



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



QUALITÄTSBERICHT 2021

BERICHTSJAHR
2020



Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Dr. Stephan Hofmeister
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Dr. Thomas Kriedel
Mitglied des Vorstands der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

GRÜßWORT

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

mit diesem Qualitätsbericht liegen uns erstmals Zahlen der Qualitätssicherung aus einem Coronajahr vor. Und die beweisen einmal mehr, wie gut die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf die Herausforderungen der Pandemie reagiert haben. So zeigen etwa die kumulierten Werte für die Anzahl der arztbezogenen Stichprobenprüfungen einen Umfang, der nur etwa 20 Prozent unter dem Vorjahreswert liegt. Die größte Abweichung vom Vorjahreswert liegt mit minus 32 Prozent bei der Anzahl der Überprüfungen von Fortbildungsnachweisen gemäß spezieller Qualitätssicherungsvorgaben.

Diese hervorragenden Werte sind möglich, weil die Partner des Bundesmantelvertrags auf unsere Initiative hin zum Glück bereits früh auf die Pandemie reagiert haben. Zum März 2020 haben wir gemeinsam eine befristete Vereinbarung getroffen, die es den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) überlässt, Maßnahmen der Qualitätssicherung auszusetzen oder von den kollektivvertraglichen Vorgaben abzuweichen, wenn es durch das Infektionsgeschehen erforderlich ist und im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte Versorgung von Patientinnen und Patienten vertretbar ist. So konnten die KVen flexibel auf die regionale Infektionslast reagieren und ihre Aufgaben sinnvoll priorisieren. Der Fokus lag dabei natürlich immer auf der bestmöglichen Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Die 180.581 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland – egal ob sie selbstständig, angestellt oder ermächtigt sind – halten insgesamt 296.061 Genehmigungen zu den verschiedenen Bereichen von Abklärungskolposkopie bis Zervix-Zytologie. Diese Genehmigungen müssen sie im Rahmen der Qualitätssicherung regelmäßig bestätigen. Und das haben die Niedergelassenen auch im Berichtsjahr unter Pandemiebedingungen wieder mit sehr großem Erfolg getan. Die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland ist auch in Pandemiezeiten stabil auf einem sehr hohen Niveau.

Diese Zahlen sind umso erfreulicher, wenn man bedenkt, dass die Niedergelassenen nicht nur ihren normalen Alltag auf Pandemiebedingungen umgestellt haben. Zusätzlich treiben sie seit diesem Frühjahr auch die Impfkampagne der Bundesregierung voran. Seit April fanden in den Praxen über 70 Millionen Impfungen statt (Stand: 22.12.2021), allein in der dritten Dezemberwoche waren es deutschlandweit rund 5 Millionen. Und auch bei der Durchführung der Impfungen in den Praxen der Vertragsärztinnen und -ärzte können die Patientinnen und Patienten sicher sein: Qualitätssicherung und -management sind selbstverständliche und geschätzte Bestandteile des ärztlichen Alltags – auch während der Pandemie.

WIR WÜNSCHEN IHNEN EINE AUFSCHLUSSREICHE LEKTÜRE

INHALT

01 | ÜBERBLICK SEITE 6

Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
Genehmigungsbereiche im Fokus	9
Bundesweit geltende Qualitätssicherungs- Vereinbarungen und -Richtlinien	10

02 | AKTUELLES SEITE 12

Berichtsjahr 2020 – Qualitätssicherung unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie	13
Weiterentwicklung und Aktualisierung von Qualitätssicherungsvereinbarungen: Positronenemissionstomographie (PET)	15
Neues Serviceheft „PraxisWissenSpezial“ – Ultraschall in der Schwangerschaft	17

03 | STRUKTUREN SEITE 18

Ambulante Qualitätssicherung	19
Qualitätsförderung in den Kassenärztlichen Vereinigungen	20
Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens und dessen Folgeverpflichtungen	21
Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung	22
Themenbezogene Qualitätsinitiativen	27

04 | QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z SEITE 28

Abklärungskolposkopie	29
Akupunktur	30
Ambulantes Operieren	32
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	33
Arthroskopie	35
Balneophototherapie	37
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	38
Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen	39
Disease-Management-Programme (DMP)	40
‣ DMP Asthma bronchiale: erste Ergebnisse zur Qualitätszielerreichung nach Aktualisierung	42
‣ Vertragsumfang der Disease-Management-Programme	44
‣ Infografik	47
Fortbildungsverpflichtung	48
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	49
Histopathologie Hautkrebs-Screening	50
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	52
Hörgeräteversorgung	55
Hörgeräteversorgung – Kinder	57
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	59
Interventionelle Radiologie	60
Intravitreale Medikamenteneingabe	62
Invasive Kardiologie	64
Kapselendoskopie – Dünndarm	66
Koloskopie	68
Spezial-Labor	71
Langzeit-EKG-Untersuchungen	73
Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom	74
Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie	75
Magnetresonanztomographie-Angiographie	78
Mammographie (kurativ)	80
Mammographie-Screening	82
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)	84

Molekulargenetik	85
Neuropsychologische Therapie	87
Onkologie	88
Otoakustische Emissionen	90
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung	91
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	92
Phototherapeutische Keratektomie	93
Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT)	94
Psychotherapie	96
Qualitätsmanagement und Patientensicherheit	98
› QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®	99
› Mein PraxisCheck – verbesserter Service	100
› Patientenbefragung mit ZAP	101
Qualitätszirkel	102
Rhythmusimplantat-Kontrolle	104
Schlafbezogene Atmungsstörungen	107
Schmerztherapie	108
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS)	110
› Infografik	111
› Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	112
› Infografik	113
› Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (QS WI)	115
› Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	119
› Ausblick	119
Sozialpsychiatrie	120
Soziotherapie	121
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	122
Strahlendiagnostik/-therapie	123
› konventionelle Röntgendiagnostik	124
› Computertomographie	125
› Osteodensitometrie	127
› Strahlentherapie	127
› Nuklearmedizin	128
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	129
Ultraschall Diagnostik	131
› Ultraschall Diagnostik der Säuglingshüfte	138
Vakuumbiopsie der Brust	141
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri	143

05

HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE SEITE 146

Dimensionen der Qualitätssicherung	147
Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	148
Arztstruktur	152
Glossar	154
Abkürzungen	158
Quellen	158
Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen	159
Impressum	160

01 | ÜBERBLICK



› KENNZAHLEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

GESAMTUMFANG FÜR DAS BERICHTSJAHR 2020

ZUSAMMEN-
FASSENDE
DARSTELLUNG DES
PRÜFGESCHEHENS
IM BERICHTSJAHR
2020



180.581

**AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG
TEILNEHMENDE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE,
PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN**
(inklusive angestellte und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte)



296.061

GENEHMIGUNGEN ZU VERSCHIEDENEN BEREICHEN
(keine Kopfzählung)



11.326

STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
(inklusive Wiederholungen)



87.105

GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
(Wert enthält für einzelne Leistungsbereiche Schätzungen)



3.560

PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)



11.966

**PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE
GEMÄß SPEZIELLER QUALITÄTSSICHERUNGSVORGABEN**
(inklusive Fortbildungsprüfungen und Wiederholungen)



12.945

PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
(inklusive Wartungsnachweise und Wiederholungen)



2.727

HYGIENEPRÜFUNGEN
(inklusive Wiederholungen)



221

**GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN WEGFALL
DER QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN**



63

GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN NEGATIVER PRÜFERGEBNISSE

KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren als Partner des Bundesmantelvertrags umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich, die insbesondere als Vereinbarungen zu besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 2 SGB V in der Anlage 3 des Bundesmantelvertrags festgelegt sind. Darüber hinaus gelten für ausgewählte Leistungsbereiche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 und § 135b Abs. 2 SGB V, sowie Qualitätssicherungsvorgaben nach weiteren Anlagen zum Bundesmantelvertrag.

Für die 180.581 Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen stehen diese besonders qualitätsgesicherten Leistungsbereiche unter Genehmigungsvorbehalt. Die KVen sind als ihre direkten Ansprechpartnerinnen für die Erteilung der Genehmigungen zuständig. Dazu prüft die KV die Einhaltung von Genehmigungsvoraussetzungen, wie eine besondere fachliche Befähigung, gerätetechnische Vorgaben oder räumliche Gegebenheiten der Praxis.

Zum Ende des Berichtsjahres hielten Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen 296.061 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen, zusätzlich 43.201 Genehmigungen für Psychotherapie¹.

Die Aufrechterhaltung von Genehmigungen ist in der Regel an die Erfüllung von Vorgaben geknüpft, zum Beispiel eine auf den Einzelfall bezogene Überprüfung der jeweils erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung, einschließlich der bildlichen Dokumentation. Fachlich wird die KV dabei von ihrer Qualitätssicherungskommission unterstützt. Die Rückmeldung des Ergebnisses der stichprobenhaften Überprüfung an den Arzt oder die Ärztin dient dabei auch als konkrete Qualitätsförderungsmaßnahme.

Neben qualifizierten Rückmeldungen werden weitere Förderungsmaßnahmen genutzt, wie zum Beispiel vergleichende Ergebnisdarstellungen (anonymisiert), Beratungsgespräche oder die Formulierung konkreter Auflagen, die zum Erhalt der Genehmigung erfüllt werden müssen. In 11.326 Dokumentationsprüfungen wurden etwa 87.105 Patientendokumentationen geprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind im jeweiligen Leistungsbereich nachzulesen. Letzte Konsequenz bei speziellen Qualitätsmängeln oder wiederholten schwerwiegenden Beanstandungen ist jedoch der Widerruf der Genehmigung. In insgesamt 284 Fällen wurde die Genehmigung widerrufen. Darunter auch Fälle, in denen wichtige Vorgaben nicht mehr erfüllt waren, wie spezielle Fortbildungs- und Leistungsnachweise, Mindestfrequenzen, gerätebezogene Anforderungen wie Wartungsnachweise, messtechnische Kontrollen oder Hygieneprüfungen. Die KVen haben in 3.560 Fällen die Einhaltung von Frequenzvorgaben überprüft, 11.966 Überprüfungen spezieller Fortbildungsanforderungen vorgenommen und – insbesondere in den Leistungsbereichen Hörgeräteversorgung und Ultraschall – 12.945 gerätebezogene Überprüfungen durchgeführt. 2.727 Hygieneprüfungen erfolgten zur Sicherung der Qualität der Koloskopie.

HERVORSTECHEDE VERÄNDERUNGEN GEGENÜBER DEM BERICHTSJAHR 2019

Aufgrund der besonderen Bedingungen der COVID-19-Pandemie mussten die KVen ihre Aufgaben im Berichtsjahr 2020 neu justieren. Kontaktbeschränkungen und besondere Hygieneanforderungen erforderten eine Modifizierung oder vorübergehende Aussetzung bestimmter Qualitätssicherungsvorgaben und haben das in diesem Bericht dargestellte Prüfgeschehen hinsichtlich der erreichten Kennzahlen beeinflusst. Der dargestellte Gesamtumfang zeigt für das Berichtsjahr 2020, dass auch unter der pandemiebedingten Priorisierung, auch vor dem Hintergrund flexibler Regelungen (siehe Seite 13), die Umsetzung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung mit geringen Einbußen erfolgt ist. Die kumulierten Werte zeigen beispielsweise für die Anzahl der arztbezogenen Stichprobenprüfungen einen Umfang, der nur etwa 20 Prozent unter dem Vorjahreswert liegt. Die größte Abweichung vom Vorjahreswert besteht bei der Anzahl der Überprüfungen von Fortbildungsnachweisen gemäß spezieller Vorgaben, es wurden etwa 32 Prozent weniger Überprüfungen berichtet.

¹) Gezählt wurden hier als Näherung die an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Fachgruppen, bei denen die Genehmigung zu einem Richtlinienverfahren vorhanden sein muss (Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) oder häufig vorhanden ist (Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen und Psychiater).

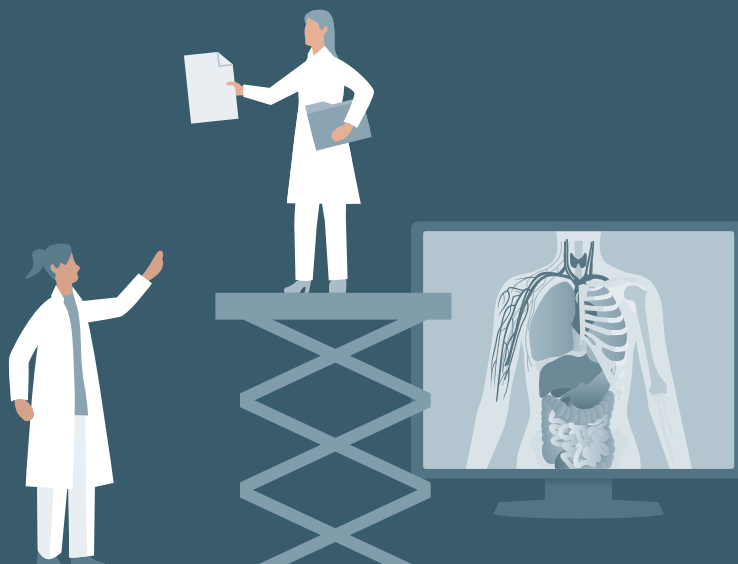
DISEASE-MANAGEMENT PROGRAMME DMP

MEHR AUF SEITE 47

EINSCHREIBUNGEN

einschließlich
Mehrfacheinschreibungen

8.196.707	8.366.191	8.861.397
2018	2019	2020



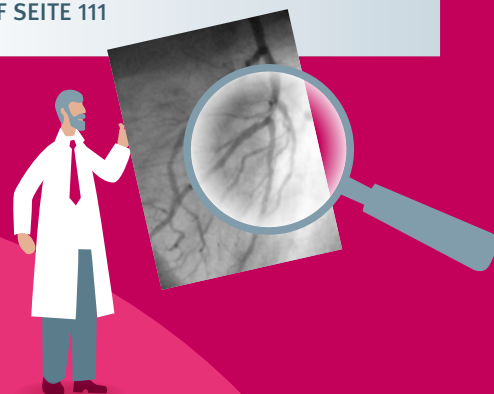
**FACHKOMMISSIONEN
LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT LAG**
Bewertung der Ergebnisse
der Qualitätssicherung



BEISPIEL
FACHKOMMISSION QS-VERFAHREN:
PERKUTANE KORONARINTERVENTION
UND KORONARANGIOGRAPHIE QS PCI

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG sQS

MEHR AUF SEITE 111



**PRAXEN / MEDIZINISCHE
VERSORGUNGSZENTREN**
(INKL. BELEGÄRZTE UND -ÄRZTINNEN)

255
Einrichtungen

70.000
gelieferte
Datensätze

**SELEKTIVVERTRAGLICHE
LEISTUNGSERBRINGER**

19
Einrichtungen

3.000
gelieferte
Datensätze

KRANKENHÄUSER

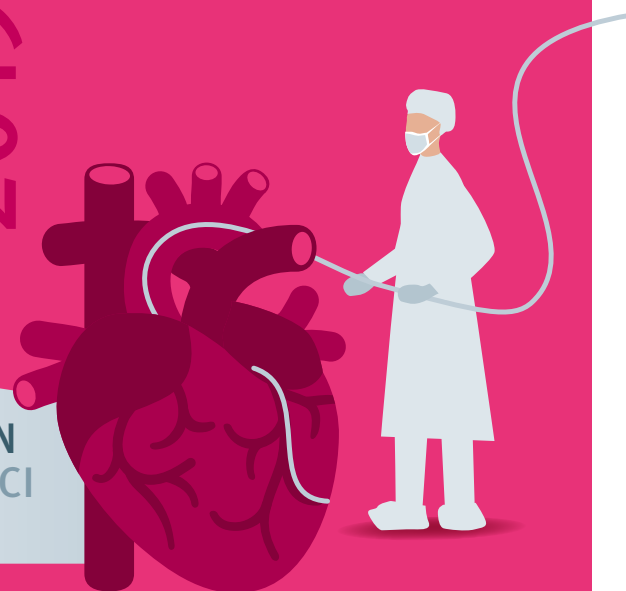
961
Einrichtungen

728.000
gelieferte
Datensätze

2019

PERKUTANE KORONARINTERVENTION UND KORONARANGIOGRAPHIE QS PCI

MEHR AUF SEITE 113



› BUNDESWEIT GELTENDE QUALITÄTSSICHERUNGS- VEREINBARUNGEN UND -RICHTLINIEN

- › **NEUE VEREINBARUNGEN
UND RICHTLINIEN**
- › **GELTENDE VEREINBARUNGEN
UND RICHTLINIEN**

- › ambulant Operieren
- › Arthroskopie
- › Blutreinigung / Dialyse
- › Herzschrittmacher-Kontrolle
- › Laboratoriumsuntersuchungen
- › Langzeit-EKG
- › LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Magnetresonanztomographie (MRT)
- › Onkologie
- › otoakustische Emissionen
- › Psychotherapie
- › schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Stoßwellenlithotripsie
- › Strahlendiagnostik / -therapie
 1. diagnostische Radiologie
 2. Mammographie (kurativ)
 3. Computertomographie
 4. Osteodensitometrie
 5. Strahlentherapie
 6. Nuklearmedizin
- › Substitution
- › Ultraschalldiagnostik
- › Zervix-Zytologie

BIS 1997

- › **invasive Kardiologie**
- › **Magnetresonanztomographie der Mamma (MRM)**
- › **photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)**
- › ambulant Operieren
- › Arthroskopie
- › Blutreinigung / Dialyse
- › Herzschrittmacher-Kontrolle
- › Laboratoriumsuntersuchungen
- › Langzeit-EKG
- › LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Magnetresonanztomographie (MRT)
- › Onkologie
- › otoakustische Emissionen
- › Psychotherapie
- › schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Stoßwellenlithotripsie
- › Strahlendiagnostik / -therapie
 1. diagnostische Radiologie
 2. Mammographie (kurativ)
 3. Computertomographie
 4. Osteodensitometrie
 5. Strahlentherapie
 6. Nuklearmedizin
- › Substitution
- › Ultraschalldiagnostik
- › Zervix-Zytologie

1998–2001

- › **DMP Asthma / COPD**
- › **DMP Brustkrebs**
- › **DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)**
- › **DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)**
- › **DMP koronare Herzkrankheit (KHK)**
- › **Koloskopie**
- › **Mammographie-Screening**
- › **medizinische Rehabilitation**
- › **Soziotherapie**
- › **Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte**
- › ambulant Operieren
- › Arthroskopie
- › Blutreinigung / Dialyse
- › Herzschrittmacher-Kontrolle
- › invasive Kardiologie
- › Laboratoriumsuntersuchungen
- › Langzeit-EKG
- › LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Magnetresonanztomographie der Mamma (MRM)
- › Magnetresonanztomographie (MRT)
- › Onkologie
- › otoakustische Emissionen
- › photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
- › Psychotherapie
- › schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Stoßwellenlithotripsie
- › Strahlendiagnostik / -therapie
 1. diagnostische Radiologie
 2. Mammographie (kurativ)
 3. Computertomographie
 4. Osteodensitometrie
 5. Strahlentherapie
 6. Nuklearmedizin
- › Substitution
- › Ultraschalldiagnostik
- › Zervix-Zytologie

2002–2005

- › Akupunktur
- › Balneophototherapie
- › Histopathologie
- › Hautkrebs-Screening
- › HIV / Aids
- › interventionelle Radiologie
- › Lp(a)-Apherese
- › Magnetresonanztomographie (MRA)
- › Mammographie (kurativ)
- › phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › ambulantes Operieren
- › Arthroskopie
- › Blutreinigung / Dialyse
- › DMP Asthma / COPD
- › DMP Brustkrebs
- › DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- › DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- › DMP koronare Herzkrankheit (KHK)
- › Herzschrittmacher-Kontrolle
- › invasive Kardiologie
- › Koloskopie
- › Laboratoriumsuntersuchungen
- › Langzeit-EKG
- › LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Magnetresonanztomographie der Mamma (MRM)
- › Magnetresonanztomographie (MRT)
- › Mammographie-Screening
- › medizinische Rehabilitation
- › Onkologie
- › otoakustische Emissionen
- › photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
- › Psychotherapie
- › schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Soziotherapie
- › Stoßwellenlithotripsie
- › Strahlendiagnostik / -therapie
- 1. diagnostische Radiologie
- 2. Computertomographie
- 3. Osteodensitometrie
- 4. Strahlentherapie
- 5. Nuklearmedizin
- › Substitution
- › Ultraschalldiagnostik
- › Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › Zervix-Zytologie

2006–2009

- › Hörgeräteversorgung
- › Hörgeräteversorgung (Kinder)
- › Molekulargenetik
- › Neuropsychologische Therapie
- › Akupunktur
- › ambulantes Operieren
- › Arthroskopie
- › Balneophototherapie
- › Blutreinigung / Dialyse
- › DMP Asthma / COPD
- › DMP Brustkrebs
- › DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- › DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- › DMP koronare Herzkrankheit (KHK)
- › Herzschrittmacher-Kontrolle
- › Histopathologie
- › Hautkrebs-Screening
- › HIV / Aids
- › interventionelle Radiologie
- › invasive Kardiologie
- › Koloskopie
- › Laboratoriumsuntersuchungen
- › Langzeit-EKG
- › LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Lp(a)-Apherese
- › Magnetresonanztomographie (MRA)
- › Magnetresonanztomographie der Mamma (MRM)
- › Magnetresonanztomographie (MRT)
- › Mammographie (kurativ)
- › Mammographie-Screening
- › medizinische Rehabilitation
- › Onkologie
- › otoakustische Emissionen
- › photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
- › phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- › Psychotherapie
- › schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Soziotherapie
- › Stoßwellenlithotripsie
- › Strahlendiagnostik / -therapie
- 1. diagnostische Radiologie
- 2. Computertomographie
- 3. Osteodensitometrie
- 4. Strahlentherapie
- 5. Nuklearmedizin
- › Substitution
- › Ultraschalldiagnostik
- › Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › Zervix-Zytologie

2010–2013

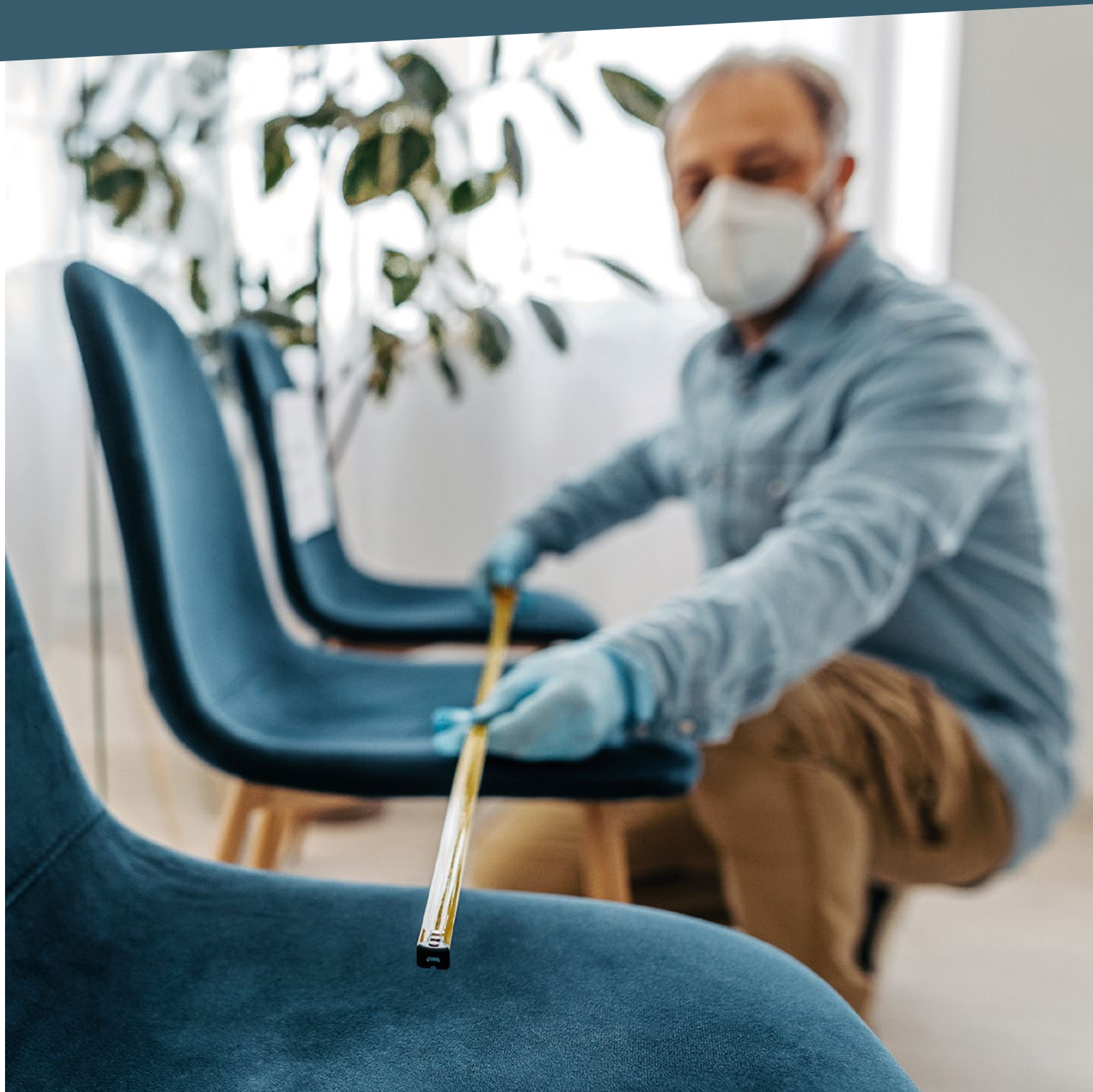
- › spezialisierte geriatrische Diagnostik
- › Holmium-Laser-Eingriffe bei bPS
- › intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
- › Kapselendoskopie – Dünndarm
- › Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
- › palliativ-medizinische Versorgung
- › Positronenemissionstomographie (PET / CT)
- › Wundinfektion (postoperativ)
- › Akupunktur
- › ambulantes Operieren
- › Arthroskopie
- › Balneophototherapie
- › Blutreinigung / Dialyse
- › DMP Asthma / COPD
- › DMP Brustkrebs
- › DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- › DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- › DMP koronare Herzkrankheit (KHK)
- › Herzschrittmacher-Kontrolle
- › Histopathologie
- › Hautkrebs-Screening
- › HIV / Aids
- › Hörgeräteversorgung
- › Hörgeräteversorgung (Kinder)
- › interventionelle Radiologie
- › invasive Kardiologie
- › Koloskopie
- › Laboratoriumsuntersuchungen
- › Langzeit-EKG
- › LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Lp(a)-Apherese
- › Magnetresonanztomographie (MRA)
- › Magnetresonanztomographie der Mamma (MRM)
- › Magnetresonanztomographie (MRT)
- › Mammographie (kurativ)
- › Mammographie-Screening
- › medizinische Rehabilitation
- › Molekulargenetik
- › Neuropsychologische Therapie
- › Onkologie
- › otoakustische Emissionen
- › photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
- › phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- › Psychotherapie
- › schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Soziotherapie
- › Stoßwellenlithotripsie
- › Strahlendiagnostik / -therapie
- 1. diagnostische Radiologie
- 2. Computertomographie
- 3. Osteodensitometrie
- 4. Strahlentherapie
- 5. Nuklearmedizin
- › Substitution
- › Ultraschalldiagnostik
- › Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › Zervix-Zytologie

2014–2017

- › Abklärungskolposkopie
- › DMP chronischer Rückenschmerz
- › DMP Depression
- › hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO)
- › Spezial-Labor
- › Laserbehandlung bei bPS
- › Liposuktion
- › Rhythmusimplantat-Kontrolle
- › Zweitmeinungsverfahren
- › Akupunktur
- › ambulantes Operieren
- › Arthroskopie
- › Balneophototherapie
- › Blutreinigung / Dialyse (NET)
- › DMP Asthma / COPD
- › DMP Brustkrebs
- › DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- › DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- › DMP koronare Herzkrankheit (KHK)
- › spezialisierte geriatrische Diagnostik
- › Histopathologie
- › Hautkrebs-Screening
- › HIV / Aids
- › Hörgeräteversorgung
- › Hörgeräteversorgung (Kinder)
- › interventionelle Radiologie
- › intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
- › invasive Kardiologie
- › Kapselendoskopie – Dünndarm
- › Koloskopie
- › Langzeit-EKG
- › LDL-Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Lp(a)-Apherese
- › Magnetresonanztomographie (MRA)
- › Magnetresonanztomographie der Mamma (MRM)
- › Magnetresonanztomographie (MRT)
- › Mammographie (kurativ)
- › Mammographie-Screening
- › Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
- › Molekulargenetik
- › Neuropsychologische Therapie
- › Onkologie
- › otoakustische Emissionen
- › palliativ-medizinische Versorgung
- › photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)
- › phototherapeutische Keratektomie (PTK)
- › Positronenemissionstomographie (PET / CT)
- › Psychotherapie
- › schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Soziotherapie
- › Stoßwellenlithotripsie
- › Strahlendiagnostik / -therapie
- 1. diagnostische Radiologie
- 2. Computertomographie
- 3. Osteodensitometrie
- 4. Strahlentherapie
- 5. Nuklearmedizin
- › Substitution
- › Ultraschalldiagnostik
- › Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › Wundinfektion (postoperativ)
- › Zervix-Zytologie

AB 2018

02 | AKTUELLES



➤ **BERICHTSJAHR 2020**

QUALITÄTSSICHERUNG UNTER DEN BEDINGUNGEN DER COVID-19-PANDEMIE

In der vertragsärztlichen Versorgung sind viele Leistungsbereiche im diagnostischen und therapeutischen Bereich in Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien geregelt und erfordern eine Genehmigung zur Erbringung bestimmter Leistungen. Die Genehmigungsvoraussetzungen werden durch unterschiedliche Qualitätssicherungsmaßnahmen (zum Beispiel Präparate- oder Hygieneprüfungen, Kolloquien, spezifische Fortbildungsmaßnahmen oder Praxisbegehungen) regelmäßig von der zuständigen KV überprüft.

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie konzentrierten die KVen und die KBV ihre Kräfte, um zu gewährleisten, dass die Arztpraxen den notwendigen gesundheitlichen Hygienebestimmungen gerecht werden können und in der Lage sind, Anpassungen bundes- und landesgesetzlicher Regelungen an die sich ständig ausbreitende Infektion umzusetzen.

Zu den Herausforderungen für die KVen gehörte insbesondere, die Ärzte und Ärztinnen zu beraten, sie beim Aufbau und der Umsetzung von Hygienemaßnahmen zu unterstützen, Schutzmaterialien für die Arztpraxen zu beschaffen und auszuliefern, Impfkapazitäten aufzubauen und die Rekrutierung des Impfpersonals zu koordinieren. Diese zusätzlichen Aufgaben machten es für die KVen in besonderem Maße notwendig, ihre Aufgabenbereiche immer wieder neu zu justieren.

BEFRISTETE VEREINBARUNGEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE

Um die Genehmigungsverfahren auch unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie durchführen zu können, hat die KBV im Zusammenwirken mit dem GKV-Spitzenverband und Patientenvertretern befristete Sonderregelungen vereinbart. Ziel war es, die hohen Anforderungen an die Qualitätssicherung aufrechtzuerhalten und gleichzeitig Abweichungen von den geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung zeitlich befristet zuzulassen, soweit dies durch das Infektionsgeschehen erforderlich und im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte Versorgung von Patienten und Patientinnen vertretbar ist.

Hierfür vereinbarten die Partner des Bundesmantelvertrags bereits zum 20. März 2020 die sogenannte „Befristete Vereinbarung für abweichende Regelungen zur Umsetzung der Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V, der Vorgaben zur Qualitätssicherung nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung und der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (Versorgung i. R. des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“. Voraussetzung für Sonderregelungen war die Einstufung der Pandemie als „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ im Sinne des § 5 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz durch den Deutschen Bundestag.

Die befristete Vereinbarung umfasst 43 Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V und schließt sowohl Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (zum Beispiel leistungsspezifische Fortbildungsmaßnahmen oder Frequenzregelungen) als auch Maßnahmen zur Prozess- und Ergebnisqualität (zum Beispiel Dokumentationsprüfungen durch Stichproben, messtechnische Kontrollen oder Hygieneprüfungen) ein. Ausgenommen waren die in den Qualitätssicherungsvereinbarungen festgelegten Voraussetzungen zum Erhalt einer Genehmigung (Maßnahmen der Strukturqualität).

BEFRISTETE AUSSETZUNGEN VON QS-MAßNAHMEN (AUSWAHL)

- Fallsammlungsprüfungen (Mammographie)
- Dokumentationsprüfungen durch Stichproben (u. a. Ultraschalldiagnostik)
- Präparateprüfungen (Zytologie)
- Hygieneprüfungen (Koloskopie)
- Konstanzprüfungen (Ultraschalldiagnostik)
- externe Qualitätssicherung in den Laboren
- messtechnische Kontrollen (Hörgeräteversorgung)
- Wartungsprotokolle (Balneophototherapie)
- fallbezogene Besprechungen und Konferenzen (Schmerztherapie)

QUALITÄTSSICHERUNGSMAßNAHMEN UNTER DEN BESONDEREN BEDINGUNGEN DER COVID-19-PANDEMIE

Zur Einhaltung pandemieabhängiger Rahmenbedingungen bestand in allen Bereichen der vertragsärztlichen Versorgung die praktische Notwendigkeit, innovative, insbesondere digitale Lösungen zu finden oder aufzubauen, um den strengen hygienerechtlichen Vorgaben gerecht zu werden und das Infektionsrisiko für alle Beteiligten so gering wie möglich zu halten. Weitere Lösungen wurden beispielhaft in den Bereichen Fortbildungsverpflichtung (siehe Seite 48) und Qualitätszirkel (siehe Seite 102) beschrieben. Aufgrund unterschiedlicher datenschutzrechtlicher Vorgaben in den einzelnen KV-Bereichen war es teilweise erforderlich, zum Beispiel Kommissionssitzungen mit reduzierter Teilnehmerzahl durchzuführen oder Kolloquien per Videokonferenz in separaten Räumen innerhalb der KV zu organisieren.

Zur Durchführung einiger Qualitätssicherungsmaßnahmen war es möglich, bereits vorhandene digitale Strukturen (zum Beispiel die Dokumentation genehmigungspflichtiger Leistungen über das Online-Portal eDoku oder Online-Prüfungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie) zu nutzen. Für Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Präsenzveranstaltungen vorsehen, wurde in speziellen Übergangsregelungen ein an die Situation angepasster Rahmen für die Umsetzung der Vorgaben zur Qualitätssicherung geschaffen, zum Beispiel für die Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen in der Ultraschalldiagnostik und im Mammographie-Screening.

Vor-Ort-Kontakte im Rahmen von Hygieneprüfungen durch beauftragte Hygieneinstitute waren unter den Bedingungen des Infektionsschutzes nur bedingt möglich. Um die Hygieneprüfungen nicht ganz aussetzen zu müssen, führten Ärzte und Ärztinnen vorübergehend auch Eigenbeprobungen durch und schickten diese anschließend zur Auswertung an das Hygieneinstitut.

DAS BERICHTSJAHR 2020 UND AUSWIRKUNGEN DER COVID-19-PANDEMIE AUF DIE DATENQUALITÄT

Die im gesamten Berichtsjahr 2020 anhaltende COVID-19-Pandemie sowie regionale Unterschiede bei Zu- und Abnahme von Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 in den einzelnen Bundesländern führte im Verlauf des Jahres 2020 zu unterschiedlichen Risikoeinschätzungen und bundesweit uneinheitlichen landesgesetzlichen Vorgaben. Die einzelnen Bundesländer entwickelten, auch in Zusammenarbeit mit den KVen, unterschiedliche regionalspezifische Konzepte zur Bewältigung organisatorischer Aufgaben (zum Beispiel die Beschaffung und Auslieferung von Schutzmaterialien, Planung und Aufbau von Impfzentren und mobilen Impfteams). Dies führte dazu, dass die Mitarbeitenden der Qualitätssicherung in den KVen in unterschiedlichem Maße in zusätzliche Aufgabenbereiche eingebunden waren.

Vor dem Hintergrund der nicht vorhersehbaren Dynamik des Infektionsgeschehens war es insbesondere zu Beginn der COVID-19-Pandemie erforderlich, verschiedene Maßnahmen, wie zum Beispiel Prüfungen oder fallbezogene Besprechungen und Konferenzen, kurzfristig zu verschieben.

Im Verlauf des Berichtsjahres 2020 führten die unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen KV-Bereichen dazu, dass ein großer Anteil von Qualitätssicherungsmaßnahmen in veränderter Form oder in reduziertem Umfang durchgeführt wurde. Teilweise mussten aber auch Prüfungen ausgesetzt oder bereits geplante Prüfungen auf das kommende Berichtsjahr verschoben werden.

Die im Qualitätsbericht veröffentlichten Daten zu Qualitätssicherungsmaßnahmen im Berichtsjahr 2020 stellen das Prüf- und Genehmigungsgeschehen der KVen vor dem Hintergrund pandemiebedingter regionaler Voraussetzungen dar. Ein Vergleich der Berichtsdaten gegenüber dem Vorjahr ist aufgrund unterschiedlicher Prüfvoraussetzungen beziehungsweise geänderter Formen der Umsetzung einzelner Maßnahmen nur eingeschränkt möglich.



Während der COVID-19-Pandemie gelten weitere Sonderregelungen für die ambulante Versorgung, wie beispielsweise eine zeitlich befristete Absenkung der QS-Vorgaben zur Fortbildung in den Bereichen Onkologie oder Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen. Die KBV stellt auf der Website eine Übersicht abweichender Regelungen für verschiedene Bereiche zur Verfügung.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/html/themen_53751.php

› WEITERENTWICKLUNG UND AKTUALISIERUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNGEN POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE (PET)

Bereits 2007 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Aufnahme der PET in die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ beschlossen. Zunächst wurden drei Indikationen beim Lungenkarzinom zugelassen und 2009 noch erweitert. 2011 folgte dann die erste Indikation beim Hodgkin-Lymphom. 2017 kamen Kopf-Hals-Tumore und das Larynxkarzinom hinzu, 2018 folgten die malignen Lymphome bei Kindern und Jugendlichen sowie 2020 die Non-Hodgkin-Lymphome.

Seit der Aufnahme der PET in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung haben Patientinnen und Patienten bei den genannten Indikationen einen Anspruch auf die Leistung. Da die PET zunächst nicht in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen wurde, war sie zunächst nur im Rahmen der Kostenerstattung durch die Krankenkassen möglich.

Zum 1. Januar 2016 wurden die PET sowie die PET / CT als neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Am 1. Juli 2016 trat dann die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) PET beziehungsweise PET / CT in Kraft. Die Leistungen dürfen nur von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, die über eine Genehmigung nach der QS-Vereinbarung verfügen.

Die Vereinbarung regelt die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung durch die KV. Zusätzlich ist eine Genehmigung nach der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erforderlich, sofern eine CT durchgeführt wird. Die Vereinbarung richtet sich an die Ärztin oder den Arzt, die beziehungsweise der die PET durchführt. Dies ist in der Regel die Fachärztin oder der Facharzt für Nuklearmedizin. Dabei kann die Durchführung einer PET / CT auch in Kooperation, zum Beispiel mit einer Fachärztin oder einem Facharzt für Radiologie, erfolgen, wenn die fachlichen Anforderungen für die PET und die CT nicht von derselben Ärztin oder demselben Arzt erfüllt werden. Zum Nachweis der fachlichen Befähigung müssen 1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre dokumentiert werden. Außerdem sind Kenntnisse und Erfahrungen in der Einordnung der PET-Befunde in den diagnostischen Kontext anderer bildgebender Verfahren wie zum Beispiel CT oder MRT erforderlich.

POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE (PET) UND POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE / COMPUTERTOMOGRAPHIE (PET / CT)

Die Positronenemissionstomographie (PET) ist ein nichtinvasives diagnostisches Verfahren, mit dem Stoffwechselprozesse im Körper erfasst werden können. Dabei werden spezielle Radionuklide eingesetzt, bei deren Zerfall Positronen entstehen. Diese können mit einer speziellen PET-Kamera detektiert werden.

Bei der PET / CT wird die PET mit der Computertomographie (CT) kombiniert. Aufgrund der hohen Sensitivität der PET und der hohen Auflösung der CT ermöglicht die Kombination die Erstellung eines präzisen Bildes, bei dem die Bestimmung der exakten Position, Größe, Aktivität und Ausbreitung eines Tumors ermöglicht wird. Die PET / CT ist bei vielen onkologischen Erkrankungen in Deutschland mittlerweile ein diagnostisches Standardverfahren. Sie dient der Bestimmung des Tumorstadiums und der Ausbreitung von Tumoren, der Feststellung von Lymphknotenbefall und Metastasen sowie der Einleitung und Erfolgskontrolle der onkologischen Therapie. Zudem können durch diese Untersuchungen häufig invasive diagnostische Eingriffe und aufgrund der Ergebnisse belastende therapeutische Verfahren durch schonendere Therapien ersetzt werden. In der vertragsärztlichen Versorgung ist PET / CT derzeit bei Indikationen zum Lungenkrebs, zu Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphomen, zu malignen Lymphomen bei Kindern sowie zu Kopf-Hals-Tumoren und Tumoren des Larynx zugelassen.

Apparative Voraussetzung ist ein PET-System mit einer räumlichen Auflösung $\leq 5,5$ mm. Eine Übergangsregelung lässt bis zum 1. Juli 2022 noch Geräte mit einer Auflösung von bis zu 7 mm zu. Ein sogenanntes Stand-alone-Gerät, mit dem nur die PET durchgeführt werden kann, muss über die Möglichkeit der technischen Bildfusion mit einer CT verfügen. Bei kombinierten PET / CT-Geräten können beide Untersuchungsarten gleichzeitig durchgeführt werden.

Die Vereinbarung beinhaltet neben fachlichen und apparativen Anforderungen auch Vorgaben an die Zusammensetzung des ärztlichen Teams für die Indikationsstellung und für Befundbesprechungen und gegebenenfalls erforderliche Nachbesprechungen.

Da die Richtlinie des G-BA eine stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation durch die KV vorsieht, waren in der Vereinbarung Anforderungen an die Dokumentation festzulegen. Bei einer Stichprobenprüfung werden die Dokumentationen zu zwölf abgerechneten PET- beziehungsweise PET/CT-Untersuchungen angefordert. Die eingereichten Dokumentationen werden daraufhin beurteilt, ob der Entscheidungsgang zur Indikationsstellung nachvollziehbar ist und ob das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen der Anwendung der PET beziehungsweise PET/CT nachvollziehbar begründet. Das Intervall zwischen den Prüfungen ist erfolgsabhängig; im Erfolgsfall findet die nächste Überprüfung nach 24 Monaten statt. Da ein interdisziplinäres Team die Indikation stellt, ist auch die Zusammensetzung der Qualitätssicherungskommission interdisziplinär.

Außerdem wurde in die QS-Vereinbarung die Verpflichtung aufgenommen, zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen zu absolvieren. Hierzu müssen die Ärztinnen und Ärzte jeweils innerhalb von 24 Monaten 20 Fortbildungspunkte nachweisen.

Bei allen Ärztinnen und Ärzten, die über eine Genehmigung zur PET beziehungsweise PET / CT verfügen, müssen Stichprobenprüfungen durchgeführt werden. Zur Unterstützung der Arbeit der Qualitätssicherungskommissionen hat die KBV gemeinsam mit der KV Nordrhein und dem Berufsverband der Nuklearmediziner Beurteilungsbögen erstellt. Ein Bogen für die Einzelbewertung jeder Patientendokumentation bildet die Vorgaben der QS-Vereinbarung ab. Aus den zwölf Einzelbewertungen kann dann mittels eines weiteren Bogens die Gesamtbewertung ermittelt werden.

The image shows several overlapping forms for the evaluation of PET/CT documentation. The forms are titled "QS-Vereinbarung PET, PET/CT nach § 135 Abs. 2 SGB V". One form is for "Gesamtbewertung" (Overall Evaluation) and the others are for "Einzelbewertung" (Individual Evaluation). The forms contain various checkboxes and tables for recording data and decisions.

Gesamtbewertung

Einzelbewertung

..... BEURTEILUNGSBÖGEN FÜR DIE PET/CT

➤ NEUES SERVICEHEFT „PraxisWissenSpezial“ ULTRASCHALL IN DER SCHWANGERSCHAFT

Zur Ultraschalluntersuchung im zweiten Trimenon der Schwangerschaft bietet die KBV ein neues PraxisWissenSpezial an. Das Serviceheft „Ultraschall in der Schwangerschaft 18+0 bis 21+6 SSW“ dient mit umfangreichem Bildmaterial, Hinweisen zur Untersuchung und Dokumentation sowie Tipps für die Geräteeinstellung als praktische Anleitung für die Arbeit in der Praxis.

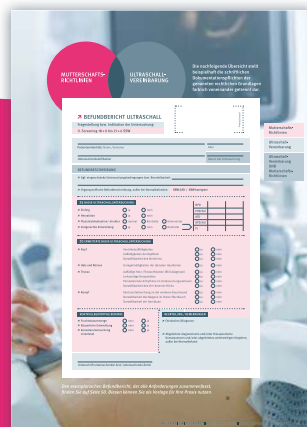
Im zweiten Trimenon haben gesetzlich Versicherte in Deutschland die Wahl zwischen:

2a BASISSCREENING:
Sonographie mit Biometrie
ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie

2b ERWEITERTES BASISSCREENING:
Sonographie mit Biometrie
und systematische Untersuchung der fetalen Morphologie
durch einen besonders qualifizierten Untersucher

Die spezielle 2b-Ultraschalluntersuchung darf nur von Gynäkologinnen und Gynäkologen mit speziellen Qualifikationen durchgeführt werden, da sie entscheidend ist für die Abklärung relevanter Fragestellungen zur Entwicklung des Fetus. Das Absolvieren einer entsprechenden Online-Prüfung ist eine der Voraussetzungen. Der Fokus der Untersuchung im Rahmen des 2b-Screenings liegt auf der Erhebung von Befunden, für die eine Therapieoption besteht oder die das perinatalogische Management beeinflussen können. Um diese Möglichkeiten des Ultraschalls optimal nutzen zu können, bedarf es einerseits eines ständigen Lernens und Trainings in der Handhabung und Nutzung des Ultraschallgerätes und dessen Ultraschallsonden. Andererseits muss die Untersucherin oder der Untersucher die Ultraschallbilder richtig interpretieren können und eingehende Kenntnisse über die normale und fehlerhafte Fetalentwicklung haben. Bei der sonographischen Untersuchung werden die Plazenta, die Fruchtwassermenge, das fetale Wachstum mittels Kopf-, Abdomen- und Femurmessungen, das zentralnervöse, thorakale, kardiale, gastrointestinale, urogenitale und skelettale System des Fetus beurteilt. Neben der optimalen technischen Bildeinstellung ist ein systematischer Untersuchungsgang mit standardisierten sonographischen Untersuchungsebenen hilfreich in der Beurteilung des Fetus.

Die Broschüre richtet sich vornehmlich an Gynäkologinnen und Gynäkologen, die dieses erweiterte Basisscreening anbieten möchten beziehungsweise bereits durchführen. Sie ist mit dem Ziel entstanden, den Gynäkologen und Gynäkologinnen eine Hilfestellung dabei zu geben, die Untersuchung entsprechend den Mutterschafts-Richtlinien und der Ultraschall-Vereinbarung durchzuführen und zu dokumentieren. Dazu bietet die Broschüre Erläuterungen zur korrekten Geräteeinstellung und Messtechnik, Bildbeispiele mit Referenzmessebenen und typische Befunde. Bei sonographischen Untersuchungen im Rahmen des 2b-Screenings greifen mehrere rechtliche Grundlagen ineinander. Daher beinhaltet die Broschüre zusätzlich einen Überblick über die relevanten rechtlichen Grundlagen sowie Hinweise zur korrekten Dokumentation im Praxisalltag.



Das Serviceheft umfasst 52 Seiten und enthält zahlreiche Abbildungen. Gedruckte Exemplare können Praxen bei ihrer KV erhalten.

Online-Ausgabe der Servicebroschüre unter:
➤ www.kbv.de/html/mediathek.php

03 | STRUKTUREN



➤ AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung ist eine der Kernaufgaben der KVen und der KBV, in deren Mittelpunkt die Patientinnen und Patienten stehen. Die KVen sind die direkten Ansprechpartnerinnen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Fragen zu allen Themen der Qualität.

Die KVen sind unter anderem verantwortlich für die Erteilung von Genehmigungen für eine Reihe von Verfahren, die in der vertragsärztlichen Versorgung unter einem Genehmigungsvorbehalt stehen. Das bedeutet, ein Arzt beziehungsweise eine Ärztin dürfen bestimmte Leistungen erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen und abrechnen, wenn ihnen ihre KV die entsprechende Genehmigung erteilt hat. Zudem prüft die KV die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen.

Während die KVen für die Umsetzung der Richtlinien und Vereinbarungen verantwortlich sind, vertritt die KBV die Vertragsärzteschaft auf Bundesebene in Verhandlungen mit den Vertragsparteien und in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss.

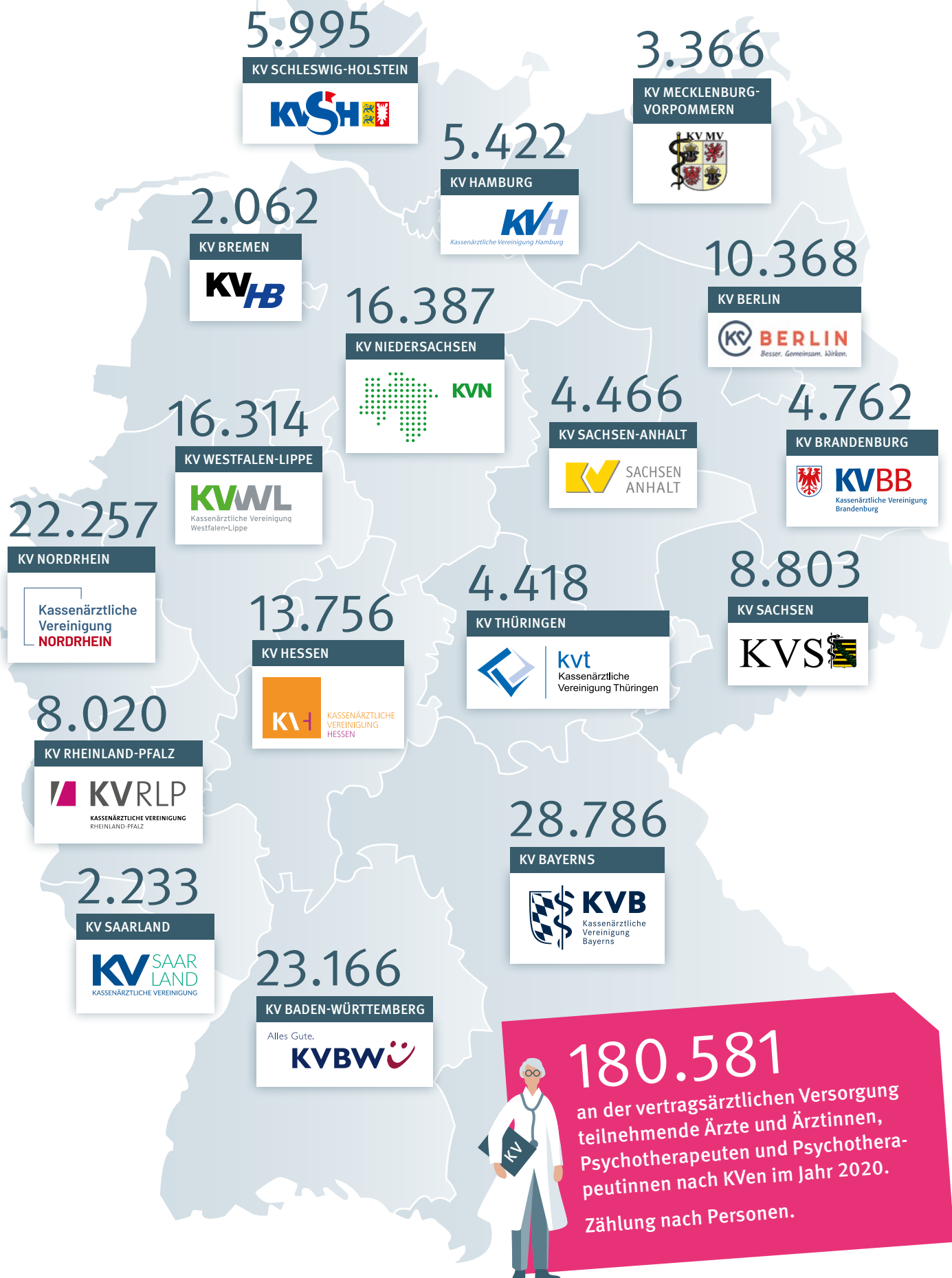
Für die praktische Arbeit der KBV bedeutet dies vor allem, Augenmaß zu bewahren. Die Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung sind vielfältig, differenziert und wirkungsvoll. Aber sie alle sind auch mit administrativem Aufwand verbunden – für die KVen, vor allem aber für die Ärzte und Ärztinnen. Seitens der KBV muss der Wunsch nach der Überprüfbarkeit einer ärztlichen Leistung deshalb in einem angemessenen Verhältnis zu dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand und dem erwarteten Effekt einer Prüfung stehen. Dieser Grat ist schmal und im Zentrum aller Überlegungen sind immer die Belange der Patientinnen und Patienten.

Selbstverständlich ist es wünschenswert, die Ergebnisqualität einer medizinischen Leistung überprüfen zu können. Doch hier ergibt sich eine Vielzahl von Problemen. Zum Beispiel muss die individuelle Situation von Patienten und Patientinnen berücksichtigt werden, die Krankenvorgeschichte und Lebenssituation ebenso wie die Bereitschaft der Betroffenen, ärztlichen Therapieempfehlungen zu entsprechen (Compliance / Adherence). Die Einflüsse dieser, aber auch weiterer Faktoren sind vielfältig. Sie messbar zu machen ist schwierig. Einfacher scheint es da, die Prozessqualität einer medizinischen Intervention zu beurteilen. Beispiele hierfür sind die Hygieneprüfungen, indikatorgestützte Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Koloskopie (Vollständigkeit einer Koloskopie), jährliche Mindestfrequenzen, obligate Aus- und Fortbildungsnachweise und selbstverständlich auch Dokumentationsüberprüfungen, in der Regel durch eine Stichprobe.

Ein besonderes Augenmerk liegt in der vertragsärztlichen Versorgung auf Instrumenten der Strukturqualität. Vor Erteilung einer Genehmigung muss die Ärztin oder der Arzt nachweisen, dass sie oder er über eine ausreichende Qualifikation verfügen, dass die apparativen und räumlichen Gegebenheiten der jeweiligen Praxis angemessen sind und auch ärztliche und nichtärztliche Mitarbeitende über die nötigen Qualifikationen verfügen. Damit wird ein einheitlicher Grundstandard für eine bestimmte Leistung verpflichtend vorgegeben. Das ist besonders wichtig, da von vielen medizinischen Methoden und Verfahren bekannt ist, dass sie unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien zwar wirksam sind, aber erst durch die qualitätsgesicherte Erbringung der Leistung ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden kann. Dies sicherzustellen ist eine der zentralen Aufgaben der KVen und der KBV.

Den KVen obliegt die Umsetzung der bundesweit geltenden und der darüber hinaus regional getroffenen Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien. Zur Unterstützung ihrer Arbeit werden von den KVen leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet, in denen im jeweiligen Bereich besonders erfahrene Ärzte und Ärztinnen tätig sind. Diese beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen in einem Peer-Review-Verfahren. Mit diesem System der Qualitätssicherung wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt. Der überwiegende Teil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen besitzt eine oder mehrere Genehmigungen aufgrund von Qualitätssicherungsvereinbarungen.

› QUALITÄTSFÖRDERUNG IN DEN KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN



› SCHEMATISCHER ABLAUF EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS UND DESSEN FOLGEVERPFLICHTUNGEN

GENEHMIGUNGSERTEILUNG

ARZTBEOEGE ANFORDERUNGEN

Fachliche Qualifikation:

Zeugnis / Bescheinigung,
Kolloquium,
präparatebezogene Prüfung,
Fallsammlungsprüfung,
Vorlage von Dokumentationen,
Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen,
-konferenzen, -kursen

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE ANFORDERUNGEN

Apparativ-technische, räumliche,
organisatorische und hygienische Anforderungen:
schriftliche Nachweise / Erklärungen,
Kooperationsvereinbarungen,
Gewährleistungserklärungen, Baupläne,
Hygienepläne, Praxisbegehungen

Fachliche Befähigung der Mitarbeitenden:

Aus- und Fortbildungsnachweise,
Kooperationsbescheinigungen

BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

GENEHMIGUNGSERHALT / FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNGEN JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG

Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung, Hygienepfung,
Frequenzregelung, Fallsammlungsprüfung, Überprüfung der Präparatequalität, Jahresstatistik,
kontinuierliche Fortbildung, Qualitätszirkel, Nachweise zur Praxisorganisation, Konstanzprüfungen,
Wartungsnachweise, Ringversuche, Überprüfung der Nachweise zur internen und externen
Qualitätsprüfung, regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter und -mitarbeiterinnen,
ggf. Praxisbegehungen bei Beanstandungen, Teilnahme an Fallkonferenzen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanz- /
Kernspintomographie: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA

Akupunktur, Histopathologie im Hautkrebs-Screening, HIV / Aids, Hörgeräteversorgung,
Hörgeräteversorgung (Kinder), Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO),
intravitale Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie des Dünndarms, Koloskopie, Spezial-Labor,
Laserbehandlung bei bPS, Magnetresonanz-Angiographie, Mammographie (kurativ),
Molekulargenetik, PET und PET / CT, photodynamische Therapie am Augenhintergrund,
phototherapeutische Keratektomie, Rhythmusimplantat-Kontrolle, Schmerztherapie,
Ultraschall Diagnostik, Ultraschall Diagnostik der Säuglingshüfte, Vakuumbiopsie der Brust,
Zytologie der Cervix uteri

Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Apheresen, substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

Umfang: Regelung in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 1 SGB V

Mammographie-Screening, Onkologie

Umfang: Gemäß den jeweiligen bundesmantelvertraglichen Regelungen

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG nach § 95d SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT nach § 135a Abs. 2 SGB V

› INSTRUMENTE UND ERGEBNISSE DER QUALITÄTSSICHERUNG

Der überwiegende Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung betrifft die Strukturqualität der ärztlichen Leistungen. Denn die Sicherstellung geeigneter Strukturen bildet die Grundlage für eine zuverlässige Prozessqualität und eine gewünschte Ergebnisqualität. Zudem sind geeignete Prüfparameter der Strukturqualität verhältnismäßig einfach zu bestimmen.

Allerdings wurden prozess- und ergebnisorientierte Aspekte in den vergangenen Jahren zunehmend in die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien integriert. Hinzu kommt, dass die drei Dimensionen der Qualität nicht scharf trennbar sind, denn die im öffentlichen Fokus stehende Ergebnisqualität basiert auf der zuverlässigen Umsetzung der Vorgaben an die Struktur- und Prozessqualität.

DIE ARBEIT DER KVen BEI ALLEN QUALITÄTSGESICHERTEN VERFAHREN

- 1 Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungserteilung zu einem Verfahren (Genehmigungserteilung)
- 2 Überprüfungen der Auflagen, die zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung bestehen (Genehmigungserhalt)

› QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

› AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

› EINGANGSPRÜFUNG

› KOLLOQUIUM

› FREQUENZREGELUNG

› REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEISE / RINGVERSUCHE / KONSTANZPRÜFUNGEN

› PRAXISBEGEHUNGEN / HYGIENEPRÜFUNGEN

› FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

› EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

› RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION

› ÜBERPRÜFUNG VON JAHRESSTATISTIKEN

› BERATUNG



› QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständnisses mit einer professionellen Verwaltung. In allen KVen sind mit Ärztinnen und Ärzten besetzte Qualitätssicherungskommissionen institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellenden aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und / oder durch ein kollegiales Fachgespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KVen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei themenbezogenen stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes oder der geprüften Ärztin. Die Qualitätssicherungskommissionen können den KVen aber auch Empfehlungen geben, von zum Beispiel kürzeren Prüfintervallen bis hin zu einem Genehmigungswiderruf. Insgesamt arbeiten bundesweit etwa 3.280 Ärztinnen und Ärzte neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Teilnehmende aus den Krankenkassen sind nur in wenigen Bereichen vertreten.

› AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

Der zentrale Punkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die vorbehaltliche Genehmigungserteilung durch die KVen. Das heißt, diese prüfen je nach Vereinbarung die fachliche Befähigung des Arztes beziehungsweise der Ärztin, die Vorgaben zu apparativ-technischen und räumlichen Anforderungen sowie gegebenenfalls organisatorische und hygienische Vorgaben. Das bedeutet konkret, dass eine fachärztliche Qualifikation in der vertragsärztlichen Versorgung für viele Bereiche zwar notwendig, aber nicht hinreichend ist.

Der Aufwand der KVen in diesem Bereich variiert von Jahr zu Jahr und ist abhängig von den in dem jeweiligen Jahr in Kraft getretenen oder geänderten Vereinbarungen. Diese können gegebenenfalls eine neue Genehmigung, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen. 2020 wurden allein für diese Aufgabe etwa 55.400 solcher Verwaltungsakte von den KVen bearbeitet.

› EINGANGSPRÜFUNG

In besonders sensiblen Bereichen ist über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung erforderlich. Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich zum Beispiel die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. 2020 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt 209 Prüfungen.

Seit 2012 gilt für die Sonographie der Säuglingshüfte, dass die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen nach Genehmigungserteilung von den Kommissionen überprüft werden. 2020 erfolgte dies bei 316 Ärzten und Ärztinnen. Weitere Leistungsbereiche sind die Schmerztherapie und PET. Auch hier werden aus einem definierten Zeitraum ab Genehmigungserteilung Dokumentationen überprüft. Nach der 2018 eingeführten QS-Vereinbarung Spezial-Labor ist das Qualitätsmanagement innerhalb der ersten zwölf Monate nach Genehmigungserteilung nachzuweisen. Die KVen haben dies 2020 bei 384 Ärzten und Ärztinnen überprüft.

› KOLLOQUIUM / BERATUNG

Die Durchführung von Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie hat unter anderem die Aufgabe, für Leistungsbereiche mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung der Antragstellenden im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen, wenn entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel an der Qualifikation bestehen oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Ärztinnen und Ärzte haben dann die Möglichkeit, ihre fachliche Befähigung in diesem kollegialen Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen. Zudem kann ein Kolloquium, auch in Form einer Beratung, dazu dienen, die zum Beispiel in einer Stichprobenprüfung beanstandeten Dokumentationen mit dem betroffenen Arzt beziehungsweise der betroffenen Ärztin zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für eine Verbesserung der Leistungserbringung zu geben.

Im Rahmen der Genehmigungserteilung fanden im Jahr 2020 etwa 1.220 Kolloquien statt, wobei der größte Teil, etwa 800, im Leistungsbereich Ultraschall diagnostik durchgeführt wurde. Etwa 190 Kolloquien fanden im Laborbereich statt.

› FREQUENZREGELUNG

Ein wesentlicher Qualitätsfaktor kann die Häufigkeit und Regelmäßigkeit sein, mit der ein Arzt oder eine Ärztin Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und / oder manueller Fertigkeit erfordern. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für folgende Leistungen festgelegt:

Abklärungskoloskopie
histopathologische Untersuchung beim Hautkrebs-Screening
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen (Behandeltenanzahl)
interventionelle Radiologie
invasive Kardiologie
Kapselendoskopie des Dünndarms (Auswertende)
Koloskopie
Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie der Mamma
Mammographie-Screening
Onkologie
Schmerztherapie (schmerztherapeutische Einrichtung)
Vakuumbiopsie der Brust

Die KVen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte und Ärztinnen die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, kann die Abrechnungsgenehmigung widerrufen werden und der Arzt oder die Ärztin darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

› REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEISE / KONSTANZPRÜFUNGEN / RINGVERSUCHE

Bei Ärzten und Ärztinnen, die Mammographien durchführen, beinhaltet die Qualitätssicherungsvereinbarung eine zusätzliche Rezertifizierung. Dafür müssen sich die mammographierenden Ärzte und Ärztinnen alle zwei Jahre einer Prüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Werden die Anforderungen nicht erfüllt, findet eine Überprüfung in kürzeren Intervallen statt und die Qualifikation muss gegebenenfalls im Rahmen eines Kolloquiums belegt werden. Gelingt dies nicht, darf der Arzt oder die Ärztin diese Leistung nicht mehr für gesetzlich versicherte Patientinnen erbringen.

Wartungsnachweise sind regelmäßig von Ärzten und Ärztinnen vorzulegen, die Balneophototherapien durchführen. Gleiches gilt für die Hörgeräteversorgung und die hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom.

Obligate Ringversuche gehören bei den Vereinbarungen zur Molekulargenetik und zum Spezial-Labor zum Instrumentarium der Qualitätssicherung.

Durch Gewährleistungserklärungen und regelmäßige Konstanzprüfungen, die durch Wartungsnachweise ersetzt werden können, werden Ultraschallgeräte in Bezug auf die Einhaltung apparativer Vorgaben überprüft. Damit wird jedes einzelne der etwa 143.500 Ultraschallgeräte von jedem der fast 92.100 Vertragsärzte und Vertragsärztinnen zusätzlich zu den Stichprobenprüfungen geprüft. Mit diesem für die KVen nicht unerheblichen Aufwand wird das Ziel verfolgt, die Qualität im Bereich Ultraschall auf einem hohen Niveau zu halten und weiter zu optimieren.

› PRAXISBEGEHUNGEN / HYGIENEPRÜFUNGEN

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind seit 2003 für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt zwei Mal im Jahr durch ein von der KV beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Treten wiederholt Mängel auf, kann dies zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen. Nach anfänglich deutlich höheren Beanstandungsquoten haben sich die Wiederholungsprüfungen seit Jahren in einem Bereich von drei bis vier Prozent stabilisiert.

Praxisbegehungen (meist im Rahmen der Genehmigungserteilung) können beispielsweise in Praxen stattfinden, in denen ambulant operiert wird und die dafür besondere bauliche Strukturen aufweisen müssen.

› EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Die KVen prüfen gemäß den Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien anhand von Stichproben die Qualität von Leistungen im Einzelfall. Dabei ist im Wesentlichen zwischen Prüfungen zu Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V und zu Richtlinien nach § 135b Abs. 2 SGB V zu unterscheiden.

In der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 135b Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V“ (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung/QP-RL) werden vom G-BA die Vorgaben zur Durchführung der Qualitätsprüfungen festgeschrieben. Die Kriterien zur Beurteilung der Qualität zu fachärztlich erbrachten Leistungen regelt der G-BA in leistungsbereichsbezogenen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien (QB-RLen).

Zum 1. Juli 2019 trat eine Neufassung der QP-RL in Kraft, die in Verbindung mit den ebenfalls neu gefassten und Anfang 2020 in Kraft getretenen QB-RLen in den Leistungsbereichen konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (QBR-RL), Kernspintomographie (QBK-RL) und Arthroskopie (QBA-RL) die Durchführung der Stichprobenprüfungen regeln.

Die Neufassung der QP-RL enthält umfassende Anpassungen an die geltende Rechtslage, Präzisierungen in Bezug auf Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfungen sowie eine Festschreibung einheitlicher Bewertungskategorien. Zudem wurde eine Mängelanalyse für die Bewertungskategorien „erhebliche“ oder „schwerwiegende“ Beanstandungen etabliert, deren Ziel es ist, einen möglichen fachlich-inhaltlichen Weiterentwicklungsbedarf der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des G-BA zu identifizieren und daraus gegebenenfalls konkrete Qualitätsförderungsmaßnahmen ableiten zu können.

Die im Berichtsjahr 2020 vorgenommenen Stichprobenprüfungen für die Leistungsbereiche konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie, Kernspintomographie und Arthroskopie wurden von den KVen erstmals auf Grundlage des in der jeweiligen QB-RL festgelegten Bewertungsschemas durchgeführt.

Für das Berichtsjahr 2020 fasste der G-BA vor dem Hintergrund der erst Anfang 2020 in Kraft getretenen QB-RLen den Beschluss, für das Jahr 2020 eine Überprüfung von nur zwei statt vier Prozent der Ärzte und Ärztinnen vorzugeben.

Weitere Dokumentationsprüfungen, in der Hauptsache nach Vereinbarungen zu § 135 Abs. 2 SGB V aber auch nach § 135 Abs. 1 und anderen, finden in der Regel in den folgenden Bereichen statt:

Akupunktur
Histopathologie im Hautkrebs-Screening
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom
intravitreale Medikamenteneingabe
Kapselendoskopie des Dünndarms
Koloskopie
Spezial-Labor
Laserbehandlung bei benignen Prostatasyndrom
Liposuktion (ab 2021)
Magnetresonanztomographie
Mammographie (kurativ)
Mammographie-Screening
Molekulargenetik
Onkologie
Positronenemissionstomographie PET und PET / CT
photodynamische Therapie am Augenhintergrund
phototherapeutische Keratektomie
Rhythmusimplantat-Kontrolle
Schmerztherapie
substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
Ultraschalldiagnostik
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
Vakuumbiopsie
Zervix-Zytologie

Durch die Bereitstellung von Feedbackberichten kann ein Arzt beziehungsweise eine Ärztin die eigene Behandlungsqualität mit der anderer Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten und Ärztinnen erstellten Dokumentationen und Jahresstatistiken sowie Ergebnisse von Fallsammlungsprüfungen (Mammographie) ausgewertet und an den Arzt beziehungsweise die Ärztin zurückgemeldet. Diese Rückmeldesysteme helfen der einzelnen Ärztin beziehungsweise dem einzelnen Arzt, die eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedbacksysteme sind zum Beispiel Teil der Qualitätssicherung der Disease-Management-Programme (DMP). Für alle DMP hat die KBV den KVen hierzu Softwaretools zur Erstellung dieser Berichte zur Verfügung gestellt. In den Leistungsbereichen Hörgeräteversorgung, Kapselendoskopie (Dünndarm) und Molekulargenetik werden Ärzten und Ärztinnen die Feedbackberichte im Dokumentationsportal bereitgestellt.

Zur Sicherung und Förderung der hohen Qualität in der ambulanten Versorgung werden dafür Daten zu bestimmten Qualitätsparametern von den Vertragsärzten und -ärztinnen behandlungsfallbezogen elektronisch dokumentiert und an die KV oder eine von ihr beauftragte Stelle übermittelt. Auf Basis dieser Angaben werden unter anderem Rückmeldeberichte erstellt, welche die Ärztinnen und Ärzte zur praxisinternen Qualitätssicherung nutzen können.

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapievereinbarung, die HIV / Aids- oder die Mammographie-Vereinbarung, schreiben Fortbildungen vor. In der Schmerztherapie sogar mittels Konferenzen, in denen Patienten und Patientinnen persönlich vorgestellt werden.

Daneben ist seit 2004 für alle Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Nachweis einer regelmäßigen Fortbildung gegenüber ihrer KV verpflichtend. Dieser Nachweis muss jeweils alle fünf Jahre durch ein entsprechendes Fortbildungszertifikat der Ärztekammern erbracht werden.

Ein fachlicher Austausch kann interdisziplinär oder fachübergreifend erfolgen, zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln. Mit Unterstützung eines Moderators oder einer Moderatorin können die Teilnehmenden in gleichberechtigter Diskussion ihr eigenes Handeln kritisch hinterfragen und Alternativen beraten. Die KV unterstützt ihre Mitglieder hierbei vielfältig, beispielsweise durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten, organisatorische und administrative Hilfen sowie durch Moderatorentrainings und Tutorinnen und Tutoren.

› QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurden alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verpflichtet, ein praxisinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Hierzu hat die KBV mit ihrem System QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® ein Konzept von Praxen für Praxen entwickelt. Es erlaubt allen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden, unter optimalem Zeit- und sonstigem Ressourceneinsatz für ihre Praxis ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen.

› THEMENBEZOGENE QUALITÄTSINITIATIVEN



Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland hat in seiner Funktion als gemeinsame Forschungseinrichtung der KBV und der KVen seinen Schwerpunkt in der Durchführung und Förderung der Versorgungsforschung in der vertragsärztlichen Versorgung.



Kompetenzzentrum
Hygiene und Medizinprodukte
der KVen und der KBV

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte von KVen und KBV wurde im Juli 2010 gegründet und ist bei der KV Baden-Württemberg angesiedelt. Es befasst sich mit allen Fragen rund um das Thema Hygiene in der Arztpraxis.



Kompetenzzentrum Qualitätssicherung
in der kurativen Mammographie

Das Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie wird im Auftrag der KVen in der KV Bayerns betrieben. Dort erfolgen Entwicklung und Bereitstellung von Prüfmaterialeien und Koordination der bundesweit dezentral erfolgenden Fallsammlungsprüfungen für mammographierende Ärzte und Ärztinnen.

KBV

KVen



Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin ist das gemeinsame Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer und KBV für Qualität und Wissenstransfer im Gesundheitswesen.

KBV

BÄK



Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie ist in gemeinsamer Trägerschaft der gesetzlichen Krankenkassen und der KBV im August 2003 gegründet worden. Ihre Aufgabe ist die Koordination, Qualitätssicherung und Evaluation des Mammographie-Screening-Programms.

Die Kooperationsgemeinschaft hat bundesweit fünf Referenzzentren als regionale Untergliederungen gebildet.

KBV

GKV-SV

04 | QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z



ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

✓ 566 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2020

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: 28.08.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Vorgaben zu räumlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlicher Nachweis von 100 Abklärungskolposkopen mit definierten Merkmalen

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Nachweis einer Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: jährlich mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen (mindestens zweimal pro Halbjahr), alternativ themenbezogene Fortbildungspunkte (zehn Punkte in zwei Jahren)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	3)								4)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	64	64	32	15	4	34	46	7	57	58	19	16	24	21	27	9	69	566
abrechnende Ärzte	48	64	26	14	4	32	46	7	46	39	18	15	20	20	22	8	53	482
beschiedene Anträge ²⁾	64	75	34	17	5	37	47	7	67	59	21	16	25	21	28	9	75	607
– davon Genehmigungen (§ 8 Abs. 3)	64	64	34	15	4	36	46	7	62	58	21	16	24	21	27	9	69	577
– davon Ablehnungen	0	11	0	2	1	1	1	0	5	1	0	0	1	0	1	0	6	30
Kolloquien (Antragsverfahren, § 8 Abs. 4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
🔊 GENEHMIGTE GERÄTESYSTEME																		
im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	54	64	20	12	4	24	18	7	65	58	29	16	25	23	29	10	55	513
– davon analog	0	20	13	4	1	6	3	4	20	10	7	2	9	11	8	4	10	132
– davon digital	18	35	4	5	1	15	4	0	12	5	11	14	4	7	2	3	17	157
– davon Kombisysteme	36	9	3	3	2	3	11	3	33	43	11	0	12	5	19	3	28	224

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Davon 32 Neugenehmigungen. ⁴⁾ Davon 65 Erstanträge.

AKUPUNKTUR

✓	8.686	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	327	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	4.627	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📅	2.845	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung;
bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei
begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

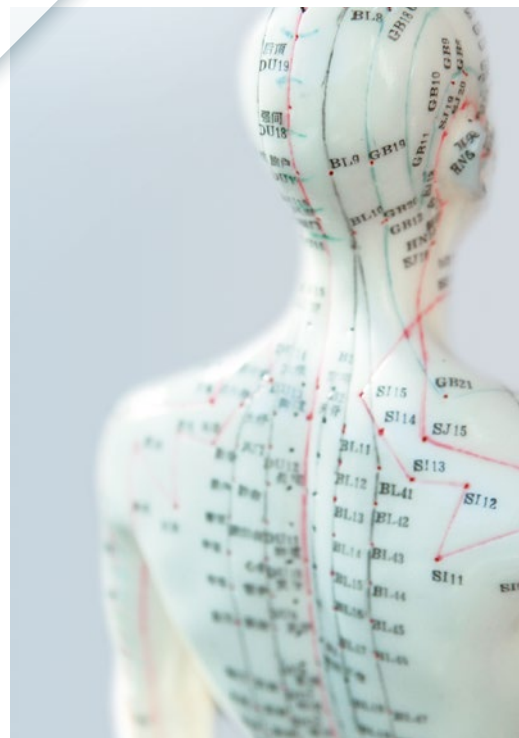
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen
beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung
von fünf Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen; zwölf Fälle und bis zu
18 Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans sowie der
Eingangs- und Verlaufserhebung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche statistische
Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch Partner des
Bundesmantelvertrags festgelegt

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				6)		7)	9)	10)	11)					12)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	1.429	1.331	610	178	82	155	639	118	650	1.223	385	123	331	164	248	138	1.085	8.889
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	1.371	1.293	605	183	82	146	645	112	640	1.216	361	122	321	162	245	130	1.052	8.686
beschiedene Anträge ²⁾	38	84	68	16	2	7	54	4	49	74	34	7	3	4	14	4	60	522
– davon Genehmigungen	38	80	68	16	2	7	50	4	49	74	34	7	3	4	13	4	50	503
– davon Ablehnungen	0	4	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	19
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	1	0	0	2	0	0	0	4	0	1	0	0	4	4	5	21
– aus sonstigen Gründen			1			2				4		1			0	3	5	16
– wegen Mängeln in der Dokumen- tationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6			0			0				0		0			4	1	0	5
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	10	10	70	11	0	14	k.A.	0	36	7	58	3	13	0	12	14	56	314

➤ Fortsetzung nächste Seite

AKUPUNKTUR

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

8)

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	1.082	1.096	539	183	75	127	532	103	581	1.074	336	121	298	139	209	112	1.001	7.608
abrechnende Ärzte geprüft, in %	1,7*	5,5	5,9	**	6,7	5,5	**	5,8	5,0	3,3	3,6*	5,8	6,0	5,8	8,1	0,9*	4,2	13)
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	3*	29	17	**	2	0	**	0	15	17	3*	2	10	6	7	1*	6	118
– davon bestanden	3	27	17		2				14	17	2	0	10	6	7	0	5	110
– davon nicht bestanden	0	2	0		0				1	0	1	2	0	0	0	1	1	8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	10	0	0	**	0	0	**	0	1	1	3	0	0	0	0	3	0	18
– davon bestanden	10								1	1	3					2		17
– davon nicht bestanden	0								0	0	0					1		1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden – Ärzte	15*	31	15	**	3	7	**	6	14	18	9*	5	8	2	10	0*	36	179
– davon bestanden	13	29	13		2	7		6	14	17	6	4	7	2	8		35	163
– davon nicht bestanden	2	2	2		1	0		0	0	1	3	1	1	0	2		1	16
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	**	0	1	**	0	5	0	0	0	1	0	2	3	0	12
– davon bestanden						1			5				1		2	2		11
– davon nicht bestanden						0			0				0		0	1		1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden											1							1
– davon nicht bestanden											0							0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen – normale Fälle	216	223	313		61	63		60	348	213	156	84	196	85	91	84	498	2.691
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	12	3	108		11	0		0	17	4	14	42	3	0	17	16	8	255
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0	1	22		7				14	3	7	42	0		17	8	8	129
– davon nicht nachvollziehbar	0	0	0		1				0	0	0	0	3		0	0	0	4
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar	12	2	86		3				3	1	7	0	0		0	8	0	122
geprüfte Dokumentationen – Ausnahmefälle	154	631	106		19	53		78	77	71	65	43	52	19	64	6	498	1.936
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	26	29	50		16	0		0	5	3	6	4	3	0	19	2	5	168
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	2	2	2		10				3	0	0	4	0		19	2	4	48
– davon nicht nachvollziehbar begründet	7	0	0		1				0	0	0	0	3		0	0	1	12
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	17	27	48		5				2	3	6	0	0		0	0	0	108

PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	**	830*	**	183	**	**	245*	112	**	**	**	75	92*	**	159*	73	1.076	2.845
--	----	------	----	-----	----	----	------	-----	----	----	----	----	-----	----	------	----	-------	-------

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Davon 66 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Enthalten sind 32 Neuanträge, davon wurden 4 abgelehnt. ⁷⁾ Davon 15 Neuanträge. ⁸⁾ Die Wiederholungsprüfungen waren aus 2018 begründet. ⁹⁾ Davon 38 Neuanträge. ¹⁰⁾ Davon 8 Erstgenehmigungen. ¹¹⁾ Davon 4 Umschreibungen. ¹²⁾ Davon 28 Neuanträge. ¹³⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

AMBULANTES OPERIEREN

✓ 32.898 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

§

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.12.2011

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung der Ärztin oder des Arztes; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: für Leistungsbereiche Koloskopie und invasive Kardiologie analog Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V; weitere Regelungen möglich

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: wenn Operateur oder Operateurin und behandelnder / nachbehandelnder Arzt oder Ärztin nicht identisch sind, muss eine Kooperation erfolgen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)	5), 6)				7)		8)		9)		10)					11)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	4.679	5.535	2.440	851	421	946	2.453	507	3.090	3.396	1.345	456	1.968	749	1.115	650	2.491	33.092
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	4.930	5.547	2.409	871	431	955	2.458	484	3.088	3.515	1.340	495	1.353	749	1.105	632	2.536	32.898
beschiedene Anträge ²⁾	683	1.042	371	60	19	207	546	34	389	501	199	31	0	56	60	52	574	4.824
– davon Genehmigungen	683	1.038	370	58	19	206	545	34	385	499	197	31		56	60	49	574	4.804
– davon Ablehnungen	0	4	1	2	0	1	1	0	4	2	2	0		0	0	3	0	20
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	17	0	1	0	0	0	0	1	0	0	19
– davon ohne Beanstandungen								16		1					1			18
– davon mit Beanstandungen								1		0					0			1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	1	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	13	0	155	38	0	149	k.A.	57	190	380	202	18	0	56	70	44	110	1.482

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Die Anzahl Ärzte mit Genehmigung umfasst 1.616 Ärzte mit Genehmigung gemäß § 115 SGB V. ⁶⁾ Genehmigungen enthalten 124 Neugenehmigungen. ⁷⁾ Davon 193 Erstanträge. ⁸⁾ Davon 192 Erstanträge. ⁹⁾ Davon 91 Erstgenehmigungen. ¹⁰⁾ Umstellung von einer arztbezogenen Genehmigung auf eine leistungsortbezogene Genehmigung zum 01.07.2020. 1.117 Praxen können an 1.353 Leistungsorten Leistungen durchführen (Stichtag 01.07.2021). ¹¹⁾ Davon 155 Neuanträge.

› APHERESSEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

✓ 1.286 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und
gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Indikations-
stellung für jeden Einzelfall zu dokumentieren und durch den Arzt oder die Ärztin
pseudonymisiert zur Prüfung an beratende Kommission der KV
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: ergänzende ärztliche Beurteilung



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE		
	4)								5)				6)				7)			
✓ GENEHMIGUNGEN																				
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	137	129	45	73	20	48	54	40	137	151	79	25	54	58	47	41	105	1.243		
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	140	138	47	73	21	48	56	42	144	152	78	22	55	60	50	43	117	1.286		
beschiedene Anträge ²⁾	28	12	6	9	0	4	8	3	24	9	5	0	3	2	5	4	15	137		
– davon Genehmigungen	28	11	6	9		4	8	3	24	9	5		3	2	5	4	15	136		
– davon Ablehnungen	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	1		
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	4	9	0	6	k. A.	1	17	10	6	3	2	0	2	2	0	63		

› Fortsetzung nächste Seite

APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

PRÜFUNG DER INDIKATION IM EINZELFALL

LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG

Erstanträge	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	7
– davon angenommen	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	7
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Folgeanträge	4	12	7	0	2	5	3	1	5	15	11	3	5	8	0	1	8	90
– davon angenommen	4	12	7	0	2	5	3	1	5	15	11	3	5	7	0	1	7	88
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2

LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE

Erstanträge	4	16	8	31	0	6	5	19	17	64	1	0	21	15	6	3	33	249
– davon angenommen	3	15	5	15	0	4	5	19	16	37	1	0	12	9	6	3	15	165
– davon abgelehnt	1	1	3	16	0	2	0	0	1	27	0	0	9	6	0	0	18	84
Folgeanträge	33	124	42	132	2	13	49	58	49	510	28	4	111	166	28	40	130	1.519
– davon angenommen	31	124	42	132	2	13	49	58	49	509	28	4	110	149	28	40	130	1.498
– davon abgelehnt	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	17	0	0	0	21

LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER Lp(a)-ERHÖHUNG

Erstanträge	21	36	16	30	9	15	25	8	122	1	14	16	67	4	9	13	36	442
– davon angenommen	16	33	10	21	7	14	22	8	97	1	10	13	30	2	8	7	14	313
– davon abgelehnt	5	3	6	9	2	1	3	0	25	0	4	3	37	2	1	6	22	129
Folgeanträge	31	304	103	70	21	50	39	76	798	29	80	41	202	24	50	90	152	2.160
– davon angenommen	31	303	103	70	19	50	39	76	786	29	80	41	199	23	50	88	148	2.135
– davon abgelehnt	0	1	0	0	2	0	0	0	12	0	0	0	3	1	0	2	4	25

IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS

Erstanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Folgeanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Davon 2 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 7 Erstanträge. ⁷⁾ Davon 12 Neuanträge.

ARTHROSKOPIE

✓ 4.179 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

57 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

684 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

§

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)

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an G-BA

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)	5)					9)		11)		12)						13)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	615	920	235	77	48	77	358	58	352	412	216	91	162	68	131	92	310	4.222
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	624	926	228	76	48	71	350	60	356	401	196	96	161	63	128	91	304	4.179
beschiedene Anträge ²⁾	76	181	38	4	4	3	73	8	40	24	27	3	14	0	5	1	34	535
– davon Genehmigungen	74	174	38	4	4	3	73	8	39	24	27	3	13		5	1	34	524
– davon Ablehnungen	2	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1		0	0	0	11
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	k.A.	14	5	0	8	k.A.	6	31	35	47	2	14	7	8	2	10	189

➤ Fortsetzung nächste Seite

► ARTHROSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
			6)	7)	8)	7)	8)	10)	7)	7)		6)	7)	7)	7)	7)	7)	

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135B ABS. 2 SGB V

Prüfungsfang																		
abrechnende Ärzte	367	596	135	60	26	34	227	59	212	263	102	39	92	40	74	56	153	2.535
geprüfte Ärzte	**	14	**	**	3	**	5	**	4	9	5	3	5	**	**	5	4	57
Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1		14			3		5		4	6	4	3	3			5	4	51
anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2		0			0		0		0	3	1	0	2			0	0	6
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	**	2,3	**	**	11,5	**	2,2	**	1,9	2,3	3,9	7,7	3,3	**	**	8,9	2,6	14)

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen		8			1		3		2	2	3	3	3			0	2	27
– geringe Beanstandungen		3			1		0		1	2	0	0	0			1	1	9
– erhebliche Beanstandungen		0			1		1		1	2	0	0	0			0	1	6
– schwerwiegende Beanstandungen		3			0		1		0	0	1	0	0			4	0	9
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen									2	1		1						4
– geringe Beanstandungen									1	0		1						2
– erhebliche Beanstandungen									0	0		0						0
– schwerwiegende Beanstandungen									0	0		0						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		0			2		2		2	2	1	0	0			5	2	16
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a		0			2		2		1	2	1	0	0			4	0	12
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b		0			0		0		0	0	0	0	0			0	0	0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d		4)			0		0		0	0	0	0	0			0	0	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			0		0		0	0	0	0	0			0	0	0

** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Enthalten sind 36 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Kolloquien ausgesprochen, die im Berichtszeitraum noch nicht erfolgt sind. ⁶⁾ Davon 7 Neugenehmigungen. ⁷⁾ Angaben abrechnende Ärzte beziehen sich auf Q II/2020. ⁸⁾ Angaben abrechnende Ärzte beziehen sich auf Q III/2020. ⁹⁾ Angaben abrechnende Ärzte beziehen sich auf Q IV/2020. ¹⁰⁾ Davon 25 Erstanträge. ¹¹⁾ Davon 11 Erstgenehmigungen. ¹²⁾ Davon 4 Neuanträge. ¹³⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

BALNEOPHOTOTHERAPIE

✓ 941 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

⚡ 239 PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE

§

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls
bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: zum Nach-
weis der regelmäßigen Wartung der Bestrahlungsgeräte und der Bestrahlungsstärke
der Leuchtmittel jährliche Stichprobenprüfungen im Umfang von mindestens
20 Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentations-
prüfung auf Verlangen der KV

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung
der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des
Bundesmantelvertrags



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4), 5)		6)				7)		8)		5), 9)						11)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	108	146	25	17	21	22	52	2	127	108	53	17	44	13	29	19	134	937
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	110	145	25	16	21	31	49	2	122	109	51	20	42	13	29	19	137	941
beschiedene Anträge ²⁾	8	17	25	0	2	9	13	0	17	11	10	4	0	2	2	1	126	247
– davon Genehmigungen	8	17	25		2	9	13		17	11	10	4		2	1	1	123	243
– davon Ablehnungen	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0		0	1	0	3	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	2	3	1	2	0	k.A.	0	14	12	12	1	2	2	1	0	7	62
⚡ PRÜFUNGEN WARTUNGSNACHWEISE § 8																		
abrechnende Ärzte	94	116	21	16	19	14	36	2	102	99	38	20	31	11	25	15	110	769
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	7*	23	7	16	4	16	12	2	23	**	11	20	9	3	8	3	64	228
– davon Nachweise erbracht	5	21	7	16	4	15	12	2	23		10	20	6	3	8	3	64	219
– davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	2	2	0	0	0	1	0	0	0		1	0	10)	0	0	0	0	6
nochmalige Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	**	0	0	0	0	0	0	8	11
– davon Nachweise erbracht		2				1											8	11
– davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht		0				0											0	0
abrechnende Ärzte geprüft, in %, (soll 20 %)	7,4*	19,8	33,3	100,0	21,1	114,3	33,3	100,0	22,5	**	28,9	100,0	29,0	27,3	32,0	20,0	58,2	12)

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. ⁵⁾ Geprüfte Ärzte mit nicht erbrachten Wartungsnachweisen verzichten auf Genehmigung. ⁶⁾ Davon 3 Neugenehmigungen, 22 erweiterte Genehmigungen wegen neuer Indikation. ⁷⁾ Davon 4 Neuanträge. ⁸⁾ Davon 9 Erstanträge. ⁹⁾ Davon 3 Erstgenehmigungen. ¹⁰⁾ Überprüfung der Wartungsnachweise für 3 Ärzte noch nicht abgeschlossen. ¹¹⁾ Davon 10 Neuanträge und 42 neue Genehmigungen wegen neuer Indikation. ¹²⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

✓ 2.790 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

§

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-Ä, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.07.2020

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) vom 01.01.2019, zuletzt geändert zum: 17.06.2021

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: obligat, außer Ärztinnen und Ärzte der Fachbereiche Nephrologie und
gegebenenfalls Kinderheilkunde; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung
und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: in der Zentrumsdialyse wird durch Vergabe von Versorgungs-
aufträgen sichergestellt, dass bestimmte Arzt / Patientenschlüssel gewährleistet
sind (Patienten und Patientinnen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr): bei mehr
als 30 Patienten und Patientinnen mindestens ein zweiter Arzt oder eine zweite
Ärztin, der beziehungsweise die die fachlichen Befähigungen nach § 4 erfüllt;
bei mehr als 100 Patientinnen und Patienten je weiteren 50 Patienten und Patien-
tinnen zusätzlich ein weiterer Arzt oder eine weitere Ärztin, welcher oder welche
ab der dritten Arztstelle auch ein Facharzt oder eine Fachärztin für Innere Medizin
sein kann, auch ohne Schwerpunktbezeichnung Nephrologie

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei Dialyse von Erwachsenen ist
Kooperation mit einem Transplantationszentrum nachzuweisen, bei Dialyse von
Kindern ist die pädiatrische und psychosoziale Betreuung und die Kooperation
mit einem Transplantationszentrum für Kinder nachzuweisen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)		6)		7)		8)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	240	855	119	73	21	56	266	62	202	207	132	28	100	106	60	78	171	2.776
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	244	864	118	73	20	54	264	65	209	203	133	25	103	108	62	74	171	2.790
beschiedene Anträge ²⁾	22	304	14	9	0	6	12	4	27	37	21	0	7	3	6	5	24	501
– davon Genehmigungen	22	300	14	9		6	12	3	27	37	21		7	3	6	5	19	491
– davon Ablehnungen	0	3	0	0		0	0	1	0	0	0		0	0	0	0	5	9
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
– davon bestanden			1			2							1					4
– davon nicht bestanden			0			0							0					0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	7	9	0	8	k. A.	1	20	6	20	3	4	1	4	2	0	86

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Ärzte mit Genehmigung einschließlich angestellte Ärzte (KfH, MVZ, Praxen). ⁵⁾ Davon 6 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 2 Genehmigungen aufgrund Arbeitgeberwechsels. ⁷⁾ Davon 7 Erstanträge. ⁸⁾ Davon 7 Erstgenehmigung.

› BOTOXBEHANDLUNG BEI BESTIMMTEN BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN

✓ 923 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

📄 516 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE



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

AKKREDITIERUNG: niedergelassene, angestellte und ermächtigte Fachärzte und Fachärztinnen für Gynäkologie und Urologie

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis der jährlichen Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht Fortbildungspunkten

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)						6)		7)						8)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	132	145	45	6	4	17	38	9	97	104	40	9	31	16	25	14	82	814
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	143	168	47	9	4	22	39	12	104	125	42	15	37	24	28	15	89	923
beschiedene Anträge ²⁾	17	25	3	3	0	7	8	3	23	24	10	6	7	4	4	1	31	176
– davon Genehmigungen	17	23	3	3		7	8	3	23	24	10	6	7	4	4	1	20	163
– davon Ablehnungen	0	2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	13
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	k. A.	0	0	0	1	6	0	5	0	1	0	0	0	0	0	10	23
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	0	0	0	1	k. A.	0	11	3	7	0	1	0	1	0	0	25
📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	**	162	45	**	3	22	35	9	43*	90	**	11	5*	**	25	7	59	516

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Frist zur Vorlage von Fortbildungsnachweisen für 2020 wurde bis 30.06.2021 verlängert. ⁵⁾ Davon 2 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 20 Erstanträge. ⁷⁾ Davon 9 Erstgenehmigungen. ⁸⁾ Davon 17 Neuanträge.

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME DMP

✓ 7.168	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP DIABETES MELLITUS TYP 1
✓ 50.559	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP DIABETES MELLITUS TYP 2
✓ 50.847	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP KORONARE HERZKRAKHEIT
✓ 6.734	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP BRUSTKREBS
✓ 49.373	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP ASTHMA
✓ 46.419	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP COPD

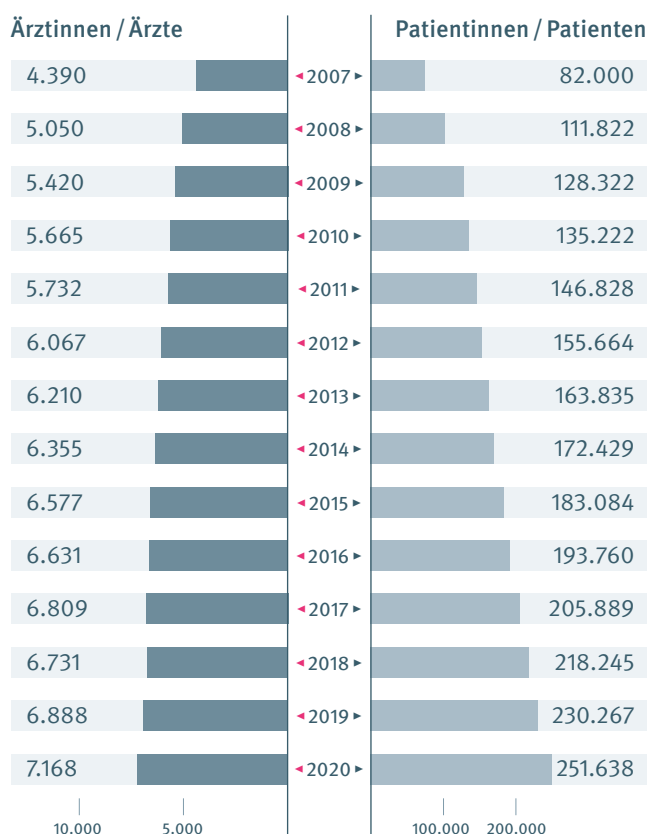
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, PATIENTINNEN UND PATIENTEN IM DMP

Ende des Jahres 2020 waren mehr als 7,5 Millionen Patientinnen und Patienten in Disease-Management-Programmen (DMP) für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Brustkrebs eingeschrieben. Da Patienten und Patientinnen zum Teil an mehreren DMP teilnehmen, waren zum 31. Dezember 2020 insgesamt circa 8,9 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Ein großer Teil dieser Einschreibungen, etwa 4,5 Millionen, erfolgte im DMP Diabetes mellitus Typ 2.

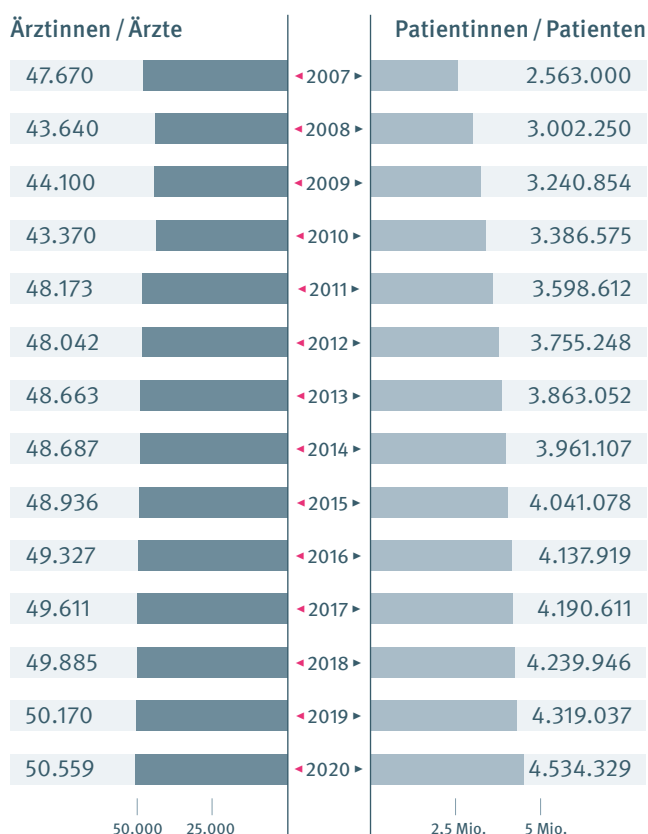
Zusätzlich zu den bestehenden Programmen beschloss der G-BA in den vergangenen Jahren weitere DMP. 2018 trat das DMP Herzinsuffizienz in Kraft, 2019 folgte das DMP chronischer Rückenschmerz. Im Jahr 2020 wurden Anforderungen an DMP zu den Indikationen Depression und Osteoporose beschlossen. Darüber hinaus trat 2021 ein neues DMP Rheumatoide Arthritis in Kraft.

Im Folgenden werden die Zahlen der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung, sowie die Zahlen der Patientinnen und Patienten in den einzelnen DMP im Verlauf von 2007 bis 2020 dargestellt.

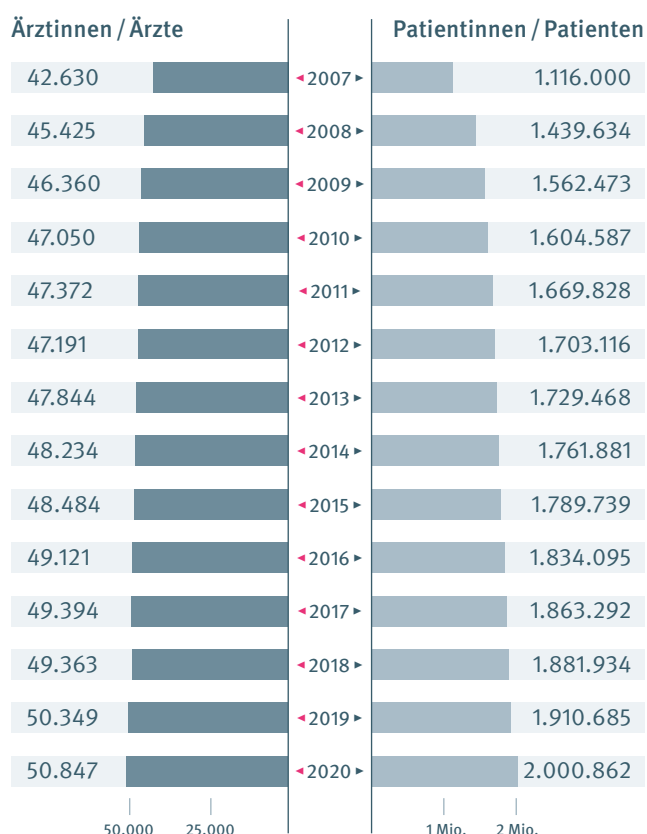
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



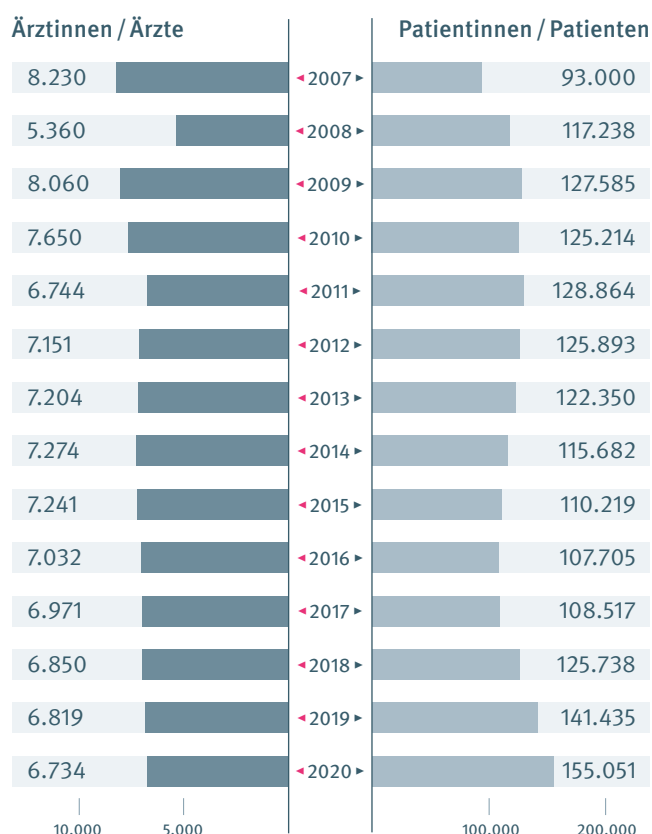
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



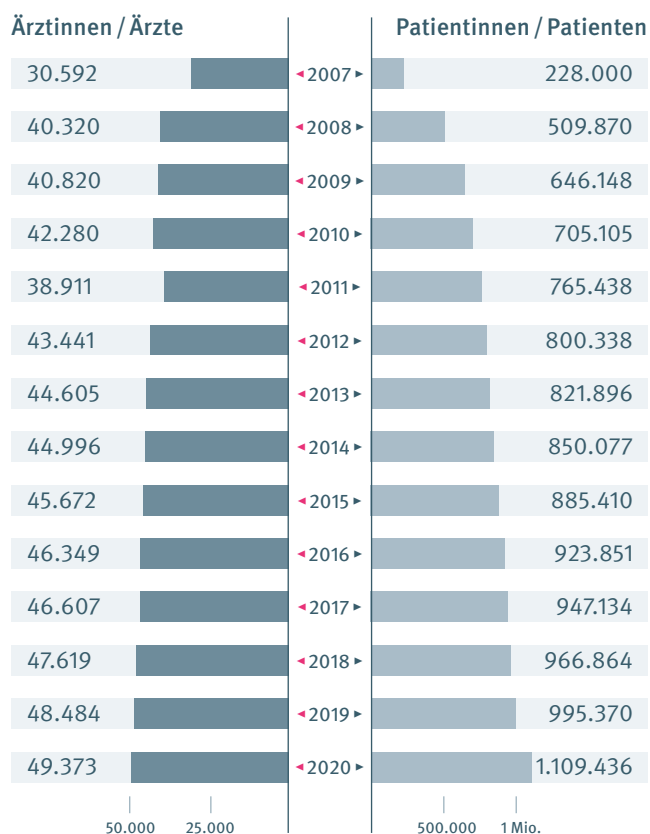
DMP KORONARE HERZKRANKHEIT



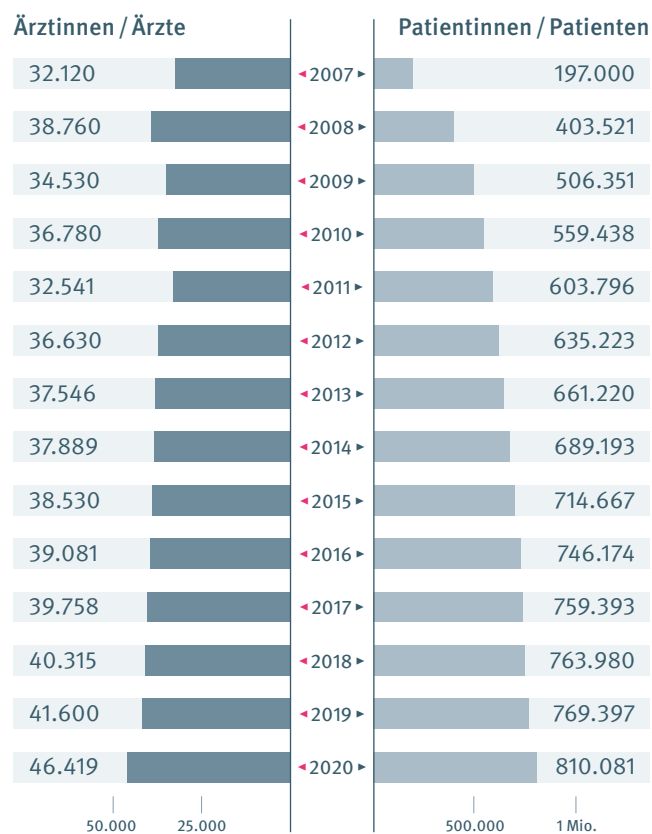
DMP BRUSTKREBS



DMP ASTHMA



DMP COPD



Quellen: Angaben der KVen (Ärztinnen / Ärzte); amtliche Statistik KM6/KM7 des BMG (Patientinnen / Patienten)

> DMP ASTHMA BRONCHIALE: ERSTE ERGEBNISSE ZUR QUALITÄTSZIELERREICHUNG NACH AKTUALISIERUNG

Zum 1. April 2019 erfolgte die Umsetzung der zweiten Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale. Mit der Aktualisierung wurde der Schwerpunkt auf die genaue Erfassung der Kriterien der Asthmakontrolle und der damit verbundenen Therapieanpassungen in den Fokus gerückt. Zusätzlich soll mindestens einmal jährlich zur Bewertung der aktuellen Lungenfunktion eine Lungenfunktionsmessung (Spirometrie) zur Ermittlung der Einsekundenkapazität „FEV1“ erfolgen. Die Empfehlungen des aktualisierten DMP Asthma bronchiale zielen insbesondere auf die Vermeidung ungeplanter, auch notfallmäßiger ambulanter oder stationärer Behandlung ab. Die Beratung zum Tabakverzicht und der Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Tabakentwöhnungsprogramm für rauchende Teilnehmer und Teilnehmerinnen soll verbessert werden. Folglich wurden auch die Qualitätsziele des Programms aktualisiert.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse zu den Qualitätszielen des DMP Asthma bronchiale dargestellt. Die durchschnittliche Zielerreichung wurde auf der Basis der Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen aus Daten des zweiten Halbjahres 2019 aus 15 KVen berechnet.

VERMEIDUNG UNGEPLANTER, AUCH NOTFALLMÄßIGER (AMBULANT UND STATIONÄR) ÄRZTLICHER BEHANDLUNGEN

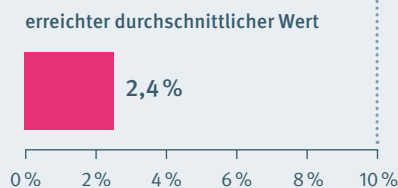
QUALITÄTSZIEL:

Höchstens 10 % der Teilnehmenden hatten in den vergangenen 12 Monaten eine ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMENDE:

Alle Teilnehmenden mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP

Zielwert: $\leq 10\%$



➔ Nur bei 2,4 % aller Teilnehmenden erfolgte im Berichtszeitraum eine ungeplante, auch notfallmäßige ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale.

n = 746.855 Teilnehmende

UNKONTROLLIERTES ASTHMA BRONCHIALE BEI ERWACHSENEN

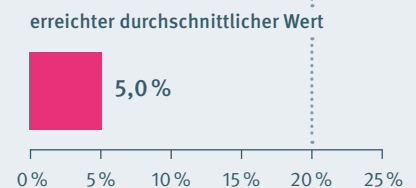
QUALITÄTSZIEL:

Maximal 20 % der Teilnehmenden hatten ein unkontrolliertes Asthma bronchiale

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMENDE:

Alle Teilnehmenden ≥ 18 Jahre

Zielwert: $\leq 20\%$



➔ Im Berichtszeitraum hatten 5,0 % aller Teilnehmenden ein unkontrolliertes Asthma.

n = 700.358 Teilnehmende

AUSGEWÄHLTE
 QUALITÄTSZIELE
 FÜR DAS
 DMP ASTHMA

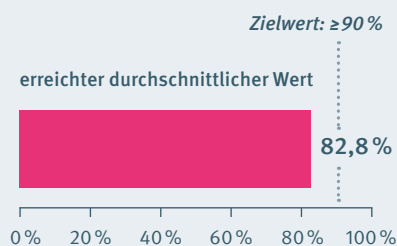
KONTROLLIERTES ASTHMA BRONCHIALE BEI ERWACHSENEN

QUALITÄTSZIEL:

Mindestens 90 % der Teilnehmenden hatten ein kontrolliertes Asthma bronchiale

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMENDE:

Alle Teilnehmenden ≥ 18 Jahre



➔ 82,8 % aller Teilnehmenden hatten im Berichtszeitraum ein kontrolliertes Asthma.

n = 700.358 Teilnehmende

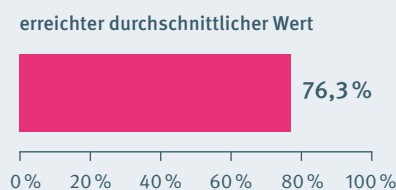
FEV1-WERT DOKUMENTIERT

QUALITÄTSZIEL:

Hoher Anteil an Teilnehmenden, bei denen in den vergangenen 12 Monaten der FEV1-Wert dokumentiert wurde

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMENDE:

Alle eingeschriebenen Teilnehmende, die das 5. Lebensjahr vollendet haben



➔ Bei 76,3 % aller Teilnehmenden wurde im Berichtszeitraum der FEV1-Wert mindestens einmal im Jahr dokumentiert.

n = 748.172 Teilnehmende

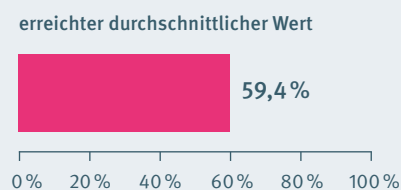
AKTUELL RAUCHENDE TEILNEHMENDE, DIE BEI EINSCHREIBUNG GERAUCHT HABEN

QUALITÄTSZIEL:

Niedriger Anteil an Teilnehmenden, die weiterhin rauchen

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMENDE:

Alle eingeschriebenen Teilnehmenden, die bei Einschreibung geraucht haben



➔ 40,6 % der bei Einschreibung rauchenden Teilnehmende haben im Berichtszeitraum aufgehört zu rauchen.

n = 101.358 Teilnehmende

› VERTRAGSUMFANG DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	254	25.577
Bayern	KV – alle Kassen	2.764	36.145
Berlin	KV – alle Kassen	287	10.355
Brandenburg	KV – alle Kassen	96	8.220
Bremen	KV – alle Kassen	23	1.999
Hamburg	KV – alle Kassen	75	6.884
Hessen	KV – alle Kassen	283	18.173
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	57	4.371
Niedersachsen	KV – alle Kassen	238	27.699
Nordrhein	KV – alle Kassen	1.250	29.726
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	164	11.569
Saarland	KV – alle Kassen	36	2.393
Sachsen	KV – alle Kassen	153	12.981
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	303	7.511
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	72	11.069
Thüringen	KV – alle Kassen	85	6.909
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	1.028	30.057

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.598	534.054
Bayern	KV – alle Kassen	8.363	581.901
Berlin	KV – alle Kassen	2.019	187.004
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.513	211.746
Bremen	KV – alle Kassen	436	35.609
Hamburg	KV – alle Kassen	908	73.696
Hessen	KV – alle Kassen	4.115	295.274
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.059	110.800
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.754	408.104
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.607	549.816
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.473	224.824
Saarland	KV – alle Kassen	633	62.688
Sachsen	KV – alle Kassen	2.548	348.527
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.487	194.909
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.744	126.467
Thüringen	KV – alle Kassen	1.389	166.596
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.913	422.314

DMP KORONARE HERZKRANKHEIT

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.540	249.626
Bayern	KV – alle Kassen	8.486	254.332
Berlin	KV – alle Kassen	2.003	83.670
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.552	103.276
Bremen	KV – alle Kassen	434	14.334
Hamburg	KV – alle Kassen	888	28.309
Hessen	KV – alle Kassen	4169	98.516
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	982	49.499
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.795	199.470
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.815	251.572
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.477	90.999
Saarland	KV – alle Kassen	662	27.706
Sachsen	KV – alle Kassen	2.447	132.250
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.493	83.531
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.732	61.405
Thüringen	KV – alle Kassen	1.393	82.828
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.979	189.539

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	735	11.657
Bayern	KV – alle Kassen	2.007	26.743
Berlin	kein Vertrag mit KV	–	4.982
Brandenburg	KV – alle Kassen	170	6.678
Bremen	KV – alle Kassen	53	1.038
Hamburg	KV – alle Kassen	44	711
Hessen	kein Vertrag mit KV	–	14.547
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	159	4.324
Niedersachsen	KV – alle Kassen	631	17.108
Nordrhein	KV – alle Kassen	860	17.899
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	299	5.258
Saarland	KV – alle Kassen	102	1.461
Sachsen	KV – alle Kassen	244	5.847
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	137	4.704
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	315	6.039
Thüringen	KV – alle Kassen	134	4.267
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	844	21.788

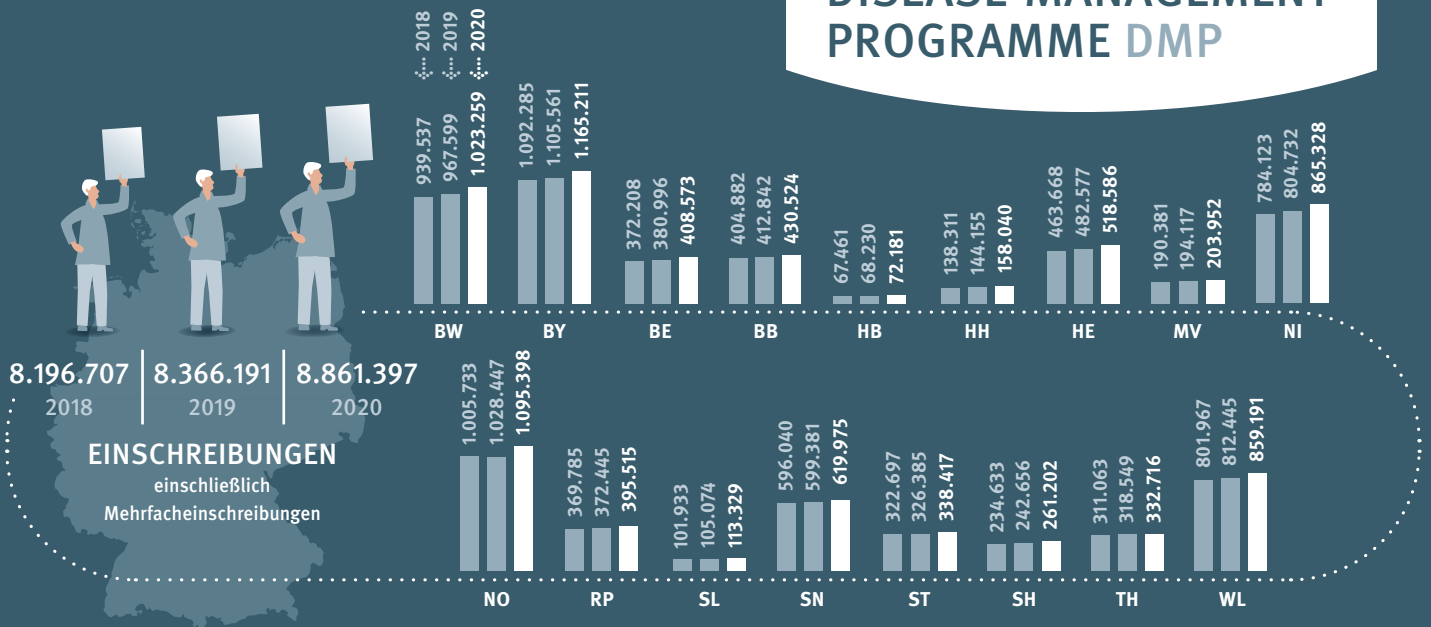
DMP ASTHMA / COPD

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Erkrankung	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	6.669	117.407
		COPD	6.103	84.938
Bayern	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	9.171	266.090
Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.730	70.483
		COPD	1.683	52.079
Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	1.011	60.765
		COPD	1.012	39.839
Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	492	10.748
		COPD	423	8.453
Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	820	33.281
		COPD	745	15.159
Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	4.088	55.043
		COPD	3.825	37.033
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	723	19.917
		COPD	681	15.041
Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	4.845	119.433
		COPD	4.434	93.514
Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	5.896	123.279
		COPD	5.299	123.106
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	2.413	23.317
		COPD	2.411	39.548
Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	646	9.440
		COPD	589	9.641
Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	1.666	82.930
		COPD	1.574	37.440
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	1.351	47.762
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.679	34.964
		COPD	1.540	21.258
Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	1.068	43.129
		COPD	979	28.987
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma	5.105	112.758
		COPD	4.599	82.735

¹⁾ Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2020.

²⁾ DMP-Patienten und -Patientinnen gemäß amtlicher Statistik KM6 (seit 2020 KM7) Teil II des BMG.

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME DMP



EINGESCHRIEBENE PATIENTINNEN UND PATIENTEN IM JAHR 2020

251.638

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

4,5 Mio.

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

2,0 Mio.

DMP KORONARE HERZKRAANKHEIT

155.051

DMP BRUSTKREBS

1,1 Mio.

DMP ASTHMA BRONCHIALE

810.081

DMP CHRONISCHE OBSTRUKTIVE LUNGENERKRAANKUNG (COPD)

DMP NEU

DMP

NEUE DMP, NOCH KEIN VERTRAG VORHANDEN

DMP CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

DMP DEPRESSION

DMP OSTEOPOROSE

DMP CHRONISCHER RÜCKENSCHMERZ

DMP RHEUMATOIDE ARTHRITIS

› FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

FORTBILDUNGSPFLICHT: SONDERREGELUNGEN AUFGRUND DER PANDEMIE

Die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung unterliegt hohen Qualifikationsanforderungen. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt beziehungsweise eine abgeschlossene Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten (Facharztstatus beziehungsweise Fachkundenachweis) gemäß Weiterbildungsordnungen der Berufskammern. Darüber hinaus sind die an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden sowohl durch ihre Berufsordnungen als auch durch das SGB V zu einer kontinuierlichen, kompetenzsichernden Fortbildung verpflichtet. Alle fünf Jahre müssen sie gegenüber ihrer KV mindestens 250 Fortbildungspunkte, in der Regel durch ein Kammerzertifikat, nachweisen. Anders als im stationären Sektor schreibt das Gesetz bei Nicht-Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung Sanktionen in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung vor.

Paragraph 95d SGB V und die darauf fußende Regelung der KBV zur Fortbildungsverpflichtung vom 1. Oktober 2016 bilden die rechtliche Grundlage der Überprüfung des absolvierten Fortbildungsumfangs. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie 2020 wurde die Fortbildungsregelung der KBV aufgrund eingeschränkter Fortbildungsmöglichkeiten modifiziert. In Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit wurde die Frist für den Nachweis der fachlichen Fortbildung für Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verlängert. Dies gilt so lange, bis der Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite für beendet erklärt.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/html/fortbildung.php



FORTBILDUNGSAKTIVITÄTEN

Die KBV unterstützt die Fortbildung durch verschiedene Angebote, so zum Beispiel Online-Fortbildungen zu Arzneimitteln, MRSA oder der Verordnung von Rehabilitation, aber auch durch mehr als 40 didaktisch aufbereitete Themen-Module für Qualitätszirkel. Zusätzlich gibt es vielfältige Fortbildungsangebote zu Qualitätsmanagement und Online-Selbstchecks.

› SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK

✓ 407 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

§

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: patientenorientierte Vorabklärung mit dem überweisenden Vertragsarzt oder der Vertragsärztin ohne Patientenkontakt; Bereitstellung eines schriftlichen Behandlungsplans für den überweisenden Arzt oder die Ärztin; Gewährleistung der multidisziplinären Zusammenarbeit mit den Fachbereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie mit nachgewiesenen Fortbildungen im Bereich Geriatrie; Fallbesprechungen mit den eingebundenen Berufsgruppen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: zweimal jährlich multidisziplinäre Qualitätszirkel; regelmäßige Schulung der in der Praxis Mitarbeitenden; zweijährlich 48 Fortbildungspunkte im Bereich Geriatrie (altersassoziierte Krankheiten, Syndrome und Versorgungsformen)

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Evaluation auf Basis von Routinedaten



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	34	95	20	9	5	9	19	8	15	31	79	9	13	11	24	3	36	420
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	35	81	18	8	5	9	19	9	14	31	82	8	12	11	23	6	36	407
Institutsambulanzen mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	4	7	1	1	0	10	0	0	6	0	1	0	3	0	1	0	4	38

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

> HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

✓	576	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
	331	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
■	21	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	238	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten

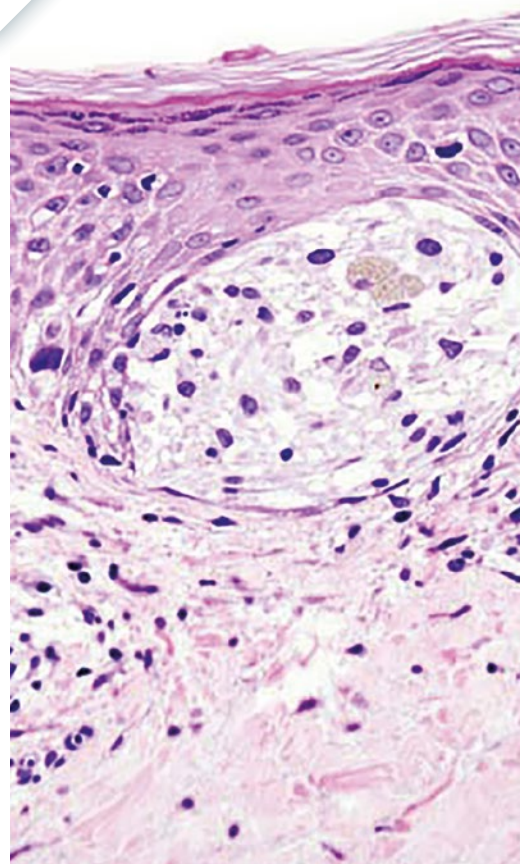
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei nicht eindeutiger Diagnose wird eine zweite Meinung bei einem qualifizierten Arzt oder einer qualifizierten Ärztin eingeholt; zweite Meinung und Konsens werden dokumentiert; standardisierter Befundbericht an den Einsendenden

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von mindestens vier Prozent der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zu zehn im Rahmen des Hautkrebs-Screenings befundeten histopathologischen Präparaten

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				6), 7)		8)								9)	

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	77	93	26	9	5	14	48	17	60	58	24	9	26	20	11	23	60	580
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	74	93	26	9	5	15	45	14	59	58	25	7	27	22	11	24	62	576
beschiedene Anträge ²⁾	4	8	4	0	0	1	6	0	10	4	1	0	1	4	0	2	10	55
neu	4	8	4			1	6		10	4	1		1	4		2	10	55
– davon Genehmigungen	4	8	4			1	6		10	4	1		1	4		2	8	53
– davon Ablehnungen	0	0	0			0	0		0	0	0		0	0		0	2	2
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0			0	0		0	0	0		0	0		0	0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0	0	0			0	0		0	0	0		0	0		0	0	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	0	k.A.	3	8	4	0	2	0	2	0	1	0	20

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 5 Abs. 1 und 2

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration)																		
< 1.000	**	0	3	0	0	0	1	0	0	**	**	1	17*	1	0	**	0	23
≥ 1.000	**	88	20	5	5	14	44	14	27	**	**	5	10*	15	10	**	51	308

III DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	1,3*	4,3	**	11,1	40,0	14,3	8,3	**	5,0	**	4,2	**	3,8	5,0	9,1	**	**	10)
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	1*	4	**	1	2	2	4	**	3	**	1	**	1	1	1	**	**	21
– davon bestanden	1	4		*	2	2	4		3		1		0	1	1			19
– davon nicht bestanden	0	0		*	0	0	0		0		0		1	0	0			1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	**	**	0	0	0	**	0	**	0	**	0	0	0	**	**	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 5 b	0	0	**	**	0	0	0	**	0	**	0	**	0	0	0	**	**	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen und zugehörige histopathologische Präparate	10	40	**	**	20	20	78	**	30	**	10	**	10	10	10	**	**	238
– davon vollständig und nachvollziehbar	9	40			20	20	78		30		10		5	10	10			232
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0			0	0	0		0		0		0	0	0			0
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	1	0			0	0	0		0		0		5	0	0			6
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	0			0	0	0		0		0		0	0	0			0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Keine Neugenehmigung. ⁶⁾ Davon 4 Neuanträge. ⁷⁾ Prüfungen erstrecken sich auf 2019 und 2020. ⁸⁾ Davon 8 Erstanträge. ⁹⁾ Davon 2 Neuanträge. ¹⁰⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

> HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

✓	328	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
II	267	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
III	156	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE
IV	38	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
V	370	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

§

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlich durchschnittlich 25 Fälle pro Quartal; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestanzahl unterschritten werden

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis von jährlich 30 Fortbildungspunkten im Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung, die Hälfte davon mittels interaktiven Austauschs, zum Beispiel Qualitätszirkeln; regelmäßige Schulungen des Praxispersonals

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung der Dokumentationen für ein Quartal von je zehn abgerechneten Fällen aus einem Kalenderjahr von mindestens zehn Prozent der Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



► HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		6)														8)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	36	35	69	1	8	32	31	2	15	41	9	6	14	4	1	2	12	318
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	35	39	76	1	8	30	31	2	17	40	9	6	13	5	1	2	13	328
beschiedene Anträge ²⁾	2	12	19	0	0	9	5	0	2	3	0	0	0	1	0	0	5	58
neu	2	12	19			9	5		1	3				1			5	57
– davon Genehmigungen	2	12	19			9	5		1	3				1			5	57
– davon Ablehnungen	0	0	0			0	0		0	0				0			0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0			0	0		0	0				0			0	0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0			0	0		1	0				0			0	1
– davon Genehmigungen									1									1
– davon Ablehnungen									0									0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden			1															1
– davon nicht bestanden			0															0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
– darunter wegen Mängel in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 3						0							0					0
– darunter wegen mangelnder Fortbildung gemäß § 10 Abs. 4						1							1					2
– darunter wegen Unterschreitung Mindestfallzahl gemäß § 10 Abs. 4						0							1					1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	2	0	0	1	k.A.	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	8
II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 10 Abs. 1 Nr. 1																		
Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																		
< 25	7*	3	1	0	0	0	0	0	1	**	**	0	3*	2*	0	0	0	17
– davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) aufgrund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen, bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	0*	3	1		0	0			1	**	**		0*	0*				5
≥ 25	30*	32	75	1	8	30	25	2	15	**	**	6	10*	3*	1	2	10	250
III PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	**	19	76	0	**	**	17	2	17	**	**	6	2*	3	0	2	10	154
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten (§ 10 Abs. 4)	**	5)	0	0	**	**	0	0	0	**	**	0	0*	2	0	0	0	2

► Fortsetzung nächste Seite

► HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
																		7)

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	11,1	11,4	**	0,0	12,5	9,4	9,7	100,0	20,0	7,3	11,1	100,0	14,3	25,0	0,0	50,0	4,0	9)
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	**	0	1	3	3	2	3	3	1	6	2	1	0	1	4	38
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	5)	**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	0	5)	**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	40	40	**	0	5	30	30	20	30	30	10	60	15	10	0	10	40	370
– davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	5)			5	29	30	20	30	30	10	46	15	9		10	38	312
– davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	5)			0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	0	1
– davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	5)			0	1	0	0	0	0	0	14	0	0		0	2	17
– davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	5)			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:																		
– darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)														1				1
– darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)														0				0
– darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)														0				0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. 5) Überprüfung zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. 6) Davon 9 Neugenehmigungen. 7) Gemäß Beschluss der KV werden in Bremen nur jeweils 5 Dokumentationen geprüft. 8) Davon 1 Neuantrag. 9) Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

› HÖRGERÄTEVERSORGUNG

✓ 4.058 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

🔊 3.495 PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE

📋 2.014 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2012,
zuletzt geändert zum: 01.04.2019

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls
bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: strukturierter regelmäßiger
Austausch beteiligter Berufsgruppen zur Versorgungsoptimierung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: Nachweis
der mindestens einmal jährlich durch einen zugelassenen Wartungsdienst
entsprechend der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durchge-
führten messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und
Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik,
Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die jeweils
aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die
Erlangung von sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren;
regelmäßige Schulungen des Praxispersonals zur Audiologie und ihrer Grundlagen

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation von
Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise
eine von ihr beauftragte Stelle

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentations-
prüfungen nach dem Zufallsprinzip auf Verlangen der KVen

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte
zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an Qualitätssicherungs-
kommission der KV und Partner des Bundesmantelvertrags; Quartalsberichte
an den Arzt oder die Ärztin



➤ HÖRGERÄTEVERSORGUNG

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				6)		7)	4)	8)						9)	

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	465	521	234	108	51	129	292	85	365	550	190	56	237	123	138	107	369	4.020
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	470	525	230	112	49	127	289	84	381	553	189	52	237	143	135	109	373	4.058
beschiedene Anträge ²⁾	32	57	33	6	1	5	41	3	50	37	22	1	11	21	3	5	37	365
– davon Genehmigungen	32	56	33	6	1	5	41	3	50	37	22	1	11	21	3	5	36	363
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen		0				0												0
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung		1				2												3
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	23	2	0	8	k.A.	4	34	0	23	2	11	0	6	3	25	143

⚡ PRÜFUNGEN MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1, Nr. 1

Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	470	512	**	112	26*	123	136	81	344	551	189	45	237	46	135	107	308*	3.422
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	**	0	0*	0	70	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1*	73
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	**	0	0*	0	41*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0*	41

📁 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1, Nr. 2

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	470	407	**	90	29*	**	61*	81	279*	41*	**	43	**	**	87	95	296*	1.979
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	15	**	1	4*	**	14*	0	1*	0*	**	0	**	**	0	0	0*	35
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	3	**	0	0*	**	1*	0	0*	0*	**	0	**	**	0	0	0*	4

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Davon 19 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 14 Neuanträge. ⁷⁾ Davon 16 Neuanträge. ⁸⁾ Davon 9 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 29 Neuanträge.

› HÖRGERÄTEVERSORGUNG – KINDER

✓ 409 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

⚡ 335 PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE

📄 202 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: strukturierter regelmäßiger Austausch beteiligter Berufsgruppen zur Versorgungsoptimierung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: Nachweis der mindestens einmal jährlich durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durchgeführten messtechnischen Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV

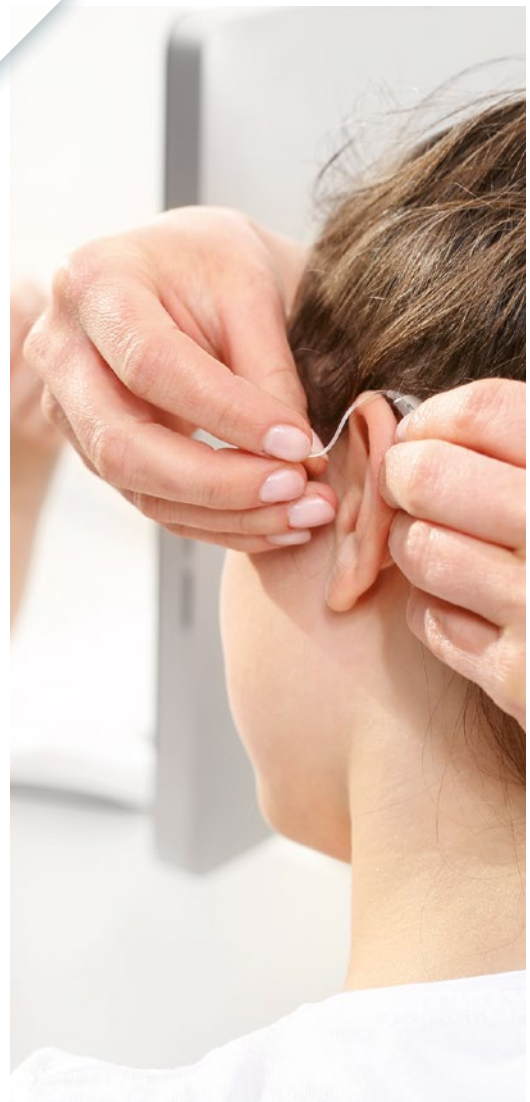
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen insbesondere bei Kindern sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von sieben Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von zwei Jahren; regelmäßige Schulungen des Praxispersonals zur Audiologie und ihrer Grundlagen

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen nach dem Zufallsprinzip auf Verlangen der KVen

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an Qualitätssicherungskommission der KV und Partner des Bundesmantelvertrags; Quartalsberichte an die Ärztin oder den Arzt



➤ HÖRGERÄTEVERSORGUNG KINDER

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)				7)					
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	24	112	15	1	2	18	59	3	41	27	5	4	19	6	9	3	41	389
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	25	111	17	2	2	18	57	3	42	27	8	3	23	11	9	3	48	409
beschiedene Anträge ²⁾	2	13	4	1	0	2	5	1	4	3	3	0	4	4	0	0	8	54
– davon Genehmigungen	2	13	4	1		2	5	1	4	3	3		4	4			7	53
– davon Ablehnungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0			1	1
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	1	0	0	1	k.A.	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	7
✚ PRÜFUNGEN MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1, Nr. 1																		
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	25	111	**	2	2	18	29	2	27	27	8	3	23	11	9	3	13	313
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	**	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	**	0	0	0	8*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1, Nr. 2																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	25	65	**	1	2	**	26*	2	27*	7*	**	3	**	**	5	3	31	197
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0	**	0	0	**	5*	0	0*	0*	**	0	**	**	0	0	0	5
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	**	0	0	**	0*	0	0*	0*	**	0	**	**	0	0	0	0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 3 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 2 Neuanträge. ⁶⁾ Davon 3 Erstgenehmigungen. ⁷⁾ Messtechnische Kontrollen und Fortbildung: Kombiniertes Nachweisverfahren mit Hörgeräteversorgung Erwachsene.

➤ HYPERBARE SAUERSTOFFTHERAPIE BEI DIABETISCHEM FUßSYNDROM

✓ 4 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

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



AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung, welche in einem Stellungnahmeverfahren nicht ausreichend begründet werden konnten
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Vorgaben zur personellen Mindestbesetzung; gegebenenfalls Nachweis mindestens eines Kooperationsvertrags mit einem Druckkammerzentrum gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: jährlicher Nachweis der Druckkammertauglichkeit mindestens eines Arztes oder einer Ärztin und einer anderen Person der Druckkammerbesetzung; Nachweise der Kontrollen gemäß der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind der KV auf Verlangen vorzulegen
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen nach dem Zufallsprinzip auf Verlangen der KV
RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Evaluation durch das Institut des Bewertungsausschusses; jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
BERATUNG: bei Auffälligkeiten in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
abrechnende Ärzte (GOP 30216 und 30218)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

✓ 246 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 129 PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

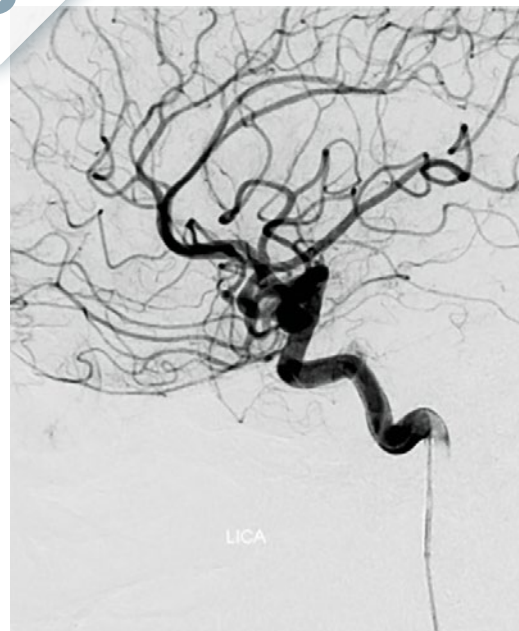
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen; bei Genehmigung zu therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei therapeutischen Eingriffen am Gefäßsystem müssen Vereinbarungen mit einer stationären Einrichtung zur Übernahme der Patientinnen und Patienten bestehen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: KV kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 1

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	5	3	0	0	0	1	1	0	3	4	1	0	1	0	0	0	17	36
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	3	3	0	0	0	1	1	0	3	5	1	0	2	0	0	0	10	29
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
neu						1				1			1					3
– davon Genehmigungen						1				1			1					3
– davon Ablehnungen						0				0			0					0
erneut gemäß § 7 Abs. 6						0				0			0					0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0				0	0		0	0	0		0				0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0				0	0		0	0	0		0				0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0				0	0		0	0	0		0				0	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl: < 100 diagnostische Katheterangiographien	1																	1
– aus sonstigen Gründen	0																	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	2				1	k.A.		0	0	0		0				7	11

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	**	2*				**	0		0	**	**		2*				2	6
≥ 100	**	0*				**	1		2	**	**		0*				9	12

➤ Fortsetzung nächste Seite

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)																5)	

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE

✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 2

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	30	33	9	8	5	11	20	14	30	21	12	5	3	1	7	1	21	231
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	25	30	9	7	4	8	18	11	29	21	13	5	3	1	7	1	25	217
beschiedene Anträge ²⁾	0	3	9	0	0	3	2	0	2	1	1	0	0	0	0	0	10	31
neu		3	9			3	2		2	1	0						10	30
– davon Genehmigungen		2	9			3	1		2	1							10	28
– davon Ablehnungen		1	0			0	1		0	0							0	2
erneut gemäß § 7 Abs. 7		0	0			0	0		0	0	1						0	1
– davon Genehmigungen											1							1
– davon Ablehnungen											0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden			1															1
– davon nicht bestanden			0															0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– wegen Nichterreichens Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen	0						0											0
– wegen Nichterreichens Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe	0						0											0
– wegen Nichterreichens Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe	2						1											3
– aus sonstigen Gründen	0						0											0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	0	1	1	0	3	k.A.	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	13

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	**	20*	0	0	4*	**	0	k.A.	0	**	**	0	2*	**	**	0	1	27
≥ 100	**	10*	7	7	0*	**	18	k.A.	15	**	**	5	1*	**	**	1	20	84
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 diagnostische kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 50	**	22*	0	0	4*	**	0	k.A.	0	**	**	0	3*	**	**	0	1	30
≥ 50	**	8*	7	7	0*	**	18	k.A.	15	**	**	5	0*	**	**	1	20	81

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 1 Neugenehmigung. ⁵⁾ Davon 4 Neuanträge.

INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

✓ 2.359 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

163 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

1.483 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung der Ärztin oder des Arztes;
Vorgaben zur räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; als zusätzliche Anforderung bei einem Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährlich mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen; schriftliche und bildliche Dokumentationen zur Indikationsstellung von zehn intravitrealen Medikamenteneingaben jeweils unterschiedlicher Patienten und Patientinnen (befristet auf den Zeitraum 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2024)

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)	5)	6)				9),10)				12)						13)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	285	375	96	68	44	69	122	43	215	245	116	50	110	49	79	35	221	2.222
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	296	388	97	71	50	72	134	47	221	267	127	55	123	58	84	35	234	2.359
abrechnende Ärzte	228	315	80	76	39	53	104	46	183	140	106	44	114	50	70	35	127	1.810
beschiedene Anträge ²⁾	34	89	35	8	11	18	61	4	47	74	27	5	18	12	12	6	78	539
– davon Genehmigungen	34	88	35	8	11	17	61	4	47	74	27	5	18	12	12	6	75	534
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon bestanden	2																	2
– davon nicht bestanden	0																	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	12	5	0	3	k.A.	0	24	6	16	0	5	3	7	1	43	125
163 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 2 (Routineprüfung)																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
abrechnende Ärzte geprüft, in %	4,8	12,7	**	7,9	10,3	9,4	9,6	8,7	8,7	10,7	10,4	9,1	12,3	10,0	10,0	**	**	14)
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	11	40	**	6	4	5	10	4	16	15	11	4	14	5	7	**	**	152
– davon Anforderungen erfüllt	9	35		6	3	4	6	2	15	11)	10	4	13	5	5			117
– davon Anforderungen nicht erfüllt	2	3		0	1	1	4	2	1	11)	1	0	1	0	2			18

➤ Fortsetzung nächste Seite

INTRAVENTREALE MEDIKAMENTENEINGABE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	5)			7)			8)											
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen bis 30.09.2019 erbracht)																		
geprüfte Dokumentationen	0	0	**	66	0	0	0	0	0	11)	0	0	20	50	0	**	**	136
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– nach § 6 Abs. 3 a)				0									1	0				1
– nach § 6 Abs. 3 b)				2									0	0				2
– nach § 6 Abs. 3 c)				0									0	0				0
– nach § 6 Abs. 3 d)				0									0	0				0
– nach § 6 Abs. 3 e)				0									0	0				0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen ab 01.10.2019 erbracht)																		
geprüfte Dokumentationen	110	400	**	0	40	50	110	40	160	11)	110	40	120	0	70	**	**	1.250
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– nach § 6 Abs. 3 a)	7	19			3	4	25	7	13		2	0	6		2			88
– nach § 6 Abs. 3 b)	2	6			0	0	5	6	11		2	0	0		10			42
– nach § 6 Abs. 3 c)	7	0			0	0	0	0	10		0	0	0		0			17
– nach § 6 Abs. 3 d)	1	6			0	0	1	0	9		0	0	0		0			17
– nach § 6 Abs. 3 e)	1	0			0	0	2	0	8		1	0	0		0			12
– nach § 6 Abs. 3 f)	0	0			0	0	0	0	7		0	0	0		0			7
– nach § 6 Abs. 3 g)	0	2			0	1	0	0	9		1	0	0		0			13
– nach § 6 Abs. 3 h)	2	2			0	0	6	0	10		1	0	0		0			21
– nach § 6 Abs. 3 i)	0	0			0	0	0	0	9		1	0	0		0			10
– nach § 6 Abs. 3 j)	0	0			0	0	0	0	7		0	0	0		0			7
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 6 (erneute Überprüfung)																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 6	1	4	**	0		0	1	0	5	11)	0	0	0	0	0	**	**	11
– davon Anforderungen erfüllt	1	3					0		5									9
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0	0					1		0									1
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen bis 30.09.2019 erbracht)																		
geprüfte Dokumentationen	0	0	**	0		0	0	0	0	11)	0	0	0	0	0	**	**	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen ab 01.10.2019 erbracht)																		
geprüfte Dokumentationen	10	27	**	0		0	10	0	50	11)	0	0	0	0	0	**	**	97
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– nach § 6 Abs. 3 a)	0	3					0		1									4
– nach § 6 Abs. 3 b)	0	1					0		0									1
– nach § 6 Abs. 3 c)	0	0					1		0									1
– nach § 6 Abs. 3 d)	0	1					3		0									4
– nach § 6 Abs. 3 e)	0	0					0		0									0
– nach § 6 Abs. 3 f)	0	0					0		0									0
– nach § 6 Abs. 3 g)	0	0					1		0									1
– nach § 6 Abs. 3 h)	0	1					1		0									2
– nach § 6 Abs. 3 i)	0	0					0		0									0
– nach § 6 Abs. 3 j)	0	0					0		0									0
Kolloquien § 6 Abs. 5 und 6																		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	**	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	**	**	1
– davon bestanden									1									1
– davon nicht bestanden									0									0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 7	2	0	**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**	**	2
– davon bestanden	2																	2
– davon nicht bestanden	0																	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**	**	0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. 5) Pandemiebedingt konnten 2 regelhafte Prüfungen und 1 Wiederholungsprüfung nicht abgeschlossen werden. 6) Davon 13 Neugenehmigungen. 7) Erforderliche Wiederholungsprüfung aus rechtlichen Gründen verzögert. 8) Das Fehlen von Fluoreszenzangiographien wurde als Mangel nach Abs. 3 a) gewertet. 9) Davon 21 Erstanträge. 10) Abrechnende Ärzte aus dem Quartal III/2019. 11) Überprüfung der Dokumentationen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. 12) Davon 14 Erstgenehmigungen. 13) Davon 56 Genehmigungen aufgrund von Neuanträgen. 14) Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

INVASIVE KARDIOLOGIE

✓ 680 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 451 PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG



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: 01.01.2019

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlich 150 Linksherzkatheterisierungen, bei Genehmigung zu therapeutischen Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei therapeutischen Katheterinterventionen müssen Vereinbarungen mit einer stationären Einrichtung zur Übernahme der Patientinnen und Patienten bestehen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: KV kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) sowie zum Nachweis der organisatorischen Vorgaben (Kooperation) anfordern

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN																		

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 2

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	12	2	2	0	0	4	4	2	10	15	2	0	4	4	4	1	13	79
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	11	2	2	0	0	3	2	1	12	14	2	0	2	4	4	1	14	74
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	5
neu									2				1				2	5
– davon Genehmigungen									2				1				2	5
– davon Ablehnungen									0				0				0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3									0				0				0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0			0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0			0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0			1	0	0	0	0	0		0	0	0	1	1	4
– wegen Nichterreichens Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen	1					1										1	1	4
– aus sonstigen Gründen	0					0										0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0			0	k.A.	1	0	0	2		0	0	0	0	k.A.	3

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	**	2*	0			**	0	0	7	1	**		2*	**	**	1	2	15
≥ 150	**	0*	2			**	2	2	5	13	**		0*	**	**	0	9	33

› Fortsetzung nächste Seite

► INVASIVE KARDIOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				6)	7)	8)								9)	

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 1

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	81	104	23	16	24	27	95	3	57	62	26	1	21	5	7	1	49	602
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	83	115	22	17	21	28	96	4	54	63	21	1	18	5	6	1	51	606
beschiedene Anträge ²⁾	9	40	8	1	1	9	17	1	11	5	1	0	0	0	0	0	11	114
neu	9	40	8	1	1	9	17	1	11	4	0						11	112
– davon Genehmigungen	9	35	8	1	1	9	17	1	10	4							9	104
– davon Ablehnungen	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0							2	8
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1						0	2
– davon Genehmigungen										1	1							2
– davon Ablehnungen										0	0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	3	9
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen	1					1			1	0			0		1		3	7
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen	0					0			0	0			0		0		0	0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen	0					0			0	0			1		0		0	1
– aus sonstigen Gründen	0					0			0	1			0		0		0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	6	2	3	0	1	9	k.A.	0	5	0	3	0	2	0	0	0	3	34

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	**	60 *	2	8	0	**	0	0	33 *	1	**	0	13 *	**	**	0	1	118
≥ 150	**	39 *	20	3	21	**	93	4	17 *	62	**	0	5 *	**	**	1	20	285
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	**	81 *	2	10	0	**	0	2	31 *	1	**	0	13 *	**	**	0	1	141
≥ 50	**	18 *	18	1	21	**	93	2	12 *	62	**	0	5 *	**	**	1	20	253

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Davon 2 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 6 Erstanträge. ⁷⁾ Wegen Verschiebung elektiver Eingriffe Frequenzvorgaben teilweise nicht erfüllt. ⁸⁾ Die 11 Anträge enthalten 4 Neuanträge. ⁹⁾ Davon 8 Neugenehmigungen.

› KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

✓ 572 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (APPLIZIERENDE)

✓ 549 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (AUSWERTENDE)

0 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN
(ÄRZTE UND ÄRZTINNEN / APPLIZIERENDE)

0 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen (nachzuweisen zum Beispiel durch Herstellererklärung); organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zur Auswertung von Dünndarm-Kapselendoskopien: Nachweis der Auswertung von zehn Untersuchungen, gegebenenfalls auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

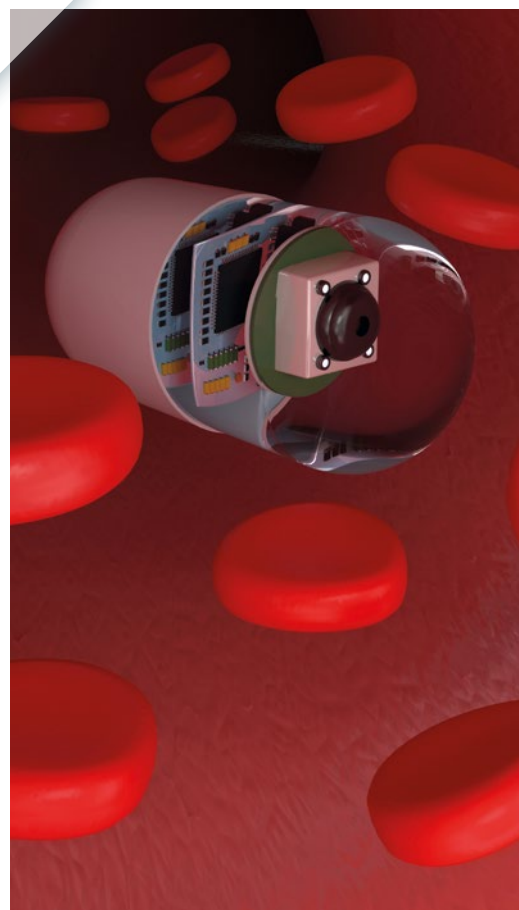
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: wenn applizierender und auswertender Arzt oder Ärztin nicht identisch sind, gelten Vorgaben zur Übermittlung von aufgezeichnetem Material sowie Rückmeldung eines definierten Auswertebereichs

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Wiederholungsuntersuchungen), zu führen vom Applizierenden

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen auf Verlangen der KV; gegebenenfalls Stichprobenprüfungen, wenn sich aus der Jahresstatistik Hinweise auf mögliche Qualitätsdefizite ergeben

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte an teilnehmenden Arzt oder teilnehmende Ärztin, Qualitätssicherungskommission der KV und Partner des Bundesmantelvertrags; jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags



► KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)								6)					
✓ GENEHMIGUNGEN APPLIZIERER																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	80	110	20	9	5	6	37	8	60	69	25	7	21	12	24	14	60	567
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	84	112	20	9	6	7	38	7	59	64	25	7	19	12	23	16	64	572
abrechnende Ärzte	59	65	14	8	5	6	21	7	46	64	18	7	15	10	23	13	36	417
beschiedene Anträge ²⁾	6	18	1	0	1	1	1	1	5	0	3	0	0	0	0	2	12	51
– davon Genehmigungen	6	17	1		1	1	1	1	4		3					2	12	49
– davon Ablehnungen	0	1	0		0	0	0	0	1		0					0	0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	1	0	0	1	k.A.	2	5	5	3	0	2	0	1	0	0	21
✓ GENEHMIGUNGEN AUSWERTER																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	77	93	20	9	5	6	36	8	60	69	23	7	21	12	24	14	60	544
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	81	94	20	9	6	7	37	7	59	64	25	7	19	12	23	16	63	549
abrechnende Ärzte	56	60	14	8	6	6	20	7	47	64	18	7	15	10	23	13	39	413
beschiedene Anträge ²⁾	6	18	1	0	0	1	1	2	5	0	3	0	0	0	0	2	12	51
– davon Genehmigungen	6	17	1			1	1	2	4		3					2	12	49
– davon Ablehnungen	0	1	0			0	0	0	1		0					0	0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	1	0	0	1	k.A.	3	5	5	1	0	2	0	0	0	0	19
■ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (fakultativ)																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß § 7 Abs. 6 (auf Verlangen der KV)																		
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	**	0	**	0	0	0	0	0	0	**	0	0	0	0	0	0	0	0
Prüfungsumfang 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	**	0	0	0	0	0	0	**	0	0	0	0	0	0	7)	0
■ JAHRESSTATISTIK gemäß § 8																		
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	15	84	11	2	3	5	11	1	13	45	15	6	17	7	20	2	11	268

** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. ⁵⁾ Jahresstatistiken werden auch betriebsstättenbezogen vorgelegt. ⁶⁾ Davon 4 Erstgenehmigungen. ⁷⁾ Dokumentationsprüfungen gemäß Beschluss der KV eingestellt (seit August 2018).

> KOLOSKOPIE

✓	2.578	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
	1.824	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
	581	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	11.620	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
🧼	2.727	HYGIENEPRÜFUNGEN

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: 28.08.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und
gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährlich 200 totale Koloskopien, zehn Polypektomien (außer für
Fachärzte und Fachärztinnen der Kinder- und Jugendheilkunde und Kinderchirurgie)

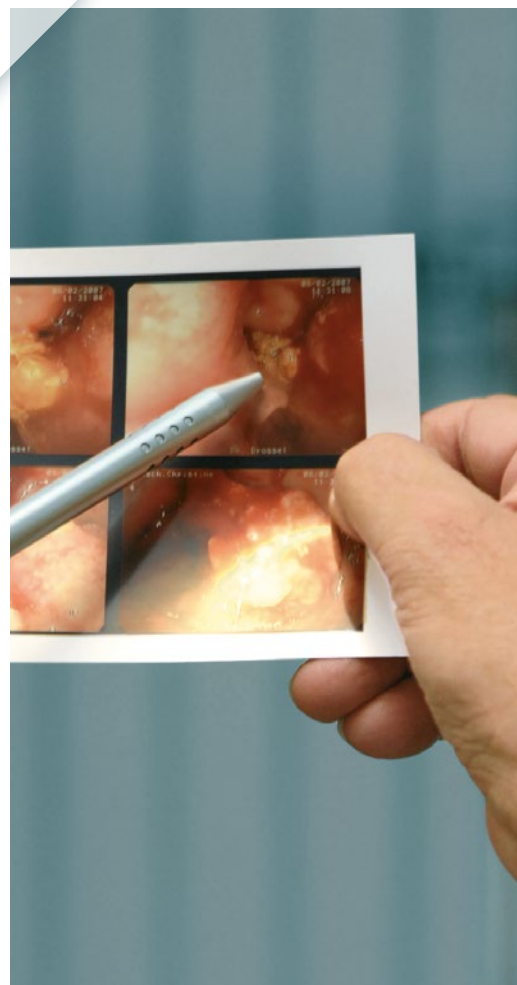
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: unangemeldete Hygieneprüfung durch
anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Praxisbegehungen gegebenenfalls
im Rahmen der Genehmigungserteilung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Früherkennungskoloskopien sind in elektronischer
Form zu dokumentieren und die Datensätze der KV zu übermitteln

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: zweijährliche
Dokumentationsprüfung aller Ärztinnen und Ärzte zu 20 totalen Koloskopien und
zu fünf Polypektomien; bei Fachärzten und Fachärztinnen der Kinderheilkunde
und Kinderchirurgie 20 totale Koloskopien sofern erbracht; bei Beanstandungen
engere Prüfintervalle

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der
Ergebnisse der Hygieneprüfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten
Polypektomien; Bericht an Partner des Bundesmantelvertrags; separate Evaluation
der Früherkennungskoloskopien

BERATUNG: bei Beanstandungen in der Hygieneprüfung, gegebenenfalls am Ort
der Leistungserbringung



➤ KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)						6)								7)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2019	12	9	0	0	1	3	0	1	19	0	4	2	0	2	9	1	10	73
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2020	11	9	0	0	1	3	0	1	19	0	3	2	0	1	9	2	10	71
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2019	349	463	95	75	24	64	216	45	262	253	122	27	86	55	85	55	215	2.491
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2020	356	471	94	75	24	66	226	45	262	252	124	29	84	52	81	56	210	2.507
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) ²⁾	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	4
neu						1									1	1	1	4
– davon Genehmigungen						1									1	1	1	4
– davon Ablehnungen						0									0	0	0	0
erneut gemäß § 6 Abs. 5						0									0	0	0	0
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) ²⁾	23	75	11	2	4	14	34	0	27	23	12	1	4	3	1	5	24	263
neu	23	75	11	2	3	14	34		27	23	3	1	4	3	1	5	24	253
– davon Genehmigungen	23	75	11	2	3	14	34		27	23	3	1	4	3	1	5	23	252
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	1	0	0		0	0	9	0	0	0	0	0	0	10
– davon Genehmigungen					1						9							10
– davon Ablehnungen					0						0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 6 und § 7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7		0																0
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien		0																0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien		1																1
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c ausschließlich bei Polypektomien		0																0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien		0																0
– sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängel gemäß § 6 Abs. 4 b-c bei Polypektomien		0																0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien		0																0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	14	0	6	3	0	13	k. A.	1	11	24	16	4	6	4	6	4	14	126

➤ Fortsetzung nächste Seite

► KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

TOTALE KOLOSKOPIE

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																		
< 200	**	5 *	0	16 *	1	0	17	**	58 *	31 *	**	0	4 *	**	0	0	0 *	132
≥ 200	**	476 *	65	48 *	24	61	199	**	192 *	221 *	**	31	76 *	**	91	57	151 *	1.692

III DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	40 *	68 *	**	36	22	32	78	**	51	67	36	13	23 *	**	8	**	50 *	524
– davon bestanden	38	42		36	20	32	74		49	67	32	12	22		8		47	479
– davon nicht bestanden	2	8		0	2	0	4		2	0	4	1	1		0		3	27
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	1 *	5 *	**	0	0	1	4	**	2	**	4	0	0 *	**	0	**	1 *	18
– davon bestanden	1	3				0	4		*		3						1	12
– davon nicht bestanden	0	0				1	0		*		1						0	2
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	1 *	3 *	**	0	0	0	0	**	0	**	0	0	0 *	**	0	**	3 *	7
– davon bestanden	1	1															3	5
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	0	0															0	0
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	0															0	0

POLYPEKTOMIEN

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																		
< 10	**	4 *	0	7 *	1	0	10	**	36 *	5 *	**	0	2 *	**	0	0	0 *	65
≥ 10	**	477 *	65	60 *	24	61	206	**	214 *	231 *	**	31	78 *	**	90	54	151 *	1.742

III DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	35 *	56 *	**	36	22	32	78	**	51	67	36	13	23 *	0	8	**	51 *	508
– davon bestanden	34	42		34	22	31	73		46	67	34	12	23		8		47	473
– davon nicht bestanden	1	0		2	0	1	5		5	0	2	1	0		0		4	21
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	6 *	7 *	**	0	0	0	12	**	0	0	1	0	0 *	0	2	**	4 *	32
– davon bestanden	6	5					12				1				2		4	30
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0	0					0				0				0		0	0
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	0					0				0				0		0	0

IV PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT

überprüfte Einrichtungen	259	442	58	39	12	46	**	32	177	177	86	23	67	49	75	54	158	1.754
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	259 *	884	115	77	17 *	92	**	32 *	177 *	354	95 *	46	130	94	150	53 *	152 *	2.727
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	50,0 *	100,0	99,1	98,7	70,8 *	100,0	**	50,0 *	50,0 *	100,0	55,2 *	100,0	97,0	95,9	100,0	49,1 *	48,1 *	8)
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	5	28	10	2	1	4	**	1	6	12	6	2	3	11	7	2	6	106
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	1,9	3,2	8,7	2,6	5,9	4,3	**	3,1	3,4	3,4	6,3	4,3	2,3	11,7	1,0	3,8	3,9	8)
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	0	0	0	0	0	0	**	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	5
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	**	0,0	0,0	0,8	1,1	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	8)

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. 5) Davon 5 Neugenehmigungen. 6) Davon 11 Neuanträge. 7) Davon 9 Neugenehmigungen 8) Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

› SPEZIAL-LABOR

✓ 10.673 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

1.407 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2018

§

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Möglichkeit eines Nachweises der fachlichen Befähigung durch ein Kolloquium für definierte Arztgruppen; Erfüllung der einrichtungsbezogenen Anforderungen der RiLi-BÄK

EINGANGSPRÜFUNG: Nachweis eines Systems der internen Qualitätssicherung nach der RiLi-BÄK (entfällt bei Vorlage einer gültigen Akkreditierungsurkunde gemäß DIN EN ISO 15189)

KOLLOQUIUM: Kolloquium für definierte Arztgruppen zur Erlangung der Akkreditierung; bei Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung; wenn bei der Überprüfung der Qualitätssicherung festgestellte Mängel nicht oder nicht vollständig beseitigt wurden

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen nach der RiLi-BÄK

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: regelmäßige Schulung und Fortbildung der Mitarbeitenden

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Überprüfung Dokumentationen der internen und externen Qualitätssicherung von 15 Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen, Vorgaben gelten bei Vorlage einer gültigen Akkreditierungsurkunde gemäß DIN EN ISO 15189 als erfüllt



➤ SPEZIAL-LABOR

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)				7)					
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	1.312	1.988	741	179	123	343	565	154	970	1.638	534	196	495	154	279	140	1.125	10.936
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	1.289	1.984	713	181	120	326	570	149	954	1.555	525	188	484	160	265	138	1.072	10.673
abrechnende Ärzte	1.015	1.518	515	122	107	237	475	127	883	1.345	362	112	342	129	216	115	657	8.277
beschiedene Anträge ²⁾	139	353	109	76	16	37	43	6	145	57	59	41	34	17	9	4	457	1.602
davon Genehmigungen	137	341	109	76	16	37	43	6	145	55	59	36	30	17	9	4	433	1.553
– darunter erstmals erteilte Genehmigungen	61	273	39	8	14	15	40	6	45	37	21	7	24	14	4	4	7)	612
davon Ablehnungen	2	12	0	0	0	2	0	0	0	2	0	5	4	0	0	0	24	51
Kolloquien (Antragsverfahren) nach § 3 Abs. 2	49	41	15	1	5	5	14	1	17	12	2	5	3	2	0	0	18	190
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	7
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	62	67	6	0	32	k.A.	5	61	120	68	8	36	8	21	6	31	531
📊 ÜBERPRÜFUNG DER INTERNEN UND EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG nach § 5																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
überprüfte Ärzte nach § 5 Abs. 1	35 *	135	53	11	5	0	13	0	31	57	3 *	15	15	5	**	1	5	384
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	23	108	37	6	5		11		26	42	3	14	12	0		0	3	290
– davon mit Beanstandungen	0	15	5	0	0		0		0	14	0	0	2	4		1	0	41
– davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	12	8	11	5	0		2		5	1	0	1	0	1		0	2	48
überprüfte Ärzte nach § 5 Abs. 3	50 *	301	78	18	17	42	80	0	134	57	42 *	19	77	0	**	9 *	99	1.023
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	40	148	63	6	14	21	40		127	36	28	17	17			6	63	626
– davon mit Beanstandungen	1	97	4	3	3	11	3		4	6	0	0	21			3	20	176
– davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	9	20	11	9	0	10	37		3	15	14	2	39			0	16	185

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ 4 Überprüfungen nach § 5 Abs. 1 und 17 Überprüfungen nach § 5 Abs. 3 wurden pandemiebedingt nicht abgeschlossen; 19 Ärzte wurden ausgeschlossen, weil diese nicht mehr tätig sind bzw. durch Rückgabe der Genehmigung. ⁵⁾ Bei den Genehmigungen 2 Teiblehnungen. ⁶⁾ Eine Überprüfung nach § 5 Abs. 1 endete durch Rückgabe der Genehmigung. ⁷⁾ Anzahl erstmals erteilter Genehmigungen kann nicht ermittelt werden.

› LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

✓ 32.427 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)			5)			6)			7)			8)		9)		10)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2019	2.053	3.016	973	435	157	353	1.030	298	2.207	3.305	1.040	497	751	410	643	444	3.111	20.723
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2020	2.077	3.424	985	448	158	354	1.105	301	2.266	3.695	1.109	499	763	423	660	493	2.688	21.448
beschiedene Anträge ²⁾	273	1.494	141	30	16	63	300	19	370	303	215	25	76	40	77	64	281	3.787
– davon Genehmigungen	265	1.427	141	30	16	63	300	19	368	303	215	25	75	40	76	64	226	3.653
– davon Ablehnungen	8	67	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	55	134
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
– davon bestanden													5					5
– davon nicht bestanden													0					0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	67	16	0	66	k. A.	16	138	0	163	23	55	22	75	11	0	652

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 79 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 139 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 208 Erstanträge. ⁷⁾ Davon 112 Erstgenehmigungen. ⁸⁾ Zusätzlich erfolgten 14 Umschreibungen. ⁹⁾ Davon 9 Statuswechsler. ¹⁰⁾ Zusätzlich haben bundesweit zum Ende des Berichtsjahres 10.979 Ärzte eine Genehmigung nur zur Aufzeichnung (10.922 zum 31.12.2019).

› LASERBEHANDLUNG BEIM BENIGNEN PROSTATASYNDROM

✓ 23 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Einrichtungen, die nicht über eine Intensivstation verfügen, haben organisatorisch zu gewährleisten, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische Behandlung des Patienten oder der Patientin durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung erfolgt
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: Protokolle über die sicherheitstechnischen Kontrollen entsprechend § 6 Abs. 3 der MPBetreibV sind gemäß deren Fristen aufzubewahren und der KV auf Verlangen vorzulegen
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen durch die Qualitätssicherungskommission der KV gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung kann die KV die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einer Schulung oder einem Kurs (Anforderungen definiert) abhängig machen
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Folgeeingriffe)
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen auf Verlangen der KV
RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte auf Basis der Angaben in den Jahresstatistiken an teilnehmenden Arzt und teilnehmende Ärztin, Qualitätssicherungskommission der KV und Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)																	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	9	4	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	19
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	11	4	0	0	0	0	2	0	1	1	2	0	0	0	1	0	1	23
abrechnende Ärzte	11	2	0	0	0	0	2	0	1	k.A.	1	0	0	0	1	0	0	18
beschiedene Anträge ²⁾	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	6
– davon Genehmigungen	2									1					0		1	4
– davon Ablehnungen	0									0					1		1	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0					0		0	0	0				0		0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0					k.A.		0	0	0				0		0	0

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc.

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE ALLGEMEIN:

- ✓ 4.219 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 61 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 732 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA:

- ✓ 421 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 279 PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG



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 geändert zum: 01.07.2020

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: obligat für definierte Arztgruppen; gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei der Magnetresonanztomographie der Mamma: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung; Kolloquium bei Unterschreiten der Mindestfallzahl

FREQUENZREGELUNG: Magnetresonanztomographie der Mamma: jährlich 50 Fälle

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: erfolgen aufgrund der Ergebnisse der Kernspintomographie Untersuchung der Mamma histologische Abklärungen, ist die Korrelation der Ergebnisse dieser Untersuchung mit der prospektiven Diagnostik zu prüfen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie zur Qualitätsbeurteilung für die Kernspintomographie
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfung an G-BA

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



► MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4), 5)	5), 6)	7), 8)	9)	10)	5), 11)	5), 12)	5)	5), 13)	5), 14)	5), 15)	8)	5)	5)	5)	5)	5)	

ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	485	657	217	104	55	129	324	69	340	574	207	52	166	85	113	95	385	4.057
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	507	676	224	101	61	133	350	72	360	588	212	55	177	86	114	95	408	4.219
beschiedene Anträge ²⁾	61	1088	162	7	6	15	114	8	94	203	31	5	20	3	7	5	256	2.085
– davon Genehmigungen	61	1087	162	7	6	15	114	8	94	203	31	5	20	3	7	5	238	2.066
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	19
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	35	10	0	14	k.A.	5	30	0	26	2	9	2	6	1	8	148

KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	73	70	10	7	5	10	25	4	35	56	11	8	23	11	13	8	41	410
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	75	72	12	8	5	9	28	3	35	54	12	8	23	11	13	8	45	421
beschiedene Anträge ²⁾	11	36	6	1	0	2	3	0	3	14	2	0	0	0	0	0	4	82
– davon Genehmigungen	11	32	6	1		2	3		3	14	2						4	78
– davon Ablehnungen	0	4	0	0		0	0		0	0	0						0	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	5	5	2	1	0	0	2	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0	20
– davon bestanden	5	4	2	1			2		1	1	3							19
– davon nicht bestanden	0	1	0	0			0		0	0	0							1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	3	k.A.	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	9

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2																		
– mindestens 50 Untersuchungen	**	63	10	4	1	**	25	3	14*	30	**	8	16*	**	**	4	38	216
– weniger als 50 Untersuchungen	**	4	0	4	4	**	0	0	20*	20	**	0	7*	**	**	4	0	63

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang																		
abrechnende Ärzte	505	667	189	121	55	128	322	72	371	544	202	55	166	82	110	92	371	4.052
geprüfte Ärzte	5*	13	3	**	3	13	5*	**	8	**	4	2	3	**	2	**	**	61
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	5	13	3		3	12	5		8		4	2	3		2			60
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2	0	0	0		0	1	0		0		0	0	0		0			1
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	1,0*	1,9	1,6	**	5,5	9,4	1,6*	**	2,2	**	2,0	3,6	1,8	**	1,8	**	**	16)

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	4	3	1		3	12	4		7		4	2	3		1			44
– geringe Beanstandungen	1	7	1		0	0	1		0		0	0	0		1			11
– erhebliche Beanstandungen	0	2	0		0	0	0		1		0	0	0		0			3
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0	1		0	0	0		0		0	0	0		0			1
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen						1												1
– geringe Beanstandungen						0												0
– erhebliche Beanstandungen						0												0
– schwerwiegende Beanstandungen						0												0

► Fortsetzung nächste Seite

➤ MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
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	1	0	2		0	0	1		5		0	0	0		1			10
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	0	0	0		0	0	0		0		0	0	0		0			0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b	0	1	1		0	0	0		0		0	0	0		0			2
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel		1	1															2
– davon wegen Nichtbebringung angeforderter Dokumentationen		0	0															0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d	0	0	0		0	0	0		0		0	0	0		0			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	0	0		0	0	0		0		0	0	0		0			0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Angaben beziehen sich auf Q III/2020. ⁶⁾ Ein Prüfergebnis liegt zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht vor. ⁷⁾ Davon 42 Neugenehmigungen MRT bzw. 2 beim MRM. ⁸⁾ Angaben beziehen sich auf Q II/2020. ⁹⁾ Angaben beziehen sich auf Q IV/2020. ¹⁰⁾ Angaben beziehen sich auf Q III/2019. ¹¹⁾ Davon 10 Neuanträge. ¹²⁾ Davon 46 bzw. 2 Erstanträge. ¹³⁾ Davon 40 bzw. 1 Erstanträge. ¹⁴⁾ Davon 39 bzw. 1 Neugenehmigungen. ¹⁵⁾ Davon 13 Erstgenehmigungen. ¹⁶⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

> MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

✓ 3.405 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

483 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

5.714 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;

Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährlich mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen; Dokumentation zu zwölf Angiographien und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung; gesonderte Darstellung der Ergebnisse aus Dokumentationsprüfungen von Untersuchungen der Hirngefäße

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		6)			7)	8)		9)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	414	485	163	86	57	116	247	52	270	448	192	44	144	70	99	75	319	3.281
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	431	506	165	85	56	116	268	53	272	451	195	48	154	71	97	79	358	3.405
beschiedene Anträge ²⁾	59	645	122	6	3	10	98	5	44	29	26	5	18	1	4	5	220	1.300
neu	59	645	122	6	3	10	98	5	44	29	11	5	18	1	4	5	220	1.285
– davon Genehmigungen	59	631	122	6	3	10	98	5	44	29	11	5	18	1	4	5	209	1.260
– davon Ablehnungen	0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	25
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	15
– davon Genehmigungen											15							15
– davon Ablehnungen											0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden							0											0
– davon nicht bestanden							1											1
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	24	7	0	9	k.A.	4	25	0	23	1	8	0	6	1	9	117

> Fortsetzung nächste Seite

► MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
abrechnende Ärzte	399	505	149	85	51	113	255	53	272	391	171	42	139	64	89	76	312	3.166
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	34*	94	1*	20	11	3	15*	6	53	69*	45	9	30	**	11*	8*	46	455
– davon bestanden	26	76	1	20	11	3	13	6	45	65	44	9	30		11	6	42	408
– davon nicht bestanden	8	18	0	0	0	0	2	0	0	4	1	0	0		0	2	4	39
abrechnende Ärzte geprüft, in %	8,5*	18,6	0,7*	23,5	21,6	2,7	5,9*	11,3	19,5	17,6*	26,3	21,4	21,6	**	12,4*	10,5*	14,7	11)
Begründung zum Prüfumfang, sonstige Kommentare	*	5)	*				*		10)	*				**	*	*		
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	13	7	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	28
– davon bestanden	11	7				1	*				1						4	24
– davon nicht bestanden	2	0				0	*				0						0	2
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden	1																	1
– davon nicht bestanden	0																	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	211	949	9	91	110	43	130	41	428	465	286	96	320	**	102	76	446	3.803
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 1	180	851	9	91	110	43	111	41	428	315	270	96	320		102	76	407	3.450
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 2	181	949	9	91	110	43	129	41	428	315	270	96	320		102	76	425	3.585
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 3	181	949	9	91	110	43	129	41	428	315	270	96	320		102	76	446	3.606
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	180	851	9	91	110	43	111	40	419	315	270	96	303		99	53	399	3.389
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	1	42	0	0	0	0	1	0	5	134	7	0	17		0	16	21	244
– insgesamt nicht nachvollziehbar	30	56	0	0	0	0	18	1	4	16	9	0	0		3	7	26	170
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7)	197	349	3	41	22	5	50	31	108	367	266	12	46	**	30	21	177	1.725
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 1	194	317	3	41	22	5	43	29	108	320	255	12	46		30	21	166	1.612
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 2	194	349	3	41	22	5	50	29	108	320	255	12	46		30	21	159	1.644
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 3	194	349	3	41	22	5	50	30	108	320	255	12	46		30	21	177	1.663
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	194	317	3	41	22	5	42	29	106	320	255	12	46		30	18	162	1.602
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	0	12	0	0	0	0	1	0	1	46	10	0	0		0	3	15	88
– insgesamt nicht nachvollziehbar	3	20	0	0	0	0	7	2	1	1	1	0	0		0	0	0	35
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Venen)	0	41	0	20	0	0	0	33	9	6	12	13	11	**	1	10	30	186
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 1		22		20				31	9	3	12	13	11		1	10	30	162
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 2		41		20				33	9	3	12	13	11		1	10	30	183
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 3		41		20				31	9	3	12	13	11		1	10	30	181
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar		22		20				31	9	3	12	13	10		1	5	30	156
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar		15		0				0	0	3	0	0	1		0	5	0	24
– insgesamt nicht nachvollziehbar		4		0				2	0	0	0	0	0		0	0	0	6

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Stichprobengröße wird auf Basis der Genehmigungszahlen (Vorjahr) festgelegt. ⁶⁾ Davon 26 Neugenehmigungen. ⁷⁾ Davon 7 Neugenehmigungen. ⁸⁾ Davon 40 Erstanträge. ⁹⁾ Davon 22 Erstanträge. ¹⁰⁾ 8 Dokumentationsprüfungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht abgeschlossen. ¹¹⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

➤ MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

✓	2.338	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	688	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	6.880	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN) Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
📋	551	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE



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: 01.10.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; Eingangsprüfung

EINGANGSPRÜFUNG: Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle)

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei dreifach nicht erfolgreicher Beurteilung einer Fallsammlungsprüfung zum Nachweis der fachlichen Befähigung (Eingangsprüfung); bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSSZIRKEL: nach zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung und anschließend nicht erfolgreichem Kolloquium sind Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, um an einem zweiten Kolloquium teilnehmen zu können

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten und Ärztinnen Dokumentation zu zehn Fällen, danach alle 24 Monate

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Benchmarkbericht an den Arzt oder die Ärztin nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)													
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	311	364	104	60	24	42	181	34	218	300	117	29	123	71	84	61	197	2.320
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	310	371	104	58	26	43	187	35	216	295	115	26	128	73	85	62	204	2.338
beschiedene Anträge ²⁾	6	118	74	1	2	8	45	1	23	13	9	1	10	4	7	3	46	371
neu	6	118	8	1	2	8	26	1	10	13	4	1	10	4	7	3	46	268
– davon Genehmigungen	6	108	8	1	2	8	21	1	10	13	4	1	10	4	6	3	36	242
– davon Ablehnungen	0	10	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	10	26
erneut	0	0	66	0	0	0	19	0	13	0	5	0	0	0	0	0	0	103
– davon Genehmigungen			66				19		13		5							103
– davon Ablehnungen			0				0		0		0							0
Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung gemäß § 14 Abs. 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

➤ Fortsetzung nächste Seite

► MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
FALLSAMPLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT C (EINGANGSPRÜFUNGEN)																		
Erstprüfungen	21	21	8	4	1	2	13	0	15	7	8	1	11	3	4	3	24	146
– davon bestanden	13	16	5	3	0	2	9		11	5	7	1	6	3	2	2	17	102
– davon nicht bestanden	8	5	3	1	1	0	4		4	2	1	0	5	0	2	1	7	44
Wiederholungsprüfungen	5	5	3	0	1	0	3	2*	6	1	0	2*	3	0	3	1	6	41
– davon bestanden	2	4	3		1		2	2*	5	1		0*	2		1	1	4	28
– davon nicht bestanden	3	1	0		0		1	0*	1	0		2*	1		2	0	2	13
FALLSAMPLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT D (FORTBILDUNGSPRÜFUNGEN)																		
Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	65	114	34	19	5	16	26	4	45	20*	19	3	40	22	33	12	46	523
reguläre Prüfungen	62	109	32	19	5	16	25	4	41	20	17	3	39	21	32	11	39	495
– davon bestanden	61	105	29	19	5	16	23	4	40	20	16	3	37	21	32	11	35	477
– davon nicht bestanden	1	4	3	0	0	0	2	0	1	0	1	0	2	0	0	0	4	18
Wiederholungsprüfungen	3	5	2	0	0	0	1	0	4	0*	2	0	1	1	1	1	7	28
– davon bestanden	3	4	2				1		2		2		0	1	1	0	5	21
– davon nicht bestanden	0	1	0				0		2		0		1	0	0	1	2	7
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0*	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden									1									1
– davon nicht bestanden									0									0
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0*	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1*	0	0	0	0	0	0	0	1
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT E																		
Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	85*	140	**	17	5)	17	55	10	51	77	43	24	53	6	32	**	49	659
– davon erfüllt	78	135		17		16	48	8	42	72	38	22	53	6	30		49	614
– 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	5	2		0		1	4	0	4	5	0	0	0	0	0		0	21
– davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	2	3		0		0	3	2	5	0	5	2	0	0	2		0	24
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	0	6		0	5)	0	1	0	6	0	0	0	0	0	1		0	14
– davon erfüllt		6					1		6						1			14
– davon nicht erfüllt		0					0		0						0			0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	1	10		0	5)	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0		0	15
– davon erfüllt	1	10							4									15
– davon nicht erfüllt	0	0							0									0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0
✓ RÜCKGABE / BEENDIGUNG VON GENEHMIGUNGEN ODER WIDERRUFE § 14 Abs. 5																		
Ärzte, die ihrer Verpflichtung nicht nachgekommen sind																		
– nach § 3 Abs. 2a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– nach § 3 Abs. 2b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– nach § 3 Abs. 2c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	8	1	0	4	k.A.	0	11	1	11	3	5	2	5	2	0	54

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. ⁵⁾ Nächste Prüfungen nach Abschnitt E turnusgemäß in 2021.

› MAMMOGRAPHIE-SCREENING

✓ 1.233 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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: 01.10.2021

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

PROGRAMMVERANTWORTLICHE ÄRZTE/ÄRZTINNEN

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung); fachliche Voraussetzungen zur Ultraschalldiagnostik der Mamma; erfolgreiche Bewerbung um den Versorgungsauftrag; erfüllte Fallzahlenanforderungen unter Anleitung: 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien, 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle), 15 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; vier Wochen angeleitete Tätigkeit; Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), der räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie

EINGANGSPRÜFUNG: Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie zur Eingangsprüfung gemäß Mammographie-Vereinbarung

KOLLOQUIUM: bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

FREQUENZREGELUNG: jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle); 30 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; gegebenenfalls 20 Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle, oder sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, jährlich 25 Vakuumbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: diverse Kooperationen im Rahmen des Versorgungsauftrags; Organisation der obligatorischen Doppelbefundung; bei Auffälligkeiten abschließende Beurteilung im Rahmen von wöchentlichen Konsensuskonferenzen

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: grundsätzlich jährliche Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; Rezertifizierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie alle 30 Monate nach Beginn der Tätigkeit mit Überprüfung der Leistungsparameter (zusätzlich sechs Monate nach Beginn); arbeitstägl. Konstanzprüfung und Abgleich der ermittelten Werte durch das zuständige Referenzzentrum

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: obligate Praxisbegehung im Rahmen der Akkreditierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie und im Rahmen der Rezertifizierung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: wöchentliche multidisziplinäre Fallkonferenzen; Vorgaben zu kollegialen Fachgesprächen mit dem Referenzzentrum; Fortbildungen der radiologischen Fachkräfte

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation aller Versorgungsschritte und elektronische Übermittlung an das Referenzzentrum und kooperierende Einrichtungen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Dokumentationsprüfung zu 20 Screening-Fällen (zusätzlich sechs Monate nach Beginn) und zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn Abklärungsfällen durch das zuständige Referenzzentrum auf Anforderung der KVen

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; jährliche detaillierte Berichte; Bereitstellung einzelner Qualitätsparameter im Rahmen von Quartalsberichten

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche mit dem Referenzzentrum und interdisziplinären Konferenzen

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlenanforderungen: Beurteilung von 100 Mammakarzinomen und 100 benignen Läsionen der Mamma innerhalb der letzten zwei Jahre; Prüfung von apparativen und räumlichen Anforderungen

FREQUENZREGELUNG: jährliche Beurteilung von in der Regel 100 Läsionen der Mamma im Rahmen des Mammographie-Screenings

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperation mit dem Programmverantwortlichen Arzt oder der Programmverantwortlichen Ärztin; regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen (zu allen vorgenommenen Beurteilungen); Doppelbefundung für die ersten 50 Beurteilungen

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; regelmäßige Teilnahme an multidisziplinären Konferenzen (zu allen vorgenommenen Beurteilungen)

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Teilnahme am Verfahren zur Selbstüberprüfung der histopathologischen Befundqualität; jährliche Auflistung sämtlicher Befunde mit Angaben zur Konkordanz mit der Bildgebung und mit dem Operationsbefund

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin für eine befristete Genehmigung zur Befundung unter Supervision: fachliche Voraussetzungen zur kurativen Mammographie (Eingangsprüfung), Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen, eine Woche angeleitete Tätigkeit; für unbefristete Genehmigung: Fallzahlenanforderungen 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien unter Supervision

EINGANGSPRÜFUNG: für unbefristete Genehmigung: Beurteilung einer speziellen Screening-Fallsammlung (50 Fälle) in Analogie der Eingangsprüfung zur Mammographie-Vereinbarung

KOLLOQUIUM: bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

FREQUENZREGELUNG: jährliche Befundung der Screening-Mammographien von 5.000 Fällen; gegebenenfalls 3.000 unter Supervision

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperation mit dem Programmverantwortlichen Arzt oder der Programmverantwortlichen Ärztin, Doppelbefundung, regelmäßige Teilnahme an Konsensuskonferenzen

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: grundsätzlich jährlich nach Erteilen der unbefristeten Genehmigung Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: jährlich kollegiales Fachgespräch mit dem Programmverantwortlichen Arzt oder der Programmverantwortlichen Ärztin, zur Sensitivität und Spezifität der Befundung; zweijährlicher Fortbildungskurs zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Benchmarkbericht nach Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung; halbjährliche Statistik und vergleichende Auswertung der erbrachten Leistungen (Anteil Karzinome, falsch-positive, falsch-negative Befunde)

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

BIOPSIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin: Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Fallzahlenanforderungen unter Anleitung: zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle, zehn Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle, zehn Kalibrierungen des Zielgerätes; oder sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, zusätzlich weitere 15 Stanzbiopsien der Mamma unter Ultraschallkontrolle, und weitere 15 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle, wobei alle 25 Röntgenstanzen als Vakuumbiopsien erbracht sein müssen

FREQUENZREGELUNG: jährlich 20 Stanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings, oder sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt, jährlich 25 Vakuumstanzbiopsien der Mamma unter Röntgenkontrolle

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperation mit dem Programmverantwortlichen Arzt oder der Programmverantwortlichen Ärztin

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt: Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts und Übermittlung der Expositionsdaten an das zuständige Referenzzentrum

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem Programmverantwortlichen Arzt oder der Programmverantwortlichen Ärztin, zur Biopsiestatistik (Konkordanz)

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

Bei Vakuumbiopsien: zweijährliche Prüfung von zehn Fällen, oder bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliches kollegiales Fachgespräch mit dem Programmverantwortlichen Arzt oder der Programmverantwortlichen Ärztin, zur Biopsiestatistik (Konkordanz), bei Vakuumbiopsien: jährliche vollständige Auflistung mit Indikation und dem abschließenden histopathologischen Befund

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

› MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
																		1)
✓ GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2020																		
Screeningseinheiten ²⁾	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	12	95
Programmverantwortliche Ärzte ³⁾	19	24	8	11	5	4	12	8	15	20	8	2	13	7	8	4	22	190
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	10	21	6	11	4	4	2	8	7	15	4	2	7	5	7	4	8	125
kooperierende Ärzte	188	165	43	25	25	17	72	27	163	147	64	15	59	31	35	37	124	1.237
Befunder von Mammographie-aufnahmen	74	76	22	20	14	8	40	15	83	72	29	9	40	18	26	33	84	663
histopathologische Beurteilung	22	31	9	5	4	5	16	6	29	21	12	3	11	11	8	4	19	216
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	23	32	3	0	6	0	16	5	19	16	9	3	8	2	1	0	21	164
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	23	27	2	0	4		15	1	19	16	9	3	5	2	1		21	148

1) Ärzte sind teilweise für mehrere Screeningseinheiten tätig. 2) Eine Screeningseinheit ist KV-übergreifend organisiert, dadurch haben Bremen und Niedersachsen zusammen 9 Screeningseinheiten. 3) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

➤ METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA

✓ 14.652 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

§

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu organisatorischen Voraussetzungen
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und
gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Beteiligung an einem
MRSA-Netzwerk; optional von der KV anerkannte MRSA-Fallkonferenzen
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation
RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährlich erstellter quartals-
bezogener Evaluationsbericht der KBV auf Basis von patientenbezogenen
pseudonymisierten Abrechnungsdaten, vorzulegen jeweils zum 31. August des
Folgejahres, an das Bundesministerium für Gesundheit und definierte Ausschüsse



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)						6)	7)	8)						9)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	1.082	1.318	256	188	284	312	537	727	2.547	1.384	727	284	664	604	731	447	2.586	14.678
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	1.068	1.331	257	187	275	302	556	722	2.462	1.506	709	278	656	585	711	496	2.551	14.652
beschiedene Anträge ²⁾	61	98	20	8	10	24	38	16	101	43	50	2	28	10	17	6	120	652
– davon Genehmigungen	59	95	17	8	10	22	38	16	101	43	50	2	28	10	17	6	119	641
– davon Ablehnungen	2	3	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	11	9	0	27	k.A.	21	172	75	68	11	36	29	37	21	104	621

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Von 257 sind 26 KfH-Ärzte; von 17 sind 12 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 49 Erstanträge. ⁷⁾ Aufgrund Systembereinigung Abweichung von Vorjahresangabe. ⁸⁾ Davon 17 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 69 Neugenehmigungen.

› MOLEKULARGENETIK

✓ 537 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

0 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

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)

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: strukturierte Zusammenarbeit und konsiliarische Erörterung zur Klärung der Indikationsstellung zwischen veranlassenden und durchführenden Ärzten und Ärztinnen

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen

PRAxisBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis eines Systems der internen Qualitätssicherung nach § 5 RiLi-BÄK

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: erstellen einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik und Übermittlung an die Datenannahmestelle

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: elektronische Übermittlung des Datensatzes zur Qualitätssicherung (§ 8 der Vereinbarung) im Auftrag der KVen an die KBV, gegebenenfalls anlassbezogene Stichprobenprüfungen bei Auffälligkeiten in den Jahresstatistiken

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte zum Ende des dem Auswertungsquartal folgenden Quartals an teilnehmenden Arzt oder teilnehmende Ärztin, Qualitätssicherungskommission der KV und Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Auffälligkeiten in den Jahresstatistiken

§



» MOLEKULARGENETIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)						6)								8)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	86	52	34	11	10	33	34	13	48	45	48	6	24	11	6	9	65	535
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	82	56	34	11	9	40	34	14	49	46	45	5	26	11	5	9	61	537
beschiedene Anträge ²⁾	3	15	7	0	0	3	0	1	10	6	3	0	2	0	1	0	9	60
– davon Genehmigungen	3	15	7			3		1	9	6	3		2		1		9	59
– davon Ablehnungen	0	0	0			0		0	1	0	0		0		0		0	1
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	3	0	0	1	k.A.	0	4	5	6	1	0	0	2	0	10	32
■ JAHRESSTATISTIK gemäß § 9 Abs. 4																		
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	4	16	3	1	1	4	3	2	8	7	3	1	8	4	2	1	6	74
abrechnende Betriebsstätten	14	16	5	1	1	7	8	3	8	9	6	1	8	4	2	2	6	101
Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	6
– davon nachvollziehbar begründet													7)	1				1
– davon nicht nachvollziehbar begründet													7)	0				0
Ärzte mit anlassbezogener Stichprobenprüfung (Anlage 1, Nr. 10.2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Davon 3 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 5 Erstanträge. ⁷⁾ Stellungnahmeverfahren zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. ⁸⁾ Davon 6 Neugenehmigungen.

➤ NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

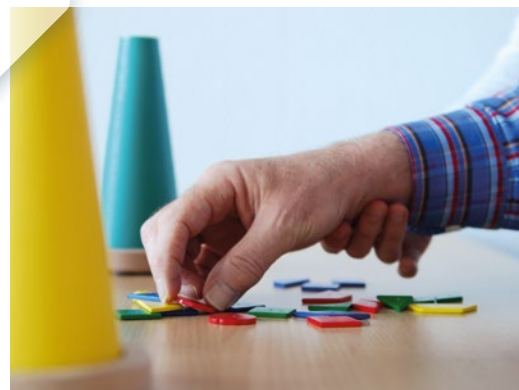
✓ 230 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

§

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin, des Psychologischen Psychotherapeuten oder der Psychologischen Psychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperation im Rahmen der zweistufigen Diagnostik; gegenseitige Information aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				5)											
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, 31.12.2019	27	39	8	4	2	7	28	5	24	23	8	4	8	2	17	4	15	225
Ärzte mit Genehmigung, 31.12.2020	28	43	7	4	2	8	28	6	24	24	7	4	7	2	16	5	15	230
beschiedene Anträge ²⁾	2	6	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	14
– davon Genehmigungen	2	5	1			1	1	1		1						1		13
– davon Ablehnungen	0	1	0			0	0	0		0						0		1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	1	0	0	0	k.A.	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	5

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. ⁵⁾ Enthält keine Neugenehmigung.

ONKOLOGIE

✓	4.026	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	179	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	3.580	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
📋	1.881	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE



Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum: 01.10.2021

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

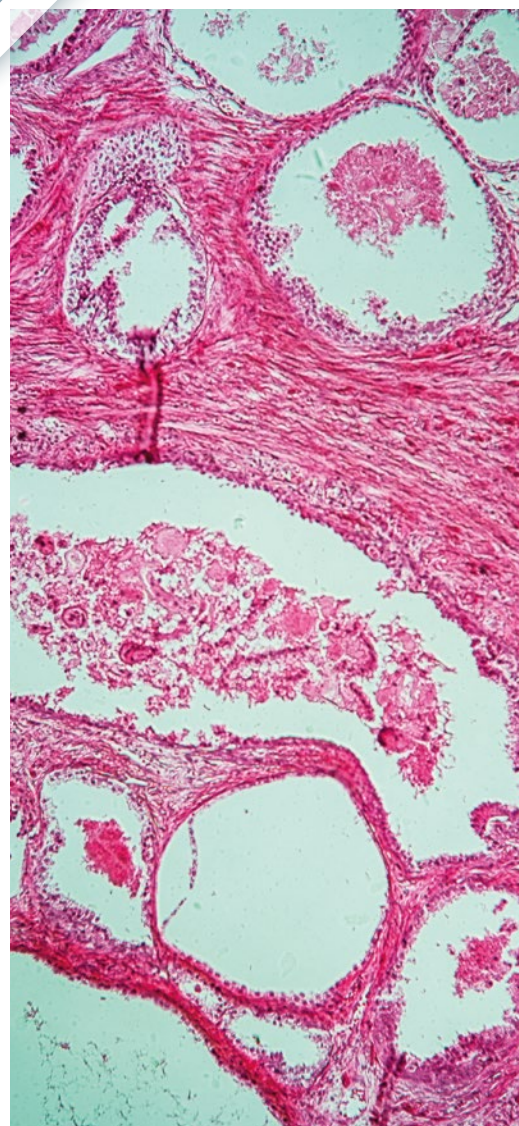
FREQUENZREGELUNG: Fachärzte und Fachärztinnen für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie: Pro Quartal und Arzt oder Ärztin gilt als Soll die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden Tumoren oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravasaler und / oder intrakavitärer und / oder intraläsionaler Behandlung; Ärzte und Ärztinnen anderer Fachgruppen: Pro Quartal und Arzt oder Ärztin Betreuung von durchschnittlich 80 Patientinnen und Patienten mit soliden Tumoren, darunter 60 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser Tumorthherapie behandelt werden, davon 20 mit intravasaler und / oder intrakavitärer und / oder intraläsionaler Behandlung; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestzahl unterschritten werden, sowie bei Neu- und Jungpraxen

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Bildung einer onkologischen interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft, in der regelmäßig patientenorientierte Fallbesprechungen (Tumorkonferenzen) stattfinden; Koordination der gesamten onkologischen Behandlung; enge und dauerhafte Kooperation mit allen beteiligten Ärzten und Ärztinnen und anderen Berufsgruppen

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis von 50 Fortbildungspunkten aus der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen mit onkologischen Inhalten; jährlich zweimalige Teilnahme an industrieneutralen durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatungen; jährlich mindestens eine onkologische Fortbildung des Praxispersonals; Mitgliedschaft in einem interdisziplinären onkologischen Arbeitskreis oder Tumorzentrum

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: angestrebt wird der gemeinsame computergestützte Zugriff auf alle für die Behandlung notwendigen Daten durch die Mitglieder der onkologischen interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von acht Prozent der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zu jeweils 20 Fällen



ONKOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	6), 7)				8)				10)		11)		13)					
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	555	457	274	127	42	127	216	61	427	499	140	36	232	97	142	91	422	3.945
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	570	483	272	131	41	131	230	64	422	505	142	34	231	96	145	97	432	4.026
– darunter Ärzte in Neu- / Jungpraxen	4)	54	38	24	5	12	19	8	54	76	0	4	4)	18	7	0	28	347
– darunter Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0	13	227	18	0	53	0	7	198	254	0	1	4)	0	3	0	432	1.206
beschiedene Anträge ²⁾	35	89	40	16	0	19	24	5	24	40	29	1	14	8	8	12	31	395
– davon Genehmigungen	34	86	39	16		19	24	5	24	37	29	1	13	6	8	9	31	381
– davon Ablehnungen	1	3	1	0		0	0	0	0	3	0	0	1	2	0	3	0	14
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	5	0	0	8	20
– davon bestanden										7				3			8	18
– davon nicht bestanden										0				2			0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	3	1	0	0	0	0	0	0	1	3	3	0	3	1	0	2	0	17
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	3	22	12	0	6	k.A.	2	11	12	27	3	11	7	5	1	k.A.	122
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	13*	5)	23	**	5	10	18	9)	32	38	15	4	4)	8	13	4)	0	179
– davon bestanden	10		14		3	10	16		28	12)	15	4		6	13			119
📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. - 3. erbracht haben	**	5)	235	131	31*	117	216	9)	401	**	141	32	4)	**	145	4)	432	1.881

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Angabe, da Sachverhalt in der jeweiligen regionalen Onkologie-Vereinbarung abweichend geregelt. ⁵⁾ Dokumentationsprüfungen und Überprüfung Fortbildungsnachweise noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Davon 20 Neugenehmigungen. ⁷⁾ Zwei Dokumentationsprüfungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. ⁸⁾ Davon 16 Neuanträge. ⁹⁾ Prüfungen nach 2021 verschoben. ¹⁰⁾ Davon 15 Erstanträge. ¹¹⁾ Bzgl. Sicherheitsgründen gilt zusätzlich eine nordrheinische Vereinbarung, seit 01.04.2014. ¹²⁾ Dokumentationsprüfung zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. ¹³⁾ Alle erteilten Genehmigungen wurden auf Basis der Ergänzungsvereinbarung aus Sicherheitsgründen erteilt.

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

✓ 4.019 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)		7)		8)					
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	450	634	246	92	52	139	290	72	392	535	183	53	177	93	134	91	386	4.019
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	456	627	239	95	49	129	294	78	392	517	184	52	181	102	133	82	409	4.019
beschiedene Anträge ²⁾	34	89	37	7	1	6	50	9	51	38	19	3	12	11	3	0	24	394
– davon Genehmigungen	34	84	37	7	1	6	50	9	51	38	19	3	11	11	3		23	387
– davon Ablehnungen	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		1	7
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	33	4	0	8	k. A.	3	32	0	18	4	7	2	4	9	0	124

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 26 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 21 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 21 Neuanträge. ⁷⁾ Davon 10 Erstgenehmigungen. ⁸⁾ Davon 8 Neugenehmigungen.

➤ **BESONDERS QUALIFIZIERTE UND KOORDINIERTE PALLIATIV-MEDIZINISCHE VERSORGUNG**

✓ **4.361** **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

📋 **2.870** **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung des Vorliegens der fachlichen Voraussetzungen nach Anlage 1 der Vereinbarung Palliativversorgung, Nachweis der weiteren Teilnahmevoraussetzungen gemäß Festlegung der KV

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Nachweis über die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team und die Kooperation mit stationären Pflegeeinrichtungen und anderen beschützenden Einrichtungen, ambulanten und stationären Hospizen, Palliativdiensten und Palliativstationen, SAPV-Teams, gegebenenfalls weitere Leistungsbereiche (zum Beispiel Physiotherapie), Pflegedienste

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: regelmäßige palliativmedizinische Fortbildungen im Umfang von acht Fortbildungspunkten / Jahr, insbesondere durch Teilnahme an Qualitätszirkeln oder Fallkonferenzen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)		7)		8)		10)			
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	461	345	87	122	26	40	305	94	279	1.874	148	48	127	157	62	62	13	4.250
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	492	396	95	130	28	42	298	97	303	1.809	160	49	136	172	69	71	14	4.361
beschiedene Anträge ²⁾	55	81	15	12	1	4	34	7	50	50	24	8	18	15	17	13	2	406
– davon Genehmigungen	51	75	13	12	1	4	34	7	49	50	24	7	17	15	10	12	2	383
– davon Ablehnungen	4	6	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	7	1	0	23
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	17	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	21
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	14	1	4	0	0	k. A.	4	15	98	12	4	8	0	2	3	0	165
📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung im Berichtsjahr erbracht haben	**	308	30*	130	k. A.	42	264	0	202	1.798	**	9)	**	**	37*	49	10	2.870

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 9 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Widerrufe sind sämtlich durch fehlende Fortbildungsnachweise begründet. ⁶⁾ Davon 40 Erstanträge. ⁷⁾ Davon 19 Erstgenehmigungen. ⁸⁾ Davon 2 Umschreibungen. ⁹⁾ Überprüfung Fortbildungsnachweise erfolgt ab 2021. ¹⁰⁾ Davon 1 Neuantrag.

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

✓ 215 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



Vereinbarung von Qualitätssicherungsvereinbarungen zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.08.2001, zuletzt geändert zum: 01.04.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: je Arzt oder Ärztin zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren: zweijähriges Prüfintervall; Aussetzen der Prüfungsverpflichtung bis 31. Dezember 2022

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)																	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	26	39	15	7	3	8	10	7	32	26	8	8	22	6	14	3	44	278
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	24	39	15	7	0	7	1	7	32	1	0	0	19	6	14	0	43	215
beschiedene Anträge ²⁾	0	3	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	7
neu		3	2						1		0							6
– davon Genehmigungen		0	2						1									3
– davon Ablehnungen		3	0						0									3
erneut gemäß § 6 Abs. 6		0	0						0		1							1
– davon Genehmigungen											1							1
– davon Ablehnungen											0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	0	0	0	0	k.A.	0	0	1	0	0	3	0	0	0	1	6

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Darunter keine Neugenehmigung.

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

✓ 159 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007,
zuletzt geändert zum: 01.04.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung;
bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei
begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Prüfung richtet
sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle zwei Jahre,
mindestens zehn Prozent der Ärzte und Ärztinnen, zehn Prozent der Fälle insgesamt,
je Arzt oder Ärztin höchstens zehn Fälle; Aussetzen der Prüfungsverpflichtung
bis 31. Dezember 2022

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung
der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des
Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)																5)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	16	33	7	3	0	2	5	3	12	21	3	4	6	2	4	1	31	153
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	15	36	9	3	0	2	4	3	12	21	3	4	8	3	4	1	31	159
beschiedene Anträge ²⁾	0	11	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	2	21
– davon Genehmigungen		10	3							1			2	1			2	19
– davon Ablehnungen		1	0							0			1	0			0	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0		0	k.A.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 2 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 1 Neuantrag.

› POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE PET UND PET/CT

- ✓ 226 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 43 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 516 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
- 102 **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14:
Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V,
Gültigkeit: seit 16.05.2015, zuletzt 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: 01.04.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu apparativen und organisatorischen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls
bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei definierten Beanstan-
dungen in der Dokumentationsprüfung

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Indikationsstellung erfolgt in einem
definierten Team in interdisziplinärer Zusammenarbeit; Kooperationsvereinbarungen
mit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten gegebenenfalls notwendigen
Fachdisziplinen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologi-
schen Fragestellungen, im Umfang von mindestens 20 Fortbildungspunkten inner-
halb zwei Jahren

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: alle Ärzte und
Ärztinnen mit Genehmigung sind einer Dokumentationsprüfung zu zwölf Fällen zu
unterziehen, jeweils aus einem Zeitraum von drei Jahren; in Abhängigkeit von der
Beanstandung erfolgt die nachfolgende Überprüfung nach 24 Monaten, nach zwölf
Monaten, oder es ist ein Kolloquium erforderlich

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung
der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des
Bundesmantelvertrags



➤ POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE PET UND PET/CT

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				7)										8)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	12	25	16	7	8	6	11	4	16	21	3	5	11	17	1	11	50	224
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	14	28	16	7	8	6	9	4	18	20	2	5	11	17	1	11	49	226
abrechnende Ärzte	9	k.A.	14	7	7	6	6	2	18	17	2	3	10	10	1	9	26	147
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1 ²⁾	2	49	2	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	1	0	7	65
neu	2	49	2				1		3						1		7	65
– davon Genehmigungen	2	49	2				1		3						0		7	64
– davon Ablehnungen	0	0	0				0		0						1		0	1
erneut (§ 7 Abs. 4)	0	0	0				0		0						0		0	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	0	0	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	17
neu			14	1									2					17
– davon Genehmigungen			14	1									2					17
– davon Ablehnungen			0	0									0					0
erneut (§ 7 Abs. 4)			0	0									0					0
beschiedene Anträge auf erneute Genehmigung gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
– davon bestanden									4									4
– davon nicht bestanden									0									0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden										3								3
– davon nicht bestanden										0								0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	1	0	0	k.A.	0	3	0	1	0	2	0	0	0	2	9
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
insgesamt geprüfte Ärzte gemäß § 8	0	2	5*	0	0	3	6)	0	14	**	6)	3	6	0	1	0	3	37
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1 (24 Monate)	0	0	0	0	6	0	0	0	0	**	0	0	0	0	0	0	0	6
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**	0	0	0	0	0	0	0	0
📋 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	**	15	9	3	**	6	7	0	16	10	0	3	1*	**	1	0	30	101
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten vorgelegt haben	**	1	0	0	**	0	0	0	0	0	0	0	0*	**	0	0	0	1
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	**	0	0	0	**	0	0	0	0	0	0	0	0*	**	0	0	0	0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Davon keine Neugenehmigung. ⁶⁾ 2019 vollständig geprüft. ⁷⁾ Antrag war ein Änderungsantrag. ⁸⁾ Davon 1 Neuantrag.



Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV-Ä,
Gültigkeit: seit 02.02.2017, zuletzt geändert zum: 01.10.2021

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie),
Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: seit 18.04.2009,
zuletzt geändert zum: 18.02.2021

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten oder der Therapeutin

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: obligates Gutachtenverfahren für Einzel-Langzeittherapien im Charakter einer Doppelbefundung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Gutachtenverfahren; Bericht an Gutachter oder Gutachterinnen und Partner des Bundesmantelvertrags



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
TEILNAHME AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN, -PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG ¹⁾																		
Psychologische Psychotherapeuten ²⁾	2.671	3.430	2.140	433	372	990	2.353	268	1.734	3.202	838	257	951	410	609	346	2.056	23.060
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten	885	1.166	373	162	79	197	579	93	655	799	270	65	260	141	168	138	641	6.671
Ärztliche Psychotherapeuten	941	1.206	531	109	77	238	534	76	418	803	239	58	175	56	196	80	404	6.141
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten	121	173	65	27	16	59	66	16	141	155	45	14	37	21	51	19	123	1.149
Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)	805	931	381	167	74	200	392	116	579	756	260	92	328	170	222	159	548	6.180

¹⁾ Zahlen aus dem BAR, Stand: 31.12.2020. ²⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

ZULASSUNG ZUR BEHANDLUNG

Die Durchführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen durch Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte setzt eine Genehmigung durch die jeweilige KV voraus.

GUTACHTENVERFAHREN

Das Gutachtenverfahren dient dazu festzustellen, ob die in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung genannten Voraussetzungen für eine Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sind. Das Gutachtenverfahren stellt damit ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dar, das die Behandlungsentscheidungen der Vertragsärztin und des Vertragsarztes beziehungsweise der Vertragspsychotherapeutin und des Vertragspsychotherapeuten ergänzt und zu einem kontinuierlichen fachlichen Austausch beiträgt. Wenn eine Patientin

oder ein Patient einen gutachterpflichtigen Antrag auf Psychotherapie bei ihrer Krankenkasse stellen, prüft die Gutachterin oder der Gutachter den dazugehörigen Bericht der Therapeutin beziehungsweise des Therapeuten unter fachlichen Gesichtspunkten, insbesondere im Hinblick darauf, ob das beantragte Psychotherapieverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie anerkannt und im konkreten Behandlungsfall indiziert ist. Gutachterinnen und Gutachter prüfen auf Grundlage des Berichts unter anderem, ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt und der vorgeschlagene Behandlungsumfang angemessen ist. In einer Stellungnahme legen sie dar, ob und in welchem Umfang das beantragte Kontingent an Therapieeinheiten befürwortet wird. Unter Berücksichtigung der gutachterlichen Stellungnahme entscheidet die Krankenkasse über die beantragte Therapie und stellt entsprechend ihre Leistungspflicht fest. Über die im Rahmen von Therapieanträgen erforderlichen Berichte hinaus nutzen viele Therapeutinnen und Therapeuten den Leitfaden zur Erstellung des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter (Formblatt PTV3, Anlage 1, BMV-Ä) sowie entsprechende Fachliteratur, um einen sinnvollen und zweckmäßigen Behandlungsplan für ihre Patientinnen und Patienten zu erstellen.

Die Gutachterinnen und Gutachter werden von der KBV im Einvernehmen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen bestellt. Das Gutachtenverfahren und die erforderlichen Qualifikationen sind in § 35 und § 36 der Psychotherapie-Richtlinie und in § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung geregelt. Eine Bestellung als Gutachterin oder Gutachter ist in allen Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie unabhängig voneinander möglich. Für jede Bestellung ist eine erneute Bewerbung mit aktuellen Qualifikationsnachweisen erforderlich, auch durch bereits bestellte Gutachterinnen und Gutachter. Die Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter wird hierdurch in einem regelmäßigen Turnus überprüft. Dadurch wird insbesondere ihre aktuell andauernde Vertragsarzt-, Supervisoren- und Dozententätigkeit gewährleistet.

Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben eine Neubestellung aller Gutachterinnen und Gutachter zum 1. Januar 2018 vorgenommen, die zu einer starken Erhöhung der Anzahl von Gutachtern und Gutachterinnen geführt hat. Zum 1. Juli 2020 wurden zudem Gutachterinnen und Gutachter für den Bereich der Systemischen Therapie bei Erwachsenen bestellt, da dieses Psychotherapieverfahren neu eingeführt wurde. Die nächste Bestellung ist für 2023 vorgesehen.

GUTACHTENSTATISTIK

Gutachterinnen und Gutachter sind verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die Gutachterinnen und Gutachter werden regelmäßig über die Ergebnisse dieser Statistik informiert. Die hierbei ausgewerteten Auftragszahlen, durchschnittlichen Änderungs- und Nichtbefürwortungsquoten in den jeweiligen Psychotherapieverfahren dienen unter anderem den Gutachterinnen und Gutachtern als Rückmeldung und Benchmark im Vergleich zu ihrer individuellen gutachterlichen Tätigkeit.

Mehr Infos zur Psychotherapie und zum Gutachtenverfahren unter:

➔ www.kbv.de/psychotherapie

➤ GUTACHTENVERFAHREN PSYCHOTHERAPIE

Berichtsjahr	Gutachter ¹⁾	(Zweit-)Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Teilbefürwortung der Anträge in %
ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE				
2019	279 Gutachter – davon 65 für Kinder und Jugendliche	18.878 Gutachten – davon 5.034 für Kinder und Jugendliche	2,4	10,7
	– davon 25 für Zweitgutachten	181 Zweitgutachten	14,9	33,7
2020	266 Gutachter – davon 63 für Kinder und Jugendliche	18.129 Gutachten – davon 5.243 für Kinder und Jugendliche	2,7	10,8
	– davon 24 für Zweitgutachten	246 Zweitgutachten	12,6	41,5
SYSTEMISCHE THERAPIE SEIT 01.07.2020				
2020 ²⁾	41 Gutachter	8 Gutachten	3)	3)
	– davon 2 für Zweitgutachten	0 Zweitgutachten	3)	3)
TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE				
2019	388 Gutachter – davon 96 für Kinder und Jugendliche	68.596 Gutachten – davon 11.508 für Kinder und Jugendliche	2,0	6,9
	– davon 25 für Zweitgutachten	530 Zweitgutachten	14,9	30,2
2020	371 Gutachter – davon 92 für Kinder und Jugendliche	67.511 Gutachten – davon 10.734 für Kinder und Jugendliche	2,0	6,3
	– davon 27 für Zweitgutachten	552 Zweitgutachten	15,0	26,1
VERHALTENSTHERAPIE				
2019	216 Gutachter – davon 63 für Kinder und Jugendliche	118.777 Gutachten – davon 18.671 für Kinder und Jugendliche	3,0	9,7
	– davon 36 für Zweitgutachten	1.119 Zweitgutachten	18,7	26,8
2020	202 Gutachter – davon 58 für Kinder und Jugendliche	127.144 Gutachten – davon 17.565 für Kinder und Jugendliche	3,1	9,5
	– davon 34 für Zweitgutachten	1.664 Zweitgutachten	20,6	25,1

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Die Systemische Therapie bei Erwachsenen wurde zum 01.07.2020 in die ambulante psychotherapeutische Versorgung eingeführt. ³⁾ Auf eine Auswertung der Nicht- und Teilbefürwortungsquoten wird aufgrund der noch zu geringen Auftragszahlen verzichtet.

› QUALITÄTSMANAGEMENT UND PATIENTENSICHERHEIT

Qualität ist kein Zufall. In der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung ist es selbstverständlich, das Handeln an fachlichen Standards auszurichten und gleichzeitig kritisch zu hinterfragen. Auch die Praxisorganisation will wohlüberlegt sein: Ein individuell auf die Praxis, das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) oder Ärztenetz abgestimmtes Qualitätsmanagement (QM) hilft, die Qualität medizinischer und psychotherapeutischer Leistungen zu erhöhen und Abläufe effizienter zu gestalten. Transparente Strukturen erleichtern das Handeln und sorgen für mehr Patientensicherheit und für eine hohe Arbeitszufriedenheit im Team.

METHODEN, INSTRUMENTE UND ANWENDUNGSBEREICHE § 4 QM-RICHTLINIE

- › Qualitätsziele und Selbstbewertung
- › Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- › Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Checklisten, Schnittstellenmanagement
- › Teambesprechungen, Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- › Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement
- › Patienteninformation- und aufklärung
- › Risiko- und Fehlermanagement, Fehlerberichts- und Lernsysteme
- › Notfall- und Hygienemanagement
- › Arzneimitteltherapiesicherheit
- › Schmerzmanagement
- › Sturzvorbeugung
- › Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch

QM-RICHTLINIE

QUALITÄTSMANAGEMENT-RICHTLINIE – ÄNDERUNGEN IN KRAFT

Die seit 2016 sektorenübergreifend geltende QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) fordert, dass in bestimmten Abständen stichprobenhaft der Umsetzungsstand der Methoden, Instrumente und Anwendungsbereiche von QM in vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Einrichtungen zu erheben ist. Die bundesweiten Ergebnisse werden dem G-BA durch die KBV berichtet, welcher den ausführlichen Ergebnisbericht auf seiner Website veröffentlicht.

Die nächste Stichprobenerhebung erfolgt für das Jahr 2021 durch alle KVen unter Berücksichtigung folgender Änderungen in der QM-Richtlinie, die im Dezember 2020 in Kraft getreten sind:

.....
**Aufhebung der Übergangsregelung § 7
für Vertragsärzte und Vertragsärztinnen**
.....

**Vorgaben bei der Stichprobenziehung
zu Intervall, Größe und Grundgesamtheit**
.....

**Aufnahme eines neuen Fragenkatalogs
zur Erhebung des einrichtungsinternen QM**
.....

**Ergänzung des Anwendungsbereichs
„Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt“**
.....

**Konkretisierung im Anwendungsbereich
„Schmerzmanagement“ zum Bereich Akutschmerz**
.....

Vorgaben zur Struktur des Ergebnisberichts an den G-BA
.....

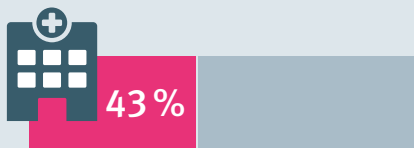
Mehr Infos unter:
➔ www.g-ba.de/richtlinien

QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®



QEP® IN ZAHLEN

Etwa 43 Prozent aller Praxen und Medizinischen Versorgungszentren nutzen QEP® als Grundlage für ihr internes Qualitätsmanagement (QM).
Optionale Angabe der Stichprobenerhebung 2019, n= 2.229 Einrichtungen



Praxen und MVZ wurde bisher über 2.000 Mal die Erfüllung der QM-Umsetzung mit QEP® durch ein Zertifikat attestiert. Die Zertifizierung ist freiwillig und kostenpflichtig.



Das QM-Modul in der App KBV2GO wurde bisher über 40.000 Mal heruntergeladen.



Gut 16.000 Abonnentinnen und Abonnenten lesen den QEP®-Newsletter.



In den KVen haben 2020 etwa 20 QEP®-Einführungsseminare stattgefunden. Seit der Einführung von QEP® waren es mehr als 1.700 Seminare mit über 35.000 Teilnehmenden.

Die QEP®-Website wurde 2020 mehr als 12.000 Mal aufgerufen.



NEUE MUSTERDOKUMENTE

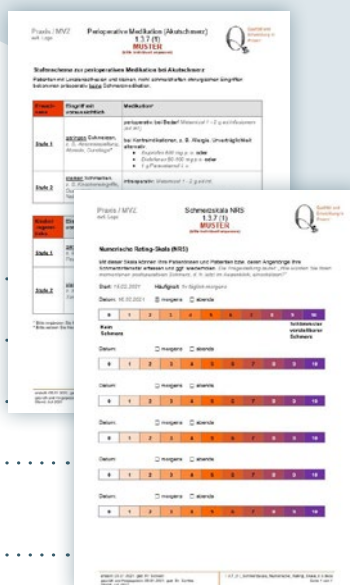
Interne Regelungen Akutschmerz-Management:

kleine Eingriffe

große Eingriffe

perioperative Medikation

Schmerzskala:
Numerische Rating Skala (NRS)



Mehr Infos unter:

www.kbv.de/html/qualitaetsmanagement.php
www.kbv.de/qep

> MEIN PRAXISCHECK – VERBESSERTER SERVICE

Eine regelmäßige Selbstbewertung ist fester Bestandteil des Qualitätsmanagements (QM) in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren. Unterstützung erhalten Niedergelassene seit dem Jahr 2012 mit dem Online-Tool „Mein PraxisCheck“ der KBV. Es gibt einen schnellen Überblick dazu, wie gut die eigene Einrichtung in verschiedenen Bereichen aufgestellt ist. Das Angebot ist anonym und kostenfrei.

Seit Oktober 2020 steht „Mein PraxisCheck“ mit verbessertem Service auf der KBV-Website zur Verfügung. Die Webapplikation bietet eine direkte Feedbackmöglichkeit für die Nutzer. Eine sofortige Auswertung steht am Ende jeder Selbstbewertung als PDF-Dokument zum Download bereit. Diese enthält neben hilfreichen Tipps zur Verbesserung des QM eine Grafik, die zeigt, wie die eigene Praxis im Vergleich zu anderen Teilnehmenden abgeschnitten hat.

Jetzt testen:

➔ www.kbv.de/praxischeck



Auf die Themenangebote „Mein PraxisCheck“ wurde seit der Veröffentlichung des Tools fast 235.000 Mal zugegriffen, davon allein im Jahr 2020 circa 35.000 Mal.

ZUGRIFFE

THEMEN	2020 gerundet	Gesamt Stand: Mai 2021
 Datenschutz und Informationssicherheit	8.300	70.000
 Qualitätsmanagement	5.800	31.100
 Patientensicherheit	1.800	12.000
 Impfmanagement	7.600	32.000
 Hygienemanagement	8.900	77.000
 Prävention Wundinfektionen	2.400	12.000

PATIENTENBEFRAGUNG MIT ZAP

Patientenbefragungen sind ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements (QM). Den Patienten und Patientinnen wird signalisiert, dass ihre Kritik und Wünsche ernst genommen werden und die Praxen können konstruktive Anregungen für Verbesserungen im Praxisalltag erhalten. Die KBV bietet einen Service, mit dem Niedergelassene einfach und unbürokratisch ein Feedback von ihren Patienten und Patientinnen bekommen.

Die Online-Anwendung des „Fragebogens zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ – kurz ZAP und elektronisch eZAP – steht auf der KBV-Website zur Verfügung.

Praxen können mit wenigen Klicks ihre Patientenbefragung anlegen, einen Zeitraum wählen sowie den Fragebogen und ein Poster für das Wartezimmer ausdrucken.

Patientinnen und Patienten, die die Fragen online beantworten möchten, finden auf dem Poster die Internetadresse und einen Zugangscode zur Befragung. Alternativ können sie den Fragebogen in Papierform ausfüllen. In diesem Fall pflegt das Praxisteam die Daten in das Online-Befragungstool ein. Den Papierfragebogen gibt es auch in Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch. Füllen Patienten und Patientinnen den Fragebogen mobil aus, ist dies in deutscher oder englischer Sprache möglich und die Daten werden mit gegebenenfalls händisch eingepflegten Antworten aus Papierfragebögen in eZAP zusammengespielt.

Am Ende der Befragung erhalten die Praxisinhaberinnen und -inhaber automatisiert einen Ergebnisbericht mit Grafiken, der auf die Website der Praxis gestellt werden kann.

Mehr Infos unter:

www.kbv.de/html/6332.php



AUSWERTUNGEN IN eZAP ÜBERBLICK ZUR ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTEN

- Praxisorganisation
- Art und Vermittlung von Informationen
- Arzt-Patienten-Interaktion
- Qualität und Ausmaß der Informationen
- Ärztliche Fachkompetenz
- Patientenbeteiligung
- Arzt / Ärztin im Allgemeinen
- Vertrauen nach Behandlungsdauer
- Häufigkeit der Einbindung in Entscheidungsprozesse
- Einschätzung der Behandlungsqualität

u. a.

PAPIERFRAGEBOGEN

- Arabisch
- Englisch
- Französisch
- Russisch
- Spanisch
- Türkisch

Ein besonderes Feature von eZAP ist, neben volljährigen Patientinnen und Patienten auch Eltern Minderjähriger befragen zu können. Zugrunde liegt hier der ZAP-Fragebogen für Eltern „Zufriedenheit von Eltern, Kindern und Jugendlichen in der kinder- und jugendärztlichen ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“.

➤ QUALITÄTSZIRKEL

Seit mehr als 20 Jahren tauschen sich Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fachlich in Qualitätszirkeln aus, reflektieren das eigene Handeln und erwerben neues Wissen. Diese Form der selbstbestimmten Fortbildung, frei von der Einflussnahme Dritter, basiert auf dem Gedanken des Peer Reviews. Das Lernen voneinander steht im Fokus, die Teilnehmenden profitieren vom Erfahrungsschatz der Kolleginnen und Kollegen.

Um dieses Engagement zu fördern, hat die KBV bereits im Jahr 2004 ein Konzept entwickelt, das auf der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutoren und -Moderatoren fußt und die Zirkelarbeit inhaltlich-fachlich unterstützt. Das Konzept ist im Handbuch Qualitätszirkel enthalten und wird kontinuierlich ergänzt und weiterentwickelt. Es beinhaltet inzwischen mehr als 40 didaktische und themenbezogene Module inklusive unterstützender Materialien wie Moderationsplakate, Präsentationen, Arbeitsblätter und Checklisten. 2020 wurden das Modul „Zum Impfen motivieren“ veröffentlicht und die Module „Hygienemanagement in Praxen / MVZ“ sowie „Aus Feedbackberichten lernen“ (vormals „Arbeit mit Rückmeldesystemen“) umfassend überarbeitet. Alle Interessierten können Module und Materialien kostenfrei auf der Website der KBV abrufen. Damit steht Moderierenden und Zirkelteilnehmenden ein umfangreiches Portfolio zur Durchführung strukturierter Sitzungen zur Verfügung.

Das Konzept basiert auf dem Train-the-Trainer-Prinzip:

Erfahrene Moderierende werden von der KBV zu Tutorinnen und Tutoren ausgebildet und führen anschließend in ihren KVen Aus- und Fortbildungen für Moderierende durch. Aufgrund der Corona-Beschränkungen konnten die elf Teilnehmenden der 13. Tutoren-Staffel ihre Ausbildung erst im März 2021 beenden. Erstmals haben Moderierende der KV Baden-Württemberg teilgenommen.

Die COVID-19-Pandemie hatte 2020 starken Einfluss auf die Qualitätszirkelarbeit. Treffen in Präsenz waren nicht möglich, trotzdem bestand der Wunsch nach Austausch. Viele Zirkel haben in dieser Zeit ihre Sitzungen digital mit Videokonferenzsystemen durchgeführt. Um Moderierende und Teilnehmende dabei zu unterstützen, hat die KBV im April 2020 einen Leitfaden für Online-Zirkel veröffentlicht. Er enthält organisatorische Tipps und Hinweise zur didaktischen Ausgestaltung. Trotz dieser Möglichkeit haben sich die Pandemiebeschränkungen auf die Zahl der Zirkelsitzungen, der Teilnehmenden



und insbesondere auf die Aus- und Fortbildung von Moderierenden ausgewirkt. Es sind weniger Sitzungen, Teilnehmende sowie Aus- und Fortbildungen zu verzeichnen. In 2020 engagierten sich bundesweit fast 7.300 Moderatorinnen und Moderatoren in circa 7.900 Qualitätszirkeln, an denen rund 60.000 Vertragsärzte und Vertragsärztinnen sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten teilnahmen. Die Mehrheit der Teilnehmenden ist niedergelassen.

Ein regelmäßig erscheinender Newsletter informiert Qualitätszirkel-Interessierte über neue Themen, aber auch methodische und didaktische Unterstützungsangebote. Der Newsletter ist 2020 neun Mal erschienen und hatte Ende des Jahres etwa 10.000 Abonnenten.

Das jährlich stattfindende Nationale Qualitätszirkel-Tutoren-treffen der KBV, eine Plattform für den Erfahrungsaustausch der Qualitätszirkel-Akteure und Impuls für die Weiterentwicklung der regionalen Zirkelarbeit, konnte nicht wie üblich als zweitägige Präsenzveranstaltung durchgeführt werden. Dennoch nahmen fast 50 Teilnehmende die Gelegenheit wahr, sich an einem Nachmittag digital über aktuelle Themen, Projekte und Ideen auszutauschen.

Qualitätszirkel haben einen hohen Stellenwert für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, in erster Linie als freiwillige Initiative der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, zunehmend auch als Option in Sonderverträgen, Richtlinien oder Qualitätssicherungsvereinbarungen. Alle KVen unterstützen und fördern die Zirkelarbeit. Dies reicht von finanziellen Anreizen über Informations- und Fortbildungsangebote für Moderatoren und Moderatorinnen und organisatorische Hilfen (beispielsweise Bereitstellung von Räumen, Vermittlung von Experten, Beantragung von Fortbildungspunkten bei den Berufskammern) bis hin zu gezielter Öffentlichkeitsarbeit in den KV-Blättern.

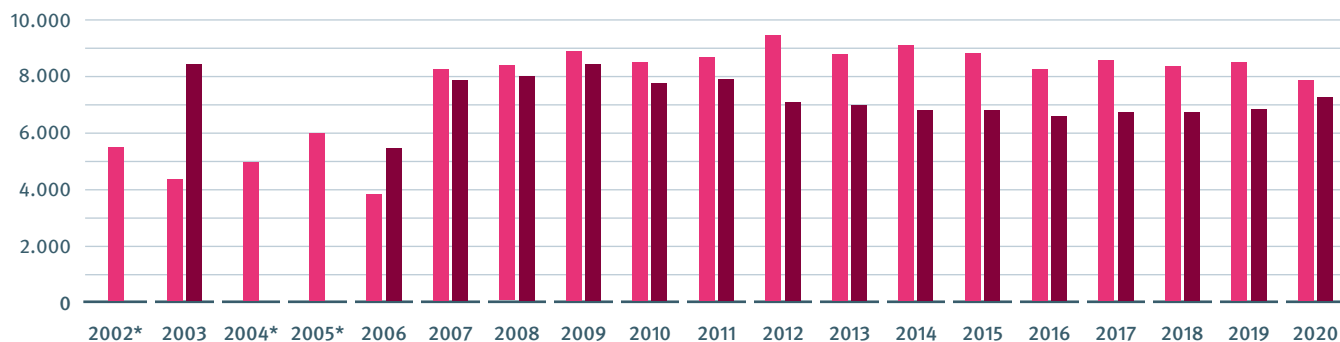
Mehr Infos unter:

➤ www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php

QUALITÄTSZIRKEL IN ZAHLEN

- 14 der 17 KVen arbeiten mit Tutorinnen und Tutoren zur Unterstützung der regionalen Qualitätszirkelarbeit
- 80 Tutorinnen und Tutoren unterstützen aktiv die regionale Zirkelarbeit
- 342 neu ausgebildete Moderatorinnen und Moderatoren bundesweit
- Etwa 3.500 Downloads der Qualitätszirkel-Module
- 6 Fortbildungsveranstaltungen für Moderatorinnen und Moderatoren in den KVen

ANZAHL BUNDESWEIT: ■ QUALITÄTSZIRKEL ■ MODERATOREN



* keine validen Daten zur Anzahl der Moderatoren vorhanden.



› RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

✓	3.148	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	162	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	3.150	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📅	829	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE



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 Abs. 2a Satz 7 SGB V, Rechtsgrundlage: Anlage 31 BMV-Ä,
Gültigkeit: seit 01.01.2017

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; im zutreffenden Fall Vorgaben gemäß
Anhang 1 der Anlage 31 BMV-Ä sowie weitere organisatorische Voraussetzungen
KOLLOQUIUM: bei erfolglosem Stellungnahmeverfahren in Folge Beanstandungen in der Doku-
mentationsprüfung Kolloquium zu den konkreten Fällen; bei abweichender, aber gleichwer-
tiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von
mindestens 20 Fortbildungspunkten innerhalb 24 Monaten
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von
mindestens 15 Prozent der Ärzte und Ärztinnen; Dokumentationen von 20 nach dem Zufalls-
prinzip ausgewählten abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patientinnen und Patienten
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungs-
erteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)						5)						8)				9)	
HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE																		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	13	29	10	4	1	3	1	5	8	9	0	5	15	7	7	6	¹⁰⁾	123
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	16	24	8	10	0	3	1	3	7	8	0	4	2	6	7	7	¹⁰⁾	106
beschiedene Anträge ²⁾	3	2	1	7	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		15
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	3	2	1	7	0					1						1		15
– davon Ablehnungen	0	0	0	0						0						0		0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	3	1	1	0	k.A.	2	0	0		1	0	1	0	0		9
abrechnende Ärzte	13	21	4	10	0	k.A.	1	3	0	7		⁷⁾	2	6	7	6	¹⁰⁾	80
📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7																		
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	**	**	6	7	0	**	1	1	**	**		4	**	**	7	6		32
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	**	**	0	0	0	**	0	2	**	**		0	**	**	0	0		2
Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1			0	0	0		0	0				0			0	0		0

› Fortsetzung nächste Seite

➤ RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)					5)					8)					9)		

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN nach § 9

Prüfumfang und -ergebnisse																		
nach § 9 überprüfte Ärzte	0	**	**	**	0	**	0	0	6)	**	0	2	0	0	**	**		2
nach § 9 überprüfte Dokumentationen												40						40
davon ohne Beanstandungen												25						25
davon mit Beanstandungen												15						15
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3												15						15
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3												0						0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden												1						1
Kolloquien nach § 9 Abs. 3																		
Kolloquien nach § 9 Abs. 3	0	0	0	0	0	**	0	0	6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE UND ICD

GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	4	6	0	4	1	1	0	2	4	1	0	4	11	6	3	4	¹⁰⁾	51
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	4	8	0	10	1	2	1	5	5	2	0	4	0	4	3	4	¹⁰⁾	53
beschiedene Anträge ²⁾	3	3	0	7	0	0	1	3	2	1	0	0	0	0	0	0		20
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	2	2		7			1	3	2	1								18
– davon Ablehnungen	0	0		0			0	0	0	0								0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0		0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0		1	0	0	k.A.	0	1	0		0		2	0	0		4
abrechnende Ärzte	2	6		10	1	k.A.	1	5	2	1		⁷⁾	k.A.	6	2	4	¹⁰⁾	40

PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	**	**		10	0	**	0	1	**	**		4		**	3	4		22
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	**	**		0	0	**	0	0	**	**		0		**	0	0		0
Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1				0	0		0	0				0			0	0		0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN nach § 9

Prüfumfang und -ergebnisse																		
nach § 9 überprüfte Ärzte	0	**		**	0	**	0	2	6)	**	0	0		**	**	**		2
nach § 9 überprüfte Dokumentationen								32										32
davon ohne Beanstandungen								31										31
davon mit Beanstandungen								0										0
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3								0										0
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3								1										1
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden								0				1						0
Kolloquien nach § 9 Abs. 3																		
Kolloquien nach § 9 Abs. 3	0	0	0	0	0	**	0	0	6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

➤ Fortsetzung nächste Seite

RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)						5)		6)				8)				9), 10)	

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE, ICD UND CRT

GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	368	493	97	69	39	63	255	60	295	351	163	22	144	76	93	49	285	2.922
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	383	516	99	76	42	63	259	65	290	355	164	24	144	75	97	50	287	2.989
beschiedene Anträge ²⁾	43	83	27	8	5	10	48	5	41	68	27	4	10	6	9	4	74	472
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	31	52	7	8	5	10	23	5	24	33	15	4	8	6	7	4	70	312
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	4	10
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	5	1	2	12	k.A.	0	18	0	27	2	8	7	3	3	25	113
abrechnende Ärzte	349	499	95	76	37	48	211	65	239	329	153	7)	130	63	93	49	287	2.723

PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	**	7*	76	58	31	**	203	23	**	**	**	17	**	**	84	41	233	773
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	**	0	0	0	0	**	0	0	**	**	**	0	**	**	0	0	0	0
Genehmigungswiderrufe nach § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1		0	0	0	0		0	0				0			0	0	0	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN nach § 9

Prüfungsumfang und -ergebnisse

nach § 9 überprüfte Ärzte	15	**	12*	**	6	**	31	10	19	**	17*	3	23	**	9	**	13	158
nach § 9 überprüfte Dokumentationen	300		240		120		620	128	380		340	60	450		180		260	3.078
davon ohne Beanstandungen	234		237		93		560	123	258		336	59	403		164		241	2.708
davon mit Beanstandungen	66		3		27		60	5	122		4	1	47		16		19	370
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit nach § 9 Abs. 3	65		3		23		53	1	96		3	0	43		16		19	322
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung nach § 9 Abs. 3	1		0		4		7	3	51		1	1	4		0		0	72
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme nach § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	4		0		1		3	1	9		0	0	2		2		3	25

Kolloquien nach § 9 Abs. 3

Kolloquien nach § 9 Abs. 3	0	**	0	**	0	**	0	0	0	**	0	0	0	**	0	**	0	0
----------------------------	---	----	---	----	---	----	---	---	---	----	---	---	---	----	---	----	---	---

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechsler etc. ⁵⁾ Angaben abrechnende Ärzte für Quartal III/2019. ⁶⁾ Stichprobenprüfungen werden kumuliert im dritten Genehmigungsbereich dargestellt. ⁷⁾ Es haben abgerechnet: Herzschrittmacher: 33 Ärzte; ICD: 23 Ärzte; CRT: 22 Ärzte; ICD telemed.: 3 Ärzte; CRT telemed.: 3 Ärzte. ⁸⁾ Umstellung der Zählweise gegenüber 2019. ⁹⁾ Davon 27 Neuanträge. ¹⁰⁾ Keine Differenzierung der Genehmigungsinhaber und der abrechnenden Ärzte nach Genehmigungsarten.

> SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

✓ 5.035 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**



Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum: 01.10.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; bei Genehmigungen zur Polysomnographie zusätzliche Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen und organisatorischen Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung erlangt wurde

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung auf Grundlage regionaler Vereinbarungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				6)		7)								8)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2019	536	776	183	110	43	112	285	90	403	732	272	48	204	94	133	93	550	4.664
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2020	567	863	196	116	43	119	295	86	444	827	281	50	212	104	145	93	594	5.035
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	508	801	178	89	41	99	263	78	381	766	262	42	206	84	119	87	508	4.512
– davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	52	61	18	26	2	119	31	4	42	60	19	8	6	19	23	6	86	582
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	7	1	0	1	0	0	1	4	21	1	0	0	0	1	3	0	0	40
beschiedene Anträge ²⁾	64	200	32	9	2	12	48	9	54	126	36	3	17	10	14	8	72	716
– davon Genehmigungen	64	182	32	9	2	12	47	9	54	122	36	3	17	10	14	8	72	693
– davon Ablehnungen	0	18	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	23
Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	9	3	0	7	k.A.	8	23	5	27	1	10	0	2	7	0	102

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Davon 22 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 22 Neuanträge. ⁷⁾ Davon 4 Erstanträge. ⁸⁾ Davon 44 Neugenehmigungen.

› SCHMERZTHERAPIE

	1.329	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
	165	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
	1.980	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

Schätzung auf Grundlage der Vorgaben



Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung
chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung
Schmerztherapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V,
Gültigkeit: seit 01.04.2005, zuletzt geändert zum: 01.10.2016

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen;
organisatorische Vorgaben

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; wenn der Abschluss der entsprechenden Zusatzweiterbildung länger als 48 Monate zurückliegt

FREQUENZREGELUNG: bei schmerztherapeutischen Einrichtungen: mindestens 150 chronisch schmerzkrankte Patienten oder Patientinnen pro Quartal

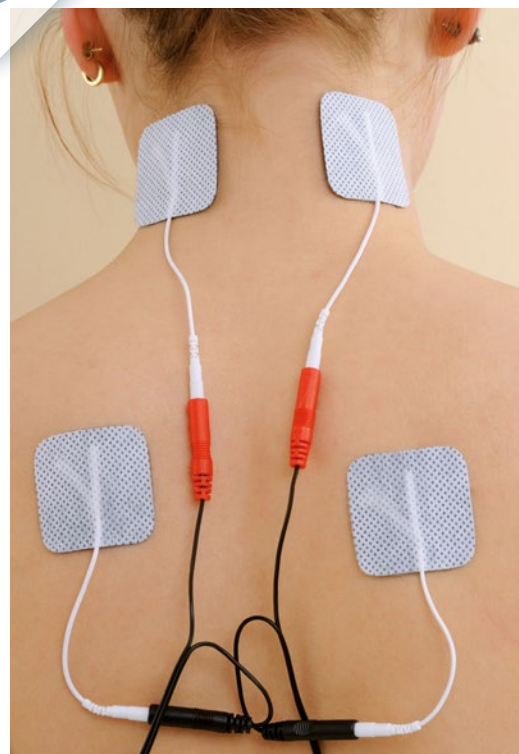
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: mindestens halbjährliche Information über den Behandlungsverlauf an den Hausarzt oder die Hausärztin; Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen; konsiliarische Beratung der kooperierenden Ärzte und Ärztinnen; schmerztherapeutische Einrichtungen: kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtungen: zwölf; handelt es sich um Einzelpraxen: zehn) interdisziplinäre offene Schmerzkongressen mit Vorstellung der Patienten und Patientinnen in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche interne Teamsitzung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN-/ DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfung auf Verlangen der KV; Stellungnahmeverfahren auf Verlangen der KV wenn Patientinnen und Patienten länger als zwei Jahre in Behandlung sind; Dokumentationsprüfung bei Ärzten und Ärztinnen, denen erstmalig eine Genehmigung erteilt wurde, im Umfang von zwölf abgerechneten Fällen aus den ersten vier Abrechnungsquartalen nach Genehmigungserteilung

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der KV zu sammeln und jährlich auszuwerten; Zusammenstellung an Partner des Bundesmantelvertrags auf Anforderung



➤ SCHMERZTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								5)		6)							
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	174	196	81	76	14	32	88	33	63	158	77	21	92	40	41	32	103	1.321
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	175	198	87	82	14	29	84	33	70	155	71	19	94	38	42	31	107	1.329
beschiedene Anträge ²⁾	17	56	25	20	3	4	14	1	21	10	10	1	12	1	7	1	16	219
neu (erstmalig)	17	33	8	13	3	2	10	1	8	4	3	1	6	1	7	1	4	122
– davon Genehmigungen	16	22	7	13	3	2	10	1	8	4	3	1	5	1	7	1	4	108
– davon Ablehnungen	1	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	14
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon Genehmigungen									1									1
– davon Ablehnungen									0									0
neu (wegen Statuswechsel u. ä.)	0	23	17	7	0	2	4	0	12	6	7	0	6	0	0	0	12	96
– davon Genehmigungen		23	14	7		2	4		12	6	7		6				12	93
– davon Ablehnungen		0	3	0		0	0		0	0	0		0				0	3
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 4	0	0	2	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
– davon bestanden			2			1	3				1							7
– davon nicht bestanden			0			0	0				0							0
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	5	1	0	1	1	2	0	5	1	0	0	2	0	0	0	2	20
– davon bestanden		4	1		1	1	2		5	1			2				2	19
– davon nicht bestanden		1	0		0	0	0		0	0			0				0	1
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
– davon ohne Beanstandungen								5										5
– davon mit Beanstandungen								0										0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	4	14	1	7	0	4	k.A.	1	13	8	18	1	2	3	6	1	0	83
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN gemäß § 7 Abs. 2 (fakultativ)																		
geprüfte Ärzte	4	0	0	0	0	18	0	9	3	0	0	0	0	0	12	0	0	46
– davon Anforderungen erfüllt	4					18		9	3						12			46
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0					0		0	0						0			0
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN gemäß § 8																		
geprüfte Ärzte	4*	49	7	5*	1	2	**	2	5	1	8	1	18	2	8	3	3	119
– davon Anforderungen erfüllt	2	31	6	5	1	2		2	5	1	6	1	14	1	8	1	2	88
– davon Anforderungen nicht erfüllt	2	18	1	0	0	0		0	0	0	2	0	4	1	0	2	1	31
geprüfte Dokumentationen	48	584	84	50	12	24	**	24	60	12	96	12	216	24	96	36	36	1.414
– davon ohne Beanstandungen	24	456	72	50	0	24		24	59	12	88	11	168	20	94	9	33	1.144
– davon mit Beanstandungen	24	128	12	0	12	0		0	1	0	8	1	48	4	2	27	3	270
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	2	18	1	0	12	0	0	0	0	**	1	0	3	1	0	1	1	40
– davon ohne Beanstandungen	2	14	0		12						7)		8)	9)		1	0	29
– davon mit Beanstandungen	0	4	1		0						7)		8)	9)		0	1	6
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	**	0	0	1	0	2	0	0	6
– davon ohne Beanstandungen		3											0		2			5
– davon mit Beanstandungen		0											1		0			1
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Praxisbegehungen beziehen sich auch auf Genehmigungsverfahren, die 2020 nicht abgeschlossen wurden. ⁶⁾ Weitere 3 Stichproben wurden angefordert, wegen Pandemie nicht geprüft. ⁷⁾ Stellungnahmeverfahren: Arzt hat Genehmigung zurück gegeben. ⁸⁾ Stellungnahmeverfahren sind noch nicht abgeschlossen. ⁹⁾ Stellungnehmer hat Zulassung beendet, daher keine weitere Bearbeitung.

› SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG sQS

Oftmals werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor dieselben medizinischen Leistungen erbracht. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist deshalb per Gesetzgebung verpflichtet, neben den bereits bestehenden sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahren künftig vermehrt beziehungsweise grundsätzlich sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zu entwickeln.

Von 2010 bis 2018 war hierzu die Rahmen-Richtlinie des G-BA über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) in Kraft. Diese hat erste Voraussetzungen geschaffen, Behandlungsergebnisse der ambulanten und stationären Versorgung sektorenübergreifend zu erfassen und zu bewerten. Im Juli 2018 wurde eine nachfolgende Richtlinie beschlossen, welche nun auch die Überführung von bestehenden Verfahren der externen, stationären Qualitätssicherung der Krankenhäuser zu sektorgleichen Rahmenbedingungen ermöglicht.

Die „Richtlinie zur datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS RL“ trat am 1. Januar 2019 in Kraft und ersetzt die Vorgängerrichtlinie. Laufende Verfahren der Qesü-RL wurden – ohne wesentliche Veränderungen an den Abläufen und Inhalten – in diese neue Richtlinie überführt.

Seit dem 1. Januar 2021 sind auch die Verfahren der „Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)“ in die DeQS-Richtlinie überführt worden.

Diese QS-Verfahren werden maßgeblich vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelt und vom G-BA begleitet. Das IQTIG ist ebenfalls die sogenannte „Bundesauswertungsstelle“ für diese Verfahren, bei der alle erhobenen Daten zusammenfließen und analysiert werden. Die KVen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen haben auf Landesebene sogenannte Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) gegründet. Diese regionalen LAGen und ihre Fachkommissionen – bestehend aus Vertrags- und Krankenhausärzten und -ärztinnen sowie den jeweiligen Vertretungen der Krankenkassen und der Patienten und Patientinnen – haben die Aufgabe übernommen, die Ergebnisse der QS-Verfahren fachlich zu bewerten und über die Einleitung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu entscheiden.

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die Möglichkeit, sich in einer dieser Fachkommissionen der LAGen einzubringen, um mit ihrer jeweiligen Fachexpertise die Ergebnisse ihrer ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu beurteilen. Für die Mitarbeit in einer Fachkommission werden die zukünftigen Vertreterinnen und Vertreter durch ihre jeweilige KV vorgeschlagen und durch die LAG benannt. Des Weiteren steht es allen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen offen, in einem sogenannten Expertengremium beim IQTIG mitzuwirken. Diese Expertengremien unterstützen das IQTIG in der Weiterentwicklung von QS-Verfahren. Interessierte Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen finden auf der Website des IQTIG für jedes QS-Verfahren entsprechende Ausschreibungen und können sich hierauf bewerben.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/html/sqs.php

➔ <https://iqtig.org>

ENTWICKLUNG UND AUSWERTUNG VON QS-VERFAHREN – BETEILIGUNG VON ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN

LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT LAG

› BETEILIGUNG BEI FACHKOMMISSIONEN
Bewertung der Ergebnisse der Qualitätssicherung

INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN IQTIG

› BETEILIGUNG IM EXPERTENGREMIUM
Weiterentwicklung von QS-Verfahren



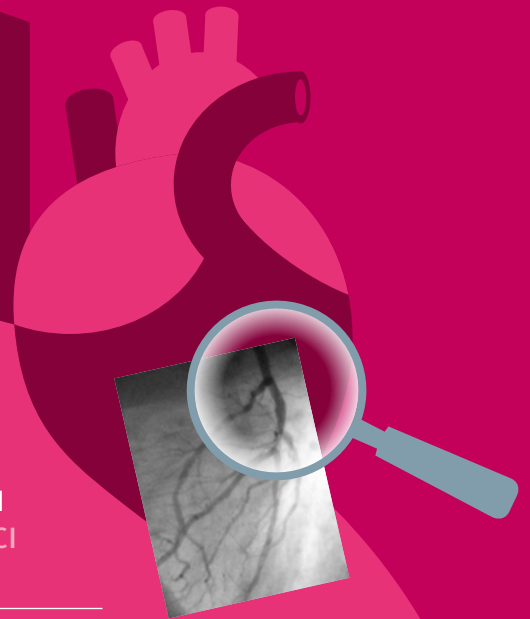
FACHKOMMISSIONEN LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT LAG

Bewertung der Ergebnisse der Qualitätssicherung



BEISPIEL

FACHKOMMISSION QS-VERFAHREN:
PERKUTANE KORONARINTERVENTION
UND KORONARANGIOGRAPHIE QS PCI



2 VERTRAGSÄRZTINNEN/
VERTRAGSÄRZTE UND
2 ÄRZTINNEN/ÄRZTE
ZUGELASSENER
KRANKENHÄUSER:

- ✓ Internistin/Internist
- ✓ Kardiologie (mind. 1 Ärztin/Arzt)
- ✓ Durchführung Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen (mind. 1 Ärztin/Arzt)

MINDESTENS 1 VERTRETERIN/
VERTRETER DER KRANKENKASSEN:

- ✓ Internistin/Internist

WENN MÖGLICH
1 VERTRETERIN/VERTRETER:

- ✓ Herzchirurgin/Herzchirurg

MITBERATENDE:

- ✓ max. 2 Personen Assistenzpersonal aus Herzkatheterlaboren
- ✓ max. 2 Interessenvertretende für Patientinnen und Patienten und für Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen
- ✓ im Einzelfall weitere Expertinnen oder Experten



AKTUELLE QS-VERFAHREN

- PERKUTANE KORONARINTERVENTION UND KORONARANGIOGRAPHIE (QS PCI)
- VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFektionen – POSTOPERATIVE WUNDINFektionen (QS WI)
- NIERENERSATZTHERAPIE BEI CHRONISCHEM NIERENVERSAGEN EINSCHLIESSLICH PANKREASTRANSPLANTATIONEN (QS NET)

ZUKÜNFTIGE QS-VERFAHREN

- AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE
- SCHIZOPHRENIE
- PROSTATAKARZINOM



PERKUTANE KORONARINTERVENTION UND KORONARANGIOGRAPHIE QS PCI

Die Koronarangiographie mit gegebenenfalls perkutaner Koronarintervention ist die erste Untersuchungs- und Behandlungsmethode, bei der Vertrags- und Krankenhausärzte und -ärztinnen nach denselben Qualitätssicherungsvorgaben bewertet werden.

Das Verfahren stützt sich auf zwei Datenquellen:

1. Qualitätssicherungsdokumentation durch die Ärztinnen und Ