleistung von	
70 bis 99 Watt	0
100 Watt und mehr	5
III Photoselektive Vaporisation der Prostata	
Anzahl genehmigter Geräte mit einer Mindest-Maximalleistung von	
80 Watt (KTP)	0
120 Watt (LBO)	0
180 Watt (LBO)	0
Dokumentationsprüfung § 6 Abs. 2 (fakultativ)	
Ärzte, deren Dokumentationen geprüft wurden	0
• davon mit Beanstandungen	0
• davon ohne Beanstandungen	0
Anlassbezogene Prüfungen nach § 7 Abs. 4 bzw. Anlage 1 Nr. 10.2	
überprüfte Ärzte anlässlich Auffälligkeiten in der Jahresstatistik	0
• davon mit Beanstandungen	0
• davon ohne Beanstandungen	0

Bemerkung:

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

C.32 Liposuktion bei Lipödem im Stadium III

Seit September 2019 ist die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems im Stadium III eine Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Leistung richtet sich an Patientinnen mit Lipödem im Stadium III, bei denen die Indikation für eine Liposuktion (Fettabsaugung) gestellt wurde. Die Liposuktion zur Behandlung des Lipödems im Stadium III kann sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erbracht werden. Die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ambulant erbrachte Leistung zählt zu den ambulanten Operationen im Sinne der QS-Vereinbarung nach §135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

Die Indikationsstellung und die Durchführung der Methode erfolgt durch Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie andere operativ tätige Fachärzte. Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte benötigen dafür eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn bestimmte Mindestanforderungen erfüllt sind. Als Mindestanforderungen gelten eine durch Eingriffszahlen belegte Vorerfahrung, eine bestimmte Organisation und Infrastruktur zur Beherrschung von Notfällen sowie zur intensivmedizinischen Weiterbehandlung.

Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion), Rechtsgrundlage: §136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 07.12.2019, zuletzt geändert zum: 16.09.2020

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

GENEHMIGUNGEN GEMÄSS § 6 ABS. 3	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	13
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	18
beschiedene Anträge*	6
• davon Genehmigungen	6
• davon Ablehnungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 2	
abrechnende Ärzte	0
geprüfte Ärzte (Routineprüfung)	0
• davon erfolgreich (jede Mindestanforderung erfüllt)	0
• davon nicht erfolgreich (Nichterfüllung von Mindestanforderungen)	0
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in % (Soll-Wert 4%)	0
geprüfte Ärzte (anlassbezogene Prüfung)	0
• davon erfolgreich (jede Mindestanforderung erfüllt)	0
• davon nicht erfolgreich (Nichterfüllung von Mindestanforderungen)	0
INTERN: Folgen der Nichterfüllung	
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß §9 Abs. 2	0

Bemerkung:

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

C.33 Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

Diese Vereinbarung sichert die Strukturqualität bei der Erbringung von Leistungen der Kernspintomographie. Darin sind unter anderem die Qualifikationsvoraussetzungen für die allgemeine Kernspintomographie (MRT) und für die Kernspintomographie der Mamma (MRM) geregelt. Neben der persönlichen Qualifikation sind apparatetechnische Mindestanforderungen zu erfüllen. Besondere Bestimmungen gelten für die Kernspintomographie der Mamma. So wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung erst nach der Teilnahme an einem obligatorischen Kolloquium erteilt. Die Aufrechterhaltung der Genehmigung ist an eine Frequenzregelung (50 Untersuchungen pro Jahr) gebunden. Wird auf Grund der MRM eine histologische/zytologische Abklärung veranlasst, ist deren Ergebnis mit dem MRM-Befund zu dokumentieren.

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

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

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: §135b i. V. m. §92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt geändert zum: 01.01.2020

GENEHMIGUNGEN	
Allgemeine Kernspintomographie	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	528
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	550
beschiedene Anträge*	138
• davon Genehmigungen	137
• davon Ablehnungen	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §6 Abs. 5	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Kernspintomographie der Mamma	
Genehmigungen	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	77
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	81
beschiedene Anträge*	13
• davon Genehmigungen	11
• davon Ablehnungen	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

GENEHMIGUNGEN	
Frequenzregelung	
Anzahl jährlicher Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	81
• davon mindestens 50 Untersuchungen	81
• davon weniger als 50 Untersuchungen	0
Stichprobenprüfungen § 135b Abs. 2 SGB V	
Prüfumfang	
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	530
geprüfte Ärzte	22
Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	22
anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2	0
Begründung, falls die Anzahl der einer Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1 unterzogenen Ärzte unter der Vorgabe lag (vgl. § 6 Abs. 2 Satz 2) oder falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	
Prüfergebnisse	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1	
• keine Beanstandungen	18
• geringe Beanstandungen	4
• erhebliche Beanstandungen	0
• schwerwiegende Beanstandungen	0
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2	
• keine Beanstandungen	0
• geringe Beanstandungen	0
• erhebliche Beanstandungen	0
• schwerwiegende Beanstandungen	0
Maßnahmen	
Ärzte, denen eine <u>schriftliche Empfehlung/Verpflichtung</u> zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	5
Ärzte, die zu einem <u>Beratungsgespräch</u> eingeladen/aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	0
Ärzte, bei denen eine <u>Nichtvergütung oder Rückforderung</u> bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b	0
• davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0
• davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d	0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1, § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 f, § 10 Abs. 2, § 11 Abs. 8 sowie § 12 Abs. 2 und § 12 Abs. 6 S. 1	0
• davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0
• davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0

Bemerkung:

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

C.34 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 sie nur teilweise andere bildgebende Leistungen ersetzen können.

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

Fachliche Voraussetzung zur Erlangung der Genehmigung sind die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie, eine mindestens zweijährige überwiegende Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik (in den letzten 5 Jahren vor Antragsstellung) sowie der Nachweis von 150 MR-Angiographien (davon insgesamt 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße) unter Anleitung eines weiterbildungsbefugten Arztes. Die nachzuweisenden MR-Angiographien müssen mit der TOF- (Time-of-Flight) und/oder der PC- (Phasenkontrast) Technik und mindestens zu 20 Prozent mit der CE- (Kontrastmittelverstärkung) Technik erstellt worden sein.

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

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

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

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie), Rechtsgrundlage: §135b i. V. m. §92 Abs. 1 SGB V,
Gültigkeit: seit 01.04.2001, zuletzt geändert zum: 01.01.2020

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	462
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	488
beschiedene Anträge*	134
neu	134
• davon Genehmigungen	130
• davon Ablehnungen	4
erneut gemäß §7 Abs. 10	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0

Magnetresonanz-Angiographie

GENEHMIGUNGEN	
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §8 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß §7 Abs. 9	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Dokumentationsprüfungen §7	
Prüfumfang	
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	421
geprüfte Ärzte gemäß §7 Abs. 2	87
• davon bestanden	83
• davon nicht bestanden	4
Begründung, falls die Anzahl der einer Stichprobenprüfung unterzogenen Ärzte unter 20% der abrechnenden Ärzte lag; sonstige Kommentare	
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß §7 Abs. 9	4
• davon bestanden	4
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß §7 Abs. 9	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	644
darunter Dokumentationen	
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist *	618
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist *	618
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist *	618
• davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 *	605
• davon insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 **	26
• davon insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 **	13
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7)	475
darunter Dokumentationen	
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist *	472
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist *	472
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist *	472
• davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 **	464
• davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 **	6
• davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 **	5
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Venen)	31
darunter Dokumentationen	
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 1 erfüllt ist *	31
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 2 erfüllt ist *	31
• in denen die Anforderung nach §7 Abs. 6 Nr. 3 erfüllt ist *	31
• davon Anzahl insgesamt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 **	31
• davon Anzahl insgesamt eingeschränkt nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 **	0
• davon Anzahl insgesamt nicht nachvollziehbarer Dokumentationen gemäß §7 Abs. 7 **	0

Bemerkung:

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

C.35 Mammographie (kurativ)

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993 (als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), zuletzt geändert zum: 01.01.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	325
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	327
beschiedene Anträge*	50
neu	30
• davon Genehmigungen	30
• davon Ablehnungen	0
erneut	20
• davon Genehmigungen	20
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß §14 Abs. 8	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §14 Abs. 7	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Fallsammlungsprüfung nach Abschnitt C	
Erstprüfungen	17
• davon bestanden	14
• davon nicht bestanden	3
Wiederholungsprüfungen	3
• davon bestanden	3
• davon nicht bestanden	0
Fallsammlungsprüfung nach Abschnitt D (Fortbildungsprüfung)	
Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	57
reguläre Prüfungen	55
• davon bestanden	55
• davon nicht bestanden	0
Wiederholungsprüfungen	2
• davon bestanden	2
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß §11 Abs. 2e	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß §11 Abs. 3b	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0

Mammographie (kurativ)

GENEHMIGUNGEN	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß §11 Abs. 3c	0
Dokumentationsprüfung nach Abschnitt E	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	
Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	122
• davon erfüllt	116
• davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß §12 Abs. 7a	1
• davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	5
Wiederholungsprüfungen gemäß §12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	5
• davon erfüllt	4
• davon nicht erfüllt	1
Wiederholungsprüfungen gemäß §12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	4
• davon erfüllt	4
• davon nicht erfüllt	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß §12 Abs. 7	0
Rückgabe/Beendigung von Genehmigungen oder Widerrufe §14 Abs. 5	
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach §3 Abs. 2a nicht nachgekommen sind	0
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach §3 Abs. 2b nicht nachgekommen sind	0
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nach §3 Abs. 2c nicht nachgekommen sind	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	2

Bemerkung:

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

C.36 Mammographie-Screening

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung 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 69-jährigen Frauen, das so genannte Mammographie-Screening, kann die Sterblichkeit an Brustkrebs senken. Voraussetzung ist die hohe Qualität des Programms und eine hohe Teilnahmequote.

Seit Dezember 2006 wird in Baden-Württemberg allen Frauen zwischen 50 und 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 Referenzzentrum nachweisen. In dieser Zeit beurteilen sie unter anderem die Screening-Aufnahmen von 3.000 Frauen.

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

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

Im Jahr 2023 wurden in Baden-Württemberg insgesamt 754.402 Frauen eingeladen, davon haben 362.929 Frauen an der Untersuchung teilgenommen (dies entspricht einer Teilnahmequote von rund 48,11% 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-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2021 (Neufassung), zuletzt geändert zum: 01.01.2023

Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL), Abschnitt B Nr. III, Rechtsgrundlage: §25 Abs. 4 Satz 2 i. V. m. §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2004, zuletzt geändert zum: 14.08.2020

GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2023	
Screeningseinheiten	10
Programmverantwortliche Ärzte	19
• davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	11
kooperierende Ärzte (gesamt)	177
• Befunder von Mammographieaufnahmen	83
• histopathologische Beurteilung	21
• Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	11
• davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	11

C.37 Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.034
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.005
beschiedene Anträge*	73
• davon Genehmigungen	71
• davon Ablehnungen	2
Kolloquien gemäß §9 Abs. 6	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §9 Abs. 5	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	134

Bemerkung:

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

C.38 Molekulargenetik

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

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

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	83
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	85
beschiedene Anträge*	13
• davon Genehmigungen	13
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß §9 Abs. 6	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §9 Abs. 5	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Überprüfungen im Zusammenhang mit der Jahresstatistik gemäß §9 Abs. 4	
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	liegt KBV vor
abrechnende Betriebsstätten (3. Quartal 2023)	10
Aufforderungen zu <u>schriftlichen Stellungnahmen</u>	0
• davon nachvollziehbar begründet	0
• davon nicht nachvollziehbar begründet	0
Ärzte mit anlassbezogener <u>Stichprobenprüfung</u> (Anlage 1, Nr. 10.2)	0
• davon mit Beanstandungen	0
• davon ohne Beanstandungen	0

Bemerkung:

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

C.39 Neuropsychologische Therapie

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

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

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

Aus Qualitätssicherungsgründen darf die Diagnostik der Stufe 1 nicht von der gleichen Leistungserbringerin/dem gleichen Leistungserbringer durchgeführt werden, die/der gegebenenfalls die neuropsychologische Therapie durchführt. Ärzte und Psychotherapeuten, die Leistungen der Stufe 2 (neuropsychologische Diagnostik und Therapie) erbringen und abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Für Leistungen der Stufe 1 (Somatische Abklärung) ist keine Genehmigung der KVBW erforderlich.

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

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 19: Neuropsychologische Therapie, Rechtsgrundlage: §135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.02.2012, zuletzt geändert zum: 22.07.2020

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	29
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	29
• Anzahl neu erteilter Genehmigungen	3
Dokumentationsprüfungen gemäß §4	
Prüfumfang und -ergebnisse	
abrechnende Ärzte/Psychotherapeuten (3. Quartal 2023)	25
geprüfte Ärzte/Psychotherapeuten	0
Anzahl der überprüften Dokumentationen gemäß §4 Abs. 4 (Einzelbewertung)	0
• davon ohne Beanstandung	0
• davon mit geringer Beanstandung	0
• davon mit erheblicher Beanstandung*	0
• davon mit schwerwiegender Beanstandung*	0
Anzahl der angeforderten Stellungnahmen gem. §4 Abs.6	0
Anzahl und Ergebnisse der Kolloquien gem. §4 Abs.6	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Anzahl der Genehmigungswiderrufe gemäß §4 Abs.6	0

C.40 Nichtärztliche Praxisassistenten (NÄPA)

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

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

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	2.470
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2.716
beschiedene Anträge	522
• Genehmigungen	521
• Ablehnungen	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

C.41 Onkologie

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

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

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2024

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	578
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	591
• darunter Ärzte in Neu/Jungpraxen	0
• darunter Ärzte in Praxen die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0
beschiedene Anträge*	85
• davon Genehmigungen	80
• davon Ablehnungen	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	6
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	3
Überprüfung der Dokumentation § 10	
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	46
• davon bestanden	45
• davon nicht bestanden	1
Fortbildungsverpflichtung § 7 1. – 3.	
Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. – 3. erbracht haben	585
Frequenzregelung: Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten	
Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie, die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal erbracht haben gemäß § 3 Abs. 4	Die Anzahl der jährlich betreuten Patienten wird nicht ermittelt.
Ärzte andere Fachgruppen, die den Nachweis über die jährliche Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten/Quartal erbracht haben gemäß § 3 Abs. 4	Die Anzahl der jährlich betreuten Patienten wird nicht ermittelt.
Praxen oder Ärzte, die zur Teilnahme an der Vereinbarung zugelassen sind, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten noch nicht erbringen können (Neu- und Jungpraxen gemäß § 3 Abs. 6)	Die Anzahl der jährlich betreuten Patienten wird nicht ermittelt.
Ärzte, die zur Teilnahme an der Vereinbarung zugelassen sind, aber den Nachweis zur Zahl der jährlich betreuten Patienten nicht erbringen können (Sicherstellungsgründe gemäß § 3 Abs. 7)	Die Anzahl der jährlich betreuten Patienten wird nicht ermittelt.

Bemerkung:

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

C.42 Otoakustische Emissionen

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	494
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	61
beschiedene Anträge*	61
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/ Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	522
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	544
beschiedene Anträge*	77
• davon Genehmigungen	71
• davon Ablehnungen	6
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1
Fortbildungsverpflichtung	
Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung fristgerecht im Berichtsjahr erbracht haben	462

Bemerkung:

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

C.44 Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Photodynamische Therapie (PDT) regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung der PDT am Augenhintergrund mit Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen. Die Vereinbarung beinhaltet außerdem Vorgaben für die Dokumentation der Indikationsstellung bei der Erstbehandlung und für die Durchführung der Dokumentationsprüfung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg jährlich, beziehungsweise bei wiederholter Erfüllung der Anforderungen, alle zwei Jahre stichprobenartig durchgeführt wurde. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages sind die Dokumentationsprüfungen bis zum 31. Dezember 2025 ausgesetzt. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.08.2001, zuletzt geändert zum: 01.07.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	20
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	19
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	0
beschiedene Anträge*	0
neu	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß §6 Abs. 6	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.45 Phototherapeutische Keratektomie

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Phototherapeutische Keratektomie (PTK) regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Durchführung der PTK mit dem Excimer-Laser bei bestimmten Indikationen. Die Vereinbarung beinhaltet daher auch Anforderungen an die Indikationsstellung und deren Dokumentation. Die Dokumentationen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg alle zwei Jahre stichprobenartig überprüft. Durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages sind die Dokumentationsprüfungen bis zum 31. Dezember 2025 ausgesetzt. Nach Ablauf dieses Zeitraums wird über die Notwendigkeit der Fortführung der Dokumentationsprüfung erneut beraten.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007, zuletzt geändert: 01.07.2023

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	12
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	13
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	6
beschiedene Anträge*	1
• davon Genehmigungen	1
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß §7 Abs. 6	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.46 PET und PET/CT

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

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

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

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

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

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016, zuletzt geändert zum: 01.01.2023

PET und PET/CT

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	17
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	18
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	14
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1*	3
neu	3
• davon Genehmigungen	3
• davon Ablehnungen	0
erneut (§ 7 Abs. 4)	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2*	3
neu	3
• davon Genehmigungen	3
• davon Ablehnungen	0
erneut (§ 7 Abs. 4)	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
beschiedene Anträge auf erneute Genehmigung gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
• davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung § 7 Abs. 3	0
• davon wegen § 8 Abs. 6 Nr. 3 (Dokuprüfung)	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1
Dokumentationsprüfungen § 8	
insgesamt geprüfte Ärzte gemäß § 8	7
• davon bestanden	7
• davon nicht bestanden	0
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1 (24 Monate)	7
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	0
Fortbildungsverpflichtung § 7	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben*	13
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten vorgelegt haben	0
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0

Bemerkung:

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

C.47 Psychotherapie

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

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

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

Richtlinienverfahren

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

Psychosomatische Grundversorgung

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

Psychotherapie-Vereinbarung,

Rechtsgrundlage: §82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV, gültig seit 02.02.2017, zuletzt geändert zum 01.10.2021

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 20.11.2020. Inkraft getreten am 18.02.2021

VERWALTUNGSaufWAND	2023
beschiedene Anträge (Verfahren, nicht Therapeuten)	958
• Genehmigungen	955
• Ablehnungen	3

Richtlinienverfahren

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Therapeuten mit mindestens einer Genehmigung zu den Richtlinienverfahren	5.525
• davon Ärzte	1.666
Anzahl beschiedene Anträge*	565
• davon Anzahl Genehmigungen	563
• davon Anzahl Ablehnungen	2
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

Psychotherapie

IM EINZELNEN	NUR FÜR ERWACHSENE	AUCH FÜR KINDER UND JUGENDLICHE	NUR FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
Therapeuten mit Genehmigung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie	1.925	175	479
• davon Ärzte	1.123	86	74
Therapeuten mit Genehmigung zur Verhaltenstherapie	2.102	454	539
• davon Ärzte	388	15	89
Therapeuten mit Genehmigung zur analytischen Psychotherapie	588	84	302
• davon Ärzte	242	33	2
Therapeuten mit Genehmigung zur systemischen Therapie	78	0	0
• davon Ärzte	21	0	0
Therapeuten mit EMDR	247	0	0
• davon Ärzte	56	0	0

Psychosomatische Grundversorgung, übende und suggestive Verfahren

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Ärzte mit Genehmigung zur psychosomatischen Grundversorgung	11.013
Anzahl beschiedene Anträge*	1.267
• davon Anzahl Genehmigungen	1.260
• davon Anzahl Ablehnungen	7
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0
Therapeuten mit Genehmigung zum autogenen Training	1.845
• davon Ärzte	933
Therapeuten mit Genehmigung zur Jacobson'schen Relaxation	2.002
• davon Ärzte	721
Therapeuten mit Genehmigung zur Hypnose	1.248
• davon Ärzte	444

Bemerkung:

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

C.48 Rhythmusimplantat-Kontrolle

Untersuchungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Kardiologie“ oder der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Kinder-Kardiologie“ durchführen, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben, dass sie über die benötigte fachliche Qualifikation verfügen und ihre Praxis die entsprechenden apparativen Voraussetzungen erfüllt, und ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

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

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

GENEHMIGUNGEN HERZSCHRITTMACHERKONTROLLE	
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2022	15
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2023	14
beschiedene Anträge*	2
• davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß §12)	2
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	10
Überprüfung Fortbildungsnachweise § 7	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0
Genehmigungswiderrufe nach §7 Abs. 3 i.V.m. §7 Abs. 1	0
Dokumentationsprüfungen nach §9	
Prüfumfang und -ergebnisse	
nach §9 überprüfte <u>Ärzte</u>	0
nach §9 überprüfte <u>Dokumentationen</u>	0
• davon Dokumentationen mit Beanstandungen	0
• darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach §9 Abs. 3	0
• darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach §9 Abs. 3	0
• davon ohne Beanstandungen	0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach §9 Abs. 3 aufgefordert wurden	0
Kolloquien nach §9 Abs. 3	
durchgeführte Kolloquien nach §9 Abs. 3	0
Kolloquien mit Auflagen	0
Widerrufe wegen gravierender Abweichungen	0
Widerrufe wegen Nichtteilnahme	0

Bemerkung:

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

Rhythmusimplantat-Kontrolle

GENEHMIGUNGEN HERZSCHRITTMACHERKONTROLLE UND ICD	
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2023	5
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2023	2
beschiedene Anträge*	0
• davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	0
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
abrechnende Ärzte	2
Überprüfung Fortbildungsnachweise § 7	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0
Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0
Dokumentationsprüfungen nach § 9	
Prüfumfang und -ergebnisse	
nach § 9 überprüfte <u>Ärzte</u>	0
nach § 9 überprüfte <u>Dokumentationen</u>	0
• davon Dokumentationen mit Beanstandungen	0
• darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	0
• darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	0
• davon ohne Beanstandungen	0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	0
Kolloquien nach § 9 Abs. 3	
durchgeführte Kolloquien nach § 9 Abs. 3	0
Kolloquien mit Auflagen	0
Widerrufe wegen gravierender Abweichungen	0
Widerrufe wegen Nichtteilnahme	0
GENEHMIGUNGEN HERZSCHRITTMACHERKONTROLLE, ICD UND CRT	
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2023	395
Ärzte mit Genehmigungen Stand 31.12.2023	408
beschiedene Anträge*	48
• davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	47
• davon Ablehnungen	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	370
Überprüfung Fortbildungsnachweise § 7	
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	60
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0
Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0
Dokumentationsprüfungen § 9	
Prüfumfang und -ergebnisse	
nach § 9 überprüfte <u>Ärzte</u>	64
nach § 9 überprüfte <u>Dokumentationen</u>	1280
• davon Dokumentationen mit Beanstandungen	60
• darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	60
• darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	0
• davon ohne Beanstandungen	1220
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	6
Kolloquien § 9 Abs. 3	
durchgeführte Kolloquien nach § 9 Abs. 3	0
Kolloquien mit Auflagen	0
Widerrufe wegen gravierender Abweichungen	0
Widerrufe wegen Nichtteilnahme	0

C.49 Schlafbezogene Atmungsstörungen

Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Polygraphie und 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, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, behandlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können.

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie, Stand 31.12.2022	644
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und/oder Polysomnographie, Stand 31.12.2023	687
• davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	615
• davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	62
• davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie*	10
beschiedene Anträge*	105
• davon Genehmigungen	105
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §8 Abs. 3	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.50 Schmerztherapie

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	176
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	164
beschiedene Anträge*	20
neu (erstmalig)	20
• davon Genehmigungen	18
• davon Ablehnungen	2
erneut gemäß §5 Abs. 5	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	16
• davon Genehmigungen	16
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß §10 Abs. 4	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Kolloquien gemäß §4 Abs. 3 Nr. 4	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §10 Abs. 3	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß §10 Abs. 2	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Dokumentationsprüfung gemäß §7 Abs. 2 (fakultativ)	
geprüfte Ärzte	8
• davon Anforderungen erfüllt	8
• davon Anforderungen nicht erfüllt	0
Dokumentationsprüfung und Maßnahmen gemäß §8 (ausschließlich Ärzte, die innerhalb des definierten Nachweiszeitraums – aktuell 01.01.2021 bis 31.12.2022 – erstmals die Genehmigung erhalten haben) *	
geprüfte Ärzte	11
• davon Anforderungen erfüllt	11
• davon Anforderungen nicht erfüllt	0
geprüfte Dokumentationen	132
• davon ohne Beanstandungen	110
• davon mit Beanstandungen	22

Schmerztherapie

GENEHMIGUNGEN	
Stellungnahmen gemäß §8 Abs. 2	2
• davon ohne Beanstandungen	2
• davon mit Beanstandungen	0
Kolloquien gemäß §8 Abs. 2	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe gemäß §8 Abs. 2	0
Dokumentationsprüfung und Maßnahmen gemäß §8 (ausschließlich Ärzte, die nach dem definierten Nachweiszeitraum – aktuell 01.01.2021 bis 31.12.2022 – erstmals die Genehmigung erhalten haben) *	
geprüfte Ärzte	0
• davon Anforderungen erfüllt	0
• davon Anforderungen nicht erfüllt	0
geprüfte Dokumentationen	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Stellungnahmen gemäß §8 Abs. 2	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Kolloquien gemäß §8 Abs. 2	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe gemäß §8 Abs. 2	0
Nachweispflicht §5 Abs. 5	
Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß §5 Abs. 3 vorgelegt haben	163

Bemerkung:

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

C.51 Sozialpsychiatrie

Diese Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch soll vorwiegend bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. Besonderes Kennzeichen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist die Kooperation mit komplementären Berufen, die ihren Ausdruck in der Beschäftigung eines sogenannten Praxisteam (Heilpädagoge und Sozialarbeiter) im Umfang von mindestens 1,5 Vollzeitkräften findet.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: §85 Abs. 2 Satz 4 und §43a SGB V, geregelt in Anlage II BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2019, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 01.07.2013

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	79
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	83
beschiedene Anträge*	14
• davon Genehmigungen	14
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.52 Soziotherapie

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

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

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

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

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

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie), Rechtsgrundlage: §37a i. V. m. §92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2002, Neufassung seit 15.04.2015, zuletzt geändert zum: 01.04.2021

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2022	606
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2023	644
beschiedene Anträge*	72
• davon Genehmigungen	72
• davon Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.53 Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

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

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 4: Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen, Rechtsgrundlage: §135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.II.1995

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	152
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	152
beschiedene Anträge*	21
• davon Genehmigungen	21
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsstellung)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.54 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 Strahlenschutzverordnung und des Strahlenschutzgesetzes, als übergeordnete Rechtsvorschriften, erfüllt werden. Neben der erforderlichen Betriebsgenehmigung und/oder Anzeigebestätigung müssen alle Antragsteller die jeweiligen Fachkunden im Strahlenschutz durch die Vorlage der entsprechenden Fachkundebescheinigungen der Ärztekammern nachweisen.

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.10.2020

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

C.54.1 Konventionelle Röntgendiagnostik

GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 5	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	2.621
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2.607
beschiedene Anträge*	411
• davon Genehmigungen	405
• davon Ablehnungen	6
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	10
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135B ABS. 2 SGB V	
Prüfumfang	
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	2.154
geprüfte Ärzte	132
Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	132
anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2	0
Begründung, falls die Anzahl der einer Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1 unterzogenen Ärzte unter der Vorgabe lag (vgl. § 6 Abs. 2 Satz 2) oder falls die Anzahl der zwölf zu prüfenden Dokumentationen unterschritten wurde, sonstige Kommentare	Entfällt
Prüfergebnisse	
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1	
• keine Beanstandungen	119
• geringe Beanstandungen	12
• erhebliche Beanstandungen	1
• schwerwiegende Beanstandungen	0
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2	
• keine Beanstandungen	0
• geringe Beanstandungen	0
• erhebliche Beanstandungen	0
• schwerwiegende Beanstandungen	0
Maßnahmen	
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	12
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/ aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b	1
• davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0
• davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	1
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d	0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1, § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 f, § 10 Abs. 2, § 11 Abs. 8 sowie § 12 Abs. 2 und § 12 Abs. 6 S. 1	0
• davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0
• davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0

Bemerkung:

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

C.54.2 Computertomographie

GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 7	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	643
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	660
beschiedene Anträge*	100
• davon Genehmigungen	100
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.54.3 Osteodensitometrie

GENEHMIGUNGEN § 4 UND § 8	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	203
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	227
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	160
beschiedene Anträge*	50
• davon Genehmigungen	49
• davon Ablehnungen	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	1
• davon bestanden	1
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1

Bemerkung:

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

C.54.4 Strahlentherapie

GENEHMIGUNGEN § 9	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	183
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	188
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	173
Ärzte, die Leistungen der SRS abrechnen	0
beschiedene Anträge*	32
• davon Genehmigungen	31
• davon Ablehnungen	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	1
• davon bestanden	1
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Dokumentationsprüfungen § 13	
insgesamt geprüfte Dokumentationen gemäß § 13a Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0

Bemerkung:

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

C.54.5 Nuklearmedizin

GENEHMIGUNGEN § 10	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	164
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	167
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	134
beschiedene Anträge*	26
• davon Genehmigungen	26
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0

Bemerkung:

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

C.55 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Zur Substitutionsbehandlung sind qualifizierte Ärzte mit der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizin“ nach erteilter Genehmigung durch die KV zugelassen (Anlage I Nr. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung). Mit In-Kraft-Treten der Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung am 12. Juni 2010 ist auch die diamorphingestützte Substitution zu Lasten der GKV in speziellen ambulanten Einrichtungen möglich. Voraussetzung ist die in den Richtlinien vorgesehene Indikationseingrenzung (Schwerstabhängigkeit), eine spezielle ärztliche Qualifikation, eine landesrechtliche Erlaubnis für die jeweilige Einrichtung mit organisatorischen und räumlichen Vorgaben, eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg sowie die Einhaltung der weiteren Anforderungen der Richtlinie. Die substituierenden Ärzte entscheiden über das Vorliegen der Substitutions-Indikation. Für jeden substituierten Patienten müssen die Ärzte zu Beginn der Behandlung ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erstellen, das auch die begleitende psychosoziale Betreuung einbezieht.

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

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

**Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 2:
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger,**

Rechtsgrundlage: §135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1991, zuletzt hierzu geändert zum: 07.12.2018

Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	360
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023*	480
• abrechnende = aktive Ärzte (3. Quartal 2023)**	358
beschiedene Anträge***	52
• davon Genehmigungen	52
• davon Ablehnungen	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 5	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Ärzte im Konsiliarverfahren	226
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2
Dokumentationsprüfungen § 8 Abs. 3****	
geprüfte Ärzte	224
geprüfte Fälle****	416
• davon keine Beanstandungen	303
• davon geringe Beanstandungen	62
• davon erhebliche Beanstandungen	34
• davon schwerwiegende Beanstandungen	2
2-Jahres-Überprüfungen § 3 Abs. 11	
geprüfte Fälle	5
• davon ohne Änderung der Behandlung	5
• davon mit Änderung der Behandlung	0

Bemerkungen:

*Die Zählweise wurde in diesem Berichtsjahr angepasst.

**Die Anzahl enthält auch die Ärzte im Konsiliarverfahren

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

**** Noch nicht vollständig beschieden, da Nachforderungen/Fragen von Seiten der Kommission bestehen oder noch nicht vollständig vorliegen

C.56 Telemonitoring bei Herzinsuffizienz

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

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	88
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	103
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2023)	38
beschiedene Anträge*	32
• davon Genehmigungen	32
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien (Antragsverfahren) gemäß §8 Abs. 4	0
• davon bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß §8 Abs. 6	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Patienten**	
Anzahl der mit Telemonitoring versorgten Patienten	1.177
Anzahl der mit intensiviertem Telemonitoring versorgten Patienten	372
Anzahl der an die KV übertragenen Jahresstatistiken nach §7	25

Bemerkungen:

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

**Stand 31.05.2024. Die Frist für die Einreichung der Daten wurde bis zum 31.05.2024 verlängert.

C.57 Ultraschalldiagnostik

Am 1. April 2009 trat eine bundesweite Ultraschall-Vereinbarung in Kraft (Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V zuletzt geändert 01.01.2024).

Diese Vereinbarung besteht aus drei Teilen:

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

Strukturqualität

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

Abnahme- und Konstanzprüfung

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

Stichprobenprüfung

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

Säuglingshüfte

Die Kindervorsorgeuntersuchung U₃ bei Kindern in der vierten bis fünften 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 Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit nach einheitlichen Prüfkriterien beurteilt. Die Anlage V wurde zum 1. April 2012 geändert.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.01.2024

Ultraschalldiagnostik

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2022	12.682
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2023	12.885
beschiedene Anträge (Ärzte)**	1.346
neu	1.346
• davon Genehmigungen	1.048
• davon Ablehnungen	298
erneut n. § 11 Abs. 7	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	1.009
• davon Genehmigungen	1.009
• davon Ablehnungen	0
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)**	10.329
neu	5.453
• davon Genehmigungen	4.658
• davon Ablehnungen	795
erneut	4.876
• davon Genehmigungen	4.876
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	159
• davon bestanden	145
• davon nicht bestanden	14
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	10
• davon bestanden	6
• davon nicht bestanden	4
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	3
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	5
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	9
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	18
Ärzte mit Genehmigung zu den einzelnen Anwendungsbereichen, Stand 31.12.2023	
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	515
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	234
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	420
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und/oder B-Modus	612
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.669
3.3 Schilddrüse, B-Modus	5.754
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	690
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	267
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	71
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	7
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	431
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	16
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	2.058
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	25
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.519
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7.655
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	266
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	114
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.262
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	4.864
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	593
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.690
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.528

Ultraschalldiagnostik

GENEHMIGUNGEN	
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.355
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	741
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshöften), B-Modus	1.261
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.197
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.630
12.1 Haut, B-Modus	12
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	233
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.470
20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	1.260
20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	273
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	475
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	421
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.082
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	333
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	881
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	266
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	1.111
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	507
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	674
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	265
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	74
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	8
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	156
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	714
23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	25
Geräteprüfungen/apparative Ausstattung	
US-Systeme	
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß §2 (31.12.2022)	16.789
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß §2 (31.12.2023)	16.994
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§9)	
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß §2c	651
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bildokumentation) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§9)	
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß §2c	561
Überprüfung der ärztlichen Dokumentation § 11	
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2 a) = GESAMT	
geprüfte Ärzte	673
• davon ohne Beanstandung	224
• davon mit geringer Beanstandung	339
• davon mit erheblicher Beanstandung	36
• davon mit schwerwiegender Beanstandung	74
Begründung wenn nicht im vorgegebenen Umfang geprüft wurde, sonstige Bemerkungen.	
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	3.372
• davon ohne Beanstandung	1.756
• davon mit geringer Beanstandung	1.106
• davon mit erheblicher Beanstandung	264
• davon mit schwerwiegender Beanstandung	246
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation	
• darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung*	132
• darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit*	118
• darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden*	105
• darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose*	237
• darunter Beanstandungen wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefunden*	211

Ultraschalldiagnostik

GENEHMIGUNGEN

bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation

• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	150
• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	205
• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	93

Prüfungen gemäß §11 Abs. 2 b) = SCHWERPUNKT (ggf.)

geprüfte Ärzte	206
-----------------------	-----

• davon ohne Beanstandung	56
• davon mit geringer Beanstandung	104
• davon mit erheblicher Beanstandung	17
• davon mit schwerwiegender Beanstandung	29

geprüfte ärztlichen Dokumentationen und zugehörigen Bilddokumentationen	1032
--	------

• davon ohne Beanstandung	462
• davon mit geringer Beanstandung	363
• davon mit erheblicher Beanstandung	111
• davon mit schwerwiegender Beanstandung	96

bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation

• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung*	61
• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit*	51
• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden*	28
• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose*	94
• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Konsequenzen und/oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefunden*	80

bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation

• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6*	66
• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund*	86
• darunter Beanstandungen wegen §10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund*	47

Wiederholungsprüfungen gemäß §11 Abs. 5

geprüfte Ärzte	55
-----------------------	----

• davon ohne Beanstandung	18
• davon mit geringer Beanstandung	27
• davon mit erheblicher Beanstandung	4
• davon mit schwerwiegender Beanstandung	6

geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	275
--	-----

• davon ohne Beanstandung	156
• davon mit geringer Beanstandung	79
• davon mit erheblicher Beanstandung	14
• davon mit schwerwiegender Beanstandung	26

Kolloquien gemäß §11 Abs. 6	8
------------------------------------	---

• davon bestanden	8
• davon nicht bestanden	0

Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung – Ärzte	3
---	---

Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung – Anwendungsbereiche	3
--	---

Bemerkungen:

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

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

Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.189
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.198
beschiedene Anträge*	67
neu gemäß § 2	67
• davon Genehmigungen	65
• davon Ablehnungen	2
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
neu wg. Statuswechsel u.ä.	99
• davon Genehmigungen	99
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	1
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
abrechnende Ärzte (Vorjahr) 3. Quartal 2022	902
Dokumentationsprüfungen	
Initialprüfungen	
geprüfte Ärzte	40
• davon ohne Beanstandungen	28
• davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	11
• davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1
• Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	1
• Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	4
• davon ohne Beanstandungen	1
• davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0
• darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
• davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1
• Ärzte, die an einem Fortbildungskurs gemäß Anlage V § 11 Abs. 3 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	3
• Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Prüfungen innerhalb 2 Jahre	
geprüfte Ärzte	37
• davon ohne Beanstandungen	35
• davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2
• davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0
• Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0
• Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	0
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0
• darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
• davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0
• Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0
• Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0

Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte

GENEHMIGUNGEN	
Prüfungen innerhalb 5 Jahre	
geprüfte Ärzte	109
• davon ohne Beanstandungen	100
• davon mit Beanstandungen gemäß §9 Abs. 2a	9
• davon mit Beanstandungen gemäß §9 Abs. 2b i.V.m. §11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0
• Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0
• Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß §6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Wiederholungsprüfungen gemäß §9 Abs. 2a	9
• davon ohne Beanstandungen	6
• davon mit Beanstandungen gemäß §9 Abs. 2a	2
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0
• darunter Kolloquien gemäß §7 Abs. 2	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
• davon mit Beanstandungen gemäß §9 Abs. 2b i.V.m. §11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1
• Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	1
• Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß §6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0
Beratungen gemäß §10 Abs. 2	3
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
insgesamt geprüfte Dokumentationen	2.362
• davon regelrecht (Stufe I)	2.244
• davon eingeschränkt (Stufe II)	77
• davon unzureichend (Stufe III)	41
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß §10 Abs. 3	0
Bei Dokumentationen der Stufe III analog §8 Abs. 2	41
• davon Mängel ausschließlich in der Bilddokumentation	29
• davon Mängel ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0
• davon Mängel sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	12

Bemerkung:

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

C.58 Vakuumbiopsie der Brust

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

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

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

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

Vakuumbiopsie

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	53
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	49
beschiedene Anträge*	3
neu	4
• davon Genehmigungen	4
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0
• davon ohne Mängel	0
• davon mit Mängeln	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
• davon wegen nicht Erreichen der Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	0
• davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	1
Dokumentationsprüfung § 9	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	
abrechnende Ärzte	34
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1**	20
• davon bestanden	15
• davon nicht bestanden	5
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	5
• davon bestanden***	0
• davon nicht bestanden	0
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5 b	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
vorgezogene Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
geprüfte Dokumentationen****	200
• davon vollständig und nachvollziehbar	171
• davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0
• davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	25
• davon weder vollständig noch nachvollziehbar	4
Frequenzregelung	
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien <u>innerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs)	
Ärzte mit ... <u>abgerechneten Vakuumbiopsien</u>	< 25
	34
Ärzte, die durch Nachweis von <u>außerhalb</u> des vertragsärztlichen Bereichs erbrachter Leistungen die Mindestfrequenz von 25 erreicht haben	
	26
	≥ 25
	8
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: < 25	8
Frequenz nach Anerkennung der außerhalb erbrachten Leistungen: ≥ 25	34

Bemerkungen:

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

** angefordert wurden 25 Ärzte

*** noch offen, werden in 2024 geprüft

**** durch Absage von Kommissionsarzt konnte nicht alles geprüft werden

C.59 Zweitmeinungsverfahren

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

Die Richtlinie bestimmt, für welche planbaren Eingriffe Patientinnen und Patienten einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung haben. Sie legt außerdem die allgemeinen und indikationsspezifischen Anforderungen an das Zweitmeinungsverfahren und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest. Bisher besteht gemäß Zm-RL ein Zweitmeinungsanspruch für folgende operative Eingriffe: Amputation beim diabetischen Fußsyndrom, Eingriff an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie), Gebärmutterentfernung (Hysterektomie), Gelenkspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopie), Implantation einer Knieendoprothese, Eingriff an der Wirbelsäule, kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen und Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators, Cholezystektomie (ab 01.01.2023).

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

Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL), Rechtsgrundlage: §27b Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 08.12.2018, zuletzt geändert zum: 01.01.2023

C.6o Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri

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

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert von allen zytologieverantwortlichen Ärzten im zweijährigen Abstand jeweils zwölf Präparate mit den dazugehörigen Dokumentationen an. Ferner müssen zytologieverantwortliche Ärzte und Präparatebefunder alle zwei Kalenderjahre themenbezogene Fortbildungen über 40 Stunden nachweisen.

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

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie), Rechtsgrundlage: §135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2015 (vormalige Versionen seit dem 01.07.1992), zuletzt geändert zum: 01.01.2024

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

GENEHMIGUNGEN	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	80
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	76
beschiedene Anträge*	9
neu	9
• davon Genehmigungen	8
• davon Ablehnungen	1
erneut gemäß §7 Abs. 7	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
nach Widerruf gemäß §8 Abs. 4	0
• davon Genehmigungen	0
• davon Ablehnungen	0
Präparateprüfungen gemäß §3 Abs. 1 Nr. 3	3
• davon bestanden	2
• davon nicht bestanden	1
Praxisbegehungen gemäß §11 Abs. 2	0
• davon ohne Beanstandungen	0
• davon mit Beanstandungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
• davon wegen Mängeln in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß §7 Abs. 6	0
• davon wegen Mängeln in der Jahresstatistik gemäß §8 Abs. 4	0
Rückgabe/Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0
Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation §7	
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)	
abrechnende Ärzte (III/2023)	73

Zervix-Zytologie

GENEHMIGUNGEN	
Prüfungen gemäß §7 Abs. 3 – Ärzte	13
• davon bestanden	12
• davon nicht bestanden	1
Wiederholungsprüfungen gemäß §7 Abs. 6 – Ärzte	2
• davon bestanden	1
• davon nicht bestanden	1
Kolloquien gemäß §7 Abs. 6***	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden	0
Widerrufe gemäß §7 Abs. 6	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)	
Prüfungen gemäß §7 Abs. 3	
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	156
• davon ohne Beanstandungen	142
• davon mit Beanstandungen	14
bei Beanstandungen	
• darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	12
• darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung	1
• darunter mit unvollständiger Dokumentation	2
Wiederholungsprüfungen gemäß §7 Abs. 6	
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	24
• davon ohne Beanstandungen	12
• davon mit Beanstandungen	12
bei Beanstandungen	
• darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität**	12
• darunter mit nicht zutreffender/unvollständiger Präparatebeurteilung**	0
• darunter mit unvollständiger Dokumentation**	2
Prüfung der Jahresstatistik §8 Abs. 4	
abrechnende Labore (2023)	59
vorgelegte Jahresstatistiken bezogen auf abrechnende Praxen, in %	100
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2022)	59
• davon ohne Auffälligkeiten	50
• davon mit Auffälligkeiten	9
Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	9
• davon ausreichend begründete Stellungnahmen	9
• davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0
Kolloquien	0
• davon bestanden	0
• davon nicht bestanden – Auflage	0
• davon nicht bestanden – Widerruf	0
Fortbildungsverpflichtung §9	
Ärzte, die 2023 Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß §9 Abs. 1 vorgelegt haben	76
Präparatebefunder	
Präparatebefunder nach §4 Abs. 2 insgesamt	223
Präparatebefunder, für die Unterlagen für 2022 zur Fortbildungsverpflichtung gemäß §9 Abs. 2 vorgelegt wurden	223

Bemerkungen:

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

** Mehrfachnennung möglich

*** erst in 2024

D Genehmigungen auf Grundlage des EBM

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

D.1 Diabetischer Fuß

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

D.2 Funktionsstörung der Hand

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

D.3 Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung und orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung

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

D.4 Krebsfrüherkennung der Frau

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches konnte bis 31.12.2019 die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltene Leistung nach der GOP 01730 EBM „Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat. Ab dem 01.01.2020 wurde die GOP 01730 EBM durch die GOP 01760 EBM ersetzt. Zusätzlich wurden die GOP 01761 EBM „Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. §6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ und 01764 EBM „Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. §7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)“ eingeführt.

Die ab dem 1. Januar 2008 eingeführte GOP 01735 EBM „Beratung gemäß 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“ bleibt bestehen. Hausärzte, welche berechtigt waren, die GOP 01730 EBM abzurechnen, haben automatisch die GOP 01760 EBM erhalten und erfüllen auch die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der GOP 01735, 01761, 01764 EBM.

D.5 Empfängnisregelung

Ein Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches kann die grundsätzlich den Gynäkologen vorbehaltenen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen: 01821, 01822, 01828 EBM „Empfängnisregelung“ nur dann abrechnen, wenn er über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügt oder nachweisen kann, dass er bereits vor dem 31. Dezember 2002 die entsprechenden Leistungen abgerechnet hat. Zusätzlich wurden zum 01.04.2020 die GOP 01823 EBM „Zuschlag Beratung zum Chlamydien screening“ und die GOP 01824 EBM „Veranlassung Untersuchung auf Chlamydia trachomatis“ eingeführt.

D.6 Neurophysiologische Übungsbehandlung

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

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

D.7 Physikalische Therapie

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

LEISTUNG RECHTSGRUNDLAGE EBM		DIABETISCHER FUSS	FUNKTIONS- STÖRUNG DER HAND	ORIENTIERENDE ENTWICKLUNGS- NEURO- LOGISCHE UNTERSUCHUNG	KREBSFRÜH- ERKENNUNG BEI DER FRAU	EMPFÄNGNIS- REGELUNG	NEUROPHYSIO- LOGISCHE ÜBUNGS- BEHANDLUNG	PHYSIKALISCHE THERAPIE
Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.	2023	1.112	647	173	349	364	53	79
beschiedene Anträge	2023	46	44	4	2	2	0	0
• Genehmigungen	2023	39	44	4	2	2	0	0
• Ablehnungen	2023	7	0	0	0	0	0	0
• Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2023	0	0	0	0	0	0	0

E Regionale Vereinbarungen

E.1 Diabetes Mellitus (Vertrag mit der DAK Gesundheit, mhplus BKK, Schwenninger BKK, der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännische Krankenkasse und der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG))

Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, der DAK Gesundheit, der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse und der BKK VAG über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des §73 c SGB V a.F. bzw. §140 a SGB V.

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

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

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

Für folgende Krankheitsbilder gibt es Module:

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	1.636
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	219
• davon Teilnahme	219
• davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

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

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	1.142
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	220
• davon Teilnahme	220
• davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

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

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	783
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	220
• davon Teilnahme	220
• davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E.2 Frühe Hilfen

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

Teilnahmeberechtigt sind:

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

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

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

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

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

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	149
beschiedene Anträge	15
• Genehmigungen	15
• Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

E.3 COPD-Vertrag: Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen

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

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

Teilnahmevoraussetzungen

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

Die Teilnahme muss einmalig mittels der Arztteilnahmeerklärung schriftlich gegenüber der KVBW erklärt werden. Auch die teilnahmeberechtigten Versicherten der IKK classic müssen einmalig eine Versichertenteilnahmeerklärung unterzeichnen, welche nach Unterzeichnung durch die Praxis an die IKK classic weitergeleitet werden muss.

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

Die HEK ist dem Vertrag zum 1.04.2021 beigetreten. Mit der DAK-Gesundheit wurde zum 1. Juli 2023 ein weiterer COPD-Vertrag abgeschlossen.

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen	145
Eingegangene Teilnahmeerklärungen	70
• davon Teilnahme	70
• davon Ablehnungen der Teilnahme	0
Widerrufe der Teilnahme	0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme	0

E.4 Venentherapie

Die Vereinbarung zur Venentherapie – AOK BW zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation) gemäß §83 SGB V besteht seit 1. September 2012 und endete am 31. März 2018. Seit dem 1. April 2018 gilt die Vereinbarung zur Venentherapie gemäß §140 a SGB V. Ziel der Vereinbarung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie ist es, den Versicherten der AOK Baden-Württemberg die Inanspruchnahme dieser qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Behandlung zu ermöglichen und dadurch nicht notwendige stationäre Leistungen einzusparen. Gegenstand der Vereinbarung ist die ambulante Behandlung der Varizen eines Beines durch endovenöse Lasertherapie oder Radiofrequenzablation, sowie die Erbringung der dadurch erforderlichen eingriffsbedingten Nachbehandlungen. In der Fassung vom 1. Januar 2019 wurde der Vertrag um den §10 Veröffentlichung und Übermittlung einer Liste der teilnehmenden Ärzte ergänzt sowie der §6 Vergütung angepasst. Die Anlage 3 wurde ebenfalls angepasst. In der Fassung vom 01. Juli 2021 trat die 2. Änderungsvereinbarung in Kraft. Die Vergütung nach §6 wurde angepasst.

Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zugelassene und ermächtigte Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Chirurgie und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie, jeweils mit einer Genehmigung nach §115 b SGB V. Um die Leistungen dieser Vereinbarung abzurechnen, ist eine Genehmigung der KVBW notwendig. Fachärzte für Anästhesiologie können Leistungen nach dieser Vereinbarung 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: §140a SGB V, gültig seit dem 01.01.2019**

GENEHMIGUNGEN		31.12.23
Ärzte mit Genehmigung		166
beschiedene Anträge		10
• Genehmigungen		10
• Ablehnungen		0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen		0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung		0

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

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

Teilnahmeberechtigt sind Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, Kinder- und Jugendpsychiater mit der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie, Kinder- und Jugendärzte mit der Abrechnungsgenehmigung Psychotherapie sowie ärztliche Psychotherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

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

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Ärzte/Psychotherapeuten mit Genehmigung	139
beschiedene Anträge	6
• Genehmigungen	6
• davon Anzahl Ablehnungen	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

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

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

Die KVBW und die DAK-Gesundheit haben zum 1. Oktober 2019 den Vertrag über die Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie abgeschlossen.

Die Vereinbarung gilt auch für die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), die Techniker Krankenkasse (TK, ab 01.04.2020), die BKK VAG (ab 01.01.2021) und die BIG direkt gesund (ab 01.04.2022).

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

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

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

Für folgende Krankheitsbilder gibt es Module:

- Vaskuläre Komplikationen
- Nephrologische Komplikationen

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

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

GENEHMIGUNGEN		31.12.23
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen		1.555
Eingegangene Teilnahmeerklärungen		215
• davon Teilnahme		215
• davon Ablehnungen der Teilnahme		0
Widerrufe der Teilnahme		0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme		0

E.7 Kinder-Früherkennungsuntersuchung J2, U10, U11 (Vertrag nach §73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2 sowie U10/U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin, gilt für die TK und Knappschaft)

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

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

Vertrag zwischen der Techniker Krankenkasse bzw. der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der bvkj.Service GmbH, Köln über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2, U10/U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin nach §73c SGB V, gültig ab 1.07.2010.

GENEHMIGUNGEN		31.12.23
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen		1.435
Eingegangene Teilnahmeerklärungen		94
• davon Teilnahme		94
• davon Ablehnungen der Teilnahme		0
Widerrufe der Teilnahme		0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme		0

E.8 Willkommen Baby

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

Zum 01.01.2021 gab es eine klarstellende Regelung zum Frühultraschall. Hintergrund: Der §10 der Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSV) besagt, dass bei der Anwendung von Ultraschallgeräten zu nichtmedizinischen Zwecken ein Fötus nicht exponiert werden darf.

Des Weiteren musste aufgrund einer aufsichtsrechtlichen Beanstandung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) der Vertrag bundesweit zum 01.07.2021 angepasst werden. Folglich mussten die vertraglich vereinbarten Akupunkturleistungen zur Geburtsvorbereitung aus dem Vertrag genommen werden, da die Akupunktur bei dieser Indikation nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf und somit auch nicht Bestandteil von Verträgen nach §140a SGB V sein kann. Die Akupunktur zur Geburtsvorbereitung ist seit diesem Zeitpunkt nicht mehr abrechenbar.

Vertrag auf der Grundlage §140a Abs. 1 SGB V über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren zwischen der DAG Gesundheit, dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
Rechtsgrundlage: §140a Abs. 1 SGB V, gültig seit dem 01.10.2016, zuletzt geändert zum 01.07.2021

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	703
Anzahl beschiedene Anträge	48
• davon Anzahl Genehmigungen	48
• davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

E.9 Hallo Baby

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

Der Vertrag wurde i. Juli 2021 angepasst. Mit der Anpassung wurden zwei zusätzliche, extrabudgetäre Leistungen in den Vertrag aufgenommen, sowie die Vertragsziele und einige Anlagen angepasst.

Neben einem zweiten Toxoplasmosesuchtest (bei negativer Ersttestung) wurde ein ärztliches Beratungsgespräch zur Förderung der natürlichen Geburt (im Rahmen einer Videosprechstunde oder bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt) als neue extrabudgetäre Leistung in den Vertrag aufgenommen. Die Möglichkeiten zur Videosprechstunde, zum Beispiel im Rahmen der Risikoauflärung, wurde flexibel erweitert.

Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß §140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen („Hallo Baby“) zwischen BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Bayern, der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg, BKK Landesverband Mitte, BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Hessen, BKK Landesverband Nordwest, BKK Landesverband Mitte – Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL) und Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination
 Gültigkeit: 01.02.2019, geändert zum 1.07.2021

GENEHMIGUNGEN	31.12.23
Anzahl Ärzte mit Genehmigung	613
Anzahl beschiedene Anträge	63
• davon Anzahl Genehmigungen	63
• davon Anzahl Ablehnungen	0
Anzahl Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0
Anzahl Rückgabe/Beendigung der Abrechnungsgenehmigung	0

E.10 OrthoKids

OrthoKids ist ein Projekt, welches aus den Fördermitteln des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über einen Zeitraum von vier Jahren gefördert wird. Hauptinhalt des Projektes ist es, eine zusätzliche orthopädische Vorsorgeuntersuchung für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 14 Jahren einzuführen und zu evaluieren.

Das Projekt OrthoKids wird in ganz Baden-Württemberg durchgeführt. Die Konsortialführung liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg. Als weitere Projektpartner sind die Universität zu Köln mit dem Institut für Gesundheitsökonomische und Klinische Epidemiologie (IGKE), das Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart mit der Orthopädischen Klinik des Olgahospitals und das Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS beteiligt. Zu den Kooperationspartnern gehört unter anderem der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Teilnahme- und förderberechtigt sind alle im Bereich der KVBW zugelassenen, ermächtigten oder angestellten Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. Physikalische und Rehabilitative Medizin, welche die Inhalte der Teilnahme- und Förderbedingungen anerkennen und deren Umsetzung gewährleisten.

Teilnahmeberechtigt am Projekt OrthoKids sind Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren, welche bei einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse (familien-)versichert sind. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenfrei.

OrthoKids ist ein vom Innovationsfonds (§§92a Abs. 1 und 92b SGB V) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Projekt, über dessen Förderung der Innovations-ausschuss beim G-BA mit Förderbescheid vom 1. März 2021 positiv beschieden hat.

GENEHMIGUNGEN		31.12.23
Ärzte welche am Vertrag teilnehmen		301
Eingegangene Teilnahmeerklärungen		42
• davon Teilnahme		42
• davon Ablehnungen der Teilnahme		0
Widerrufe der Teilnahme		0
Rückgabe/Beendigung der Teilnahme		1

F Qualitätsförderung

F.1 Fortbildungsverpflichtung

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

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

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

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

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

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

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

In der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg waren im Jahr 2023 2531 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten zum Nachweis ihrer Fortbildung verpflichtet. 2511 haben den Nachweis gegenüber der KVBW erbracht, dies entspricht gut 99,2 Prozent. Gegen 20 Nachweispflichtigen wurden die gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen eingeleitet.

FORTBILDUNGSPFLICHT: NACHWEISZEITRAUM		01.01.2023 – 31.12.2023
Anzahl Nachweispflichtige Ärzte/Psychotherapeuten		2.531
Anzahl Erfüller		2.511
Anzahl Nicht-Erfüller		20
Erfüllung in Prozent		99,2 %

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.

G Rechtsgrundlagen und Instrumente

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE	ADHS	AKUPUNKTUR	AMBULANTES OPERIEREN	APHERESEN	ARTHROSKOPIE	ATMP	AUSSERKLINISCHE INTENSIV- PFLEGE	BALNEOPHOTOTHERAPIE	BLUTREINIGUNGSVERFAHREN/ DIALYSE	BOTOXBEHANDLUNGEN BEI BLASENFUNKTIONSSTÖRUNGEN	COMPUTERTOMOGRAPHIE	DISEASE-MANAGEMENT- PROGRAMME
RECHTSGRUNDLAGE	§135 ABS. 2 SGB V §25A ABS. 2 SATZ 1 I. V. M. §92 ABS. 1 SATZ 2 NR. 3 und ABS. 4 SGB V	§73C SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 1 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V §135B §92 ABS. 1	§136A ABS. 5 SATZ 1 SGB V	AKI-RICHTLINIE DES GB-A	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V ANLAGE 91 BMV §25A ABS. 2 SATZ 1 I. V. M. §92 ABS. 1 SATZ 2 NR. 13 I. V. M. §136 ABS. 1 SATZ 1 NR. 1 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V §135 B I.V.M. §92 ABS.1	§137 F SGB V AUF GRUNDLAGE DES §83 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)													
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	x		x	x	x	x			x	x		x	
FREQUENZREGELUNG	x			x						x			
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG	x			x						x			
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE									x				
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	x		x	x		x			x	x		x	
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG			x		x	x			x			x	
FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL	x	x	x								x		x
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION													x
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	x	x	x		x	x			x				x
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)			x			x						x	

Rechtsgrundlagen und Instrumente

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	GERIATRIE – SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK	GESUND SCHWANGER	HISTOPATHOLOGIE IM HAUTKREBS-SCREENING	HIV/AIDS	HIV-PRÄEXPOSITIONS-PROPHYLAXE (HIV-PREP)	HOMÖOPATHIE	HÖRGERÄTEVERSORGUNG JUGENDLICHE UND ERWACHSENE	HÖRGERÄTEVERSORGUNG – KINDER	HYPERBARE SAUERSTOFF-THERAPIE	INTERSTITIELLE LDR-BRACHYTHERAPIE	INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE	INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE	INVASIVE KARDIOLOGIE	KAPSELENDOSKOPIE
RECHTSGRUNDLAGE	§135 ABS. 2 SGB V	§140A SGB V	§135 ABS. 2 SGB V §25 ABS. 4 SATZ 2 I. V. M. §92 ABS. 1 SATZ 2 NR. 3 UND ABS. 4 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	ANLAGE 33 ZUM BMV-Ä	§73 C SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§136 ABS. 1 SATZ 1 NR. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)														
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	x		x	x			x	x	x		x	x	x	x
FREQUENZREGELUNG			x	x	x						x		x	x
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG	x		x	x			x	x	x		x		x	x
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE							x	x	x					
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	x		x				x	x	x		x	x	x	x
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICH- PROBEN/DOKUMENTATIONSPRÜFUNG			x	x			x	x	x		x	x	x	x
FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL	x			x		x	x	x						
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION							x	x						x
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	x	x	x	x			x	x	x			x	x	x
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)			x	x					x					

Rechtsgrundlagen und Instrumente

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	KOLOSKOPIE	KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK	KVSPSYCH-RICHTLINIE	LABOR-SPEZIAL	LASERBEHANDLUNG BEIM BENIGNEN PROSTATASYNDROM	LANGZEIT-EKG	LIPUSUKTION BEI LIPÖDEM IM STADIUM III	MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE	MAGNETRESONANZ-TOMOGRAPHIE DER MAMMA	MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE	MAMMOGRAPHIE (KURATIV)	MAMMOGRAPHIE-SCREENING
RECHTSGRUNDLAGE	§135 ABS. 2 SGB V §25A ABS. 2 SATZ 1 I. V. M. §92 ABS. 1 SATZ 2 NR. 3 und ABS. 4 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V §136 B. I V. M. §92 ABS. 1 SGB V	§92 ABS. 6B SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§136 ABS. 1 SATZ 1 NR. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V §135B I. V. M. §92 ABS. 1	§135 ABS. 1 SGB V §135B I. V. M. §92 ABS. 1 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V §135B I. V. M. §92 ABS. 1 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	ANLAGE 92 BMV-Ä §25 ABS. 4 SATZ 2 I V. M. §92 ABS. 1 SATZ 2 NR. 3 U. ABS. 4
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)				x							x	x
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x
FREQUENZREGELUNG	x							x	x			x
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG					x		x	x				x
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE				x	x						x	x
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	x	x		x	x			x	x	x	x	x
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x
FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL				x	x						x	x
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION	x				x							x
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	x				x		x	x	x	x	x	x
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)	x	x						x	x	x	x	x

Rechtsgrundlagen und Instrumente

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)	MOLEKULARGENETIK	NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE	NICHTÄRZTLICHE PRAXISASSISTENTEN (NÄPA)	NUKLEARMEDIZIN	ONKOLOGIE	OSTEODENSITOMETRIE	OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN	PALLIATIVMEDIZINISCHE VERSORGUNG	PET UND PET/CT	PHOTODYNAMISCHE THERAPIE	PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE	PSYCHOTHERAPIE - RICHTLINIENVERFAHREN - PSYCHOSOMATIK	RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE
RECHTSGRUNDLAGE	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGBV	§135 ABS. 1 UND 2 SGB V	§87 ABS. 2B SATZ 5 SGB V	§135 ABS. 2 §135B IV M §92 ABS. 1 SGBV	ANLAGE 7 BMY-Ä	§135 ABS. 2 §135B IV M §92 ABS.1	§135 ABS. 1 SGB V	§87 ABS. 1B SGB V	§135 ABS. 1 UND 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§82 ABS. 1 GEREGLT IN ANLAGE 1 BMY-Ä §92 ABS. 6A	§135 ABS. 2 §87 ABS. 2A SATZ 7 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)														
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	x	x	x		x	x	x			x	x	x		x
FREQUENZREGELUNG				x		x								
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG	x	x	x			x			x	x			x	
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE		x												
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	x	x			x		x			x				x
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG		x	x		x	x				x	x	x		x
FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL		x		x		x			x	x				x
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION	x	x				x								
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)	x	x	x	x						x	x	x	x	x
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)		x	x		x						x	x		

Rechtsgrundlagen und Instrumente

BUNDESRECHTLICHE VEREINBARUNGEN	SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN	SCHMERZTHERAPIE	SOZIALPSYCHIATRIE	SOZIOThERAPIE	STOSSWELLENLITHOTRIPTISIE BEI HARNSTEINEN	STRAHLENTHERAPIE	SUBSTITUTION	TELEMONITORING BEI HERZIN-SUFFIZIENZ	ULTRASCHALL ALLGEMEIN	ULTRASCHALL SÄUGLINGSHÜFTE	VAKUUMBIOPSIE DER BRUST	ZWEITMEINUNGSVERFAHREN	ZYTOLOGIE
RECHTSGRUNDLAGE	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§85 ABS. 2 §43A, GEREGLT IN ANLAGE 11 BMV-Ä	§37A I. V. M. §92 ABS. 1 SGB V	§135 ABS. 1 SGB V	§135 ABS. 2 §135B I.V.M. §92 SGB V	§135 ABS. 1 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V	§27 ABS. 2 SGB V	§135 ABS. 2 SGB V §25A ABS. 2 SATZ 1 I. V. M. §92 ABS. 1 SATZ 2 NR. 3 UND ABS. 4 SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)									x				x
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)	x	x			x	x		x	x	x	x		x
FREQUENZREGELUNG		x	x				x				x		x
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG		x	x	x				x			x		x
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE									x	x	x		
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)	x	x				x	x	x	x	x	x		x
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG		x				x	x		x	x	x		x
FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL		x	x				x	x					x
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION								x					x
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)		x					x	x	x	x	x		x
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)						x	x		x	x	x		x

Rechtsgrundlagen und Instrumente

REGIONALE VEREINBARUNGEN	COPD	DIABETES MELLITUS (VERTRAG MIT EINZELNEN KRANKENKASSEN)	FRÜHE HILFEN	HALLO BABY	HYPERTONIE-VERTRAG	KINDER-FRÜHERKENNUNGS-UNTERSUCHUNG	LEISTUNGEN FÜR FAMILIEN MIT KINDERN VON SCHWER ERKRANKTEN ELTERN	ORTHOKIDS	VENENTHERAPIE	WILLKOMMEN BABY
RECHTSGRUNDLAGE	§140A SGB V	§73C, SGB V §140A SGB V	§3 KKG §140A SGB V	§140A SGB V	§140A SGB V	§73C SGB V	§43 SGB V	§92A ABS. 1 SGB V UND §92 B SGB V	§83 SGB V §135 ABS. 2 §140A SGB V	§140A SGB V
AKKREDITIERUNG (Prüfung fachlicher, apparativ-technischer, räumlicher oder organisatorischer Voraussetzungen)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
EINGANGSPRÜFUNG (Fallsammlungs-, Präparateprüfung)										
KOLLOQUIUM (im Rahmen der Genehmigungserteilung oder bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung)										
FREQUENZREGELUNG										
KOOPERATION/FALLKONFERENZ/ DOPPELBEFUNDUNG										
REZERTIFIZIERUNG/ WARTUNGSNACHWEIS/ KONSTANZPRÜFUNG/RINGVERSUCHE								x	x	
PRAXISBEGEHUNG/HYGIENEPRÜFUNG (als Option im Rahmen der Akkreditierung oder als regelhafte Prüfung)										
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG										
FORTBILDUNG/ QUALITÄTSZIRKEL	x				x	x				
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION										
RÜCKMELDESYSTEME/ BENCHMARKBERICHTE/EVALUATION (auch ergänzende ärztliche Beurteilung)										
BERATUNG (durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen kollegialer Fachgespräche, auch Konsensuskonferenzen)		x								

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Telefon 07 11 78 75-0
Telefax 07 11 78 75-32 74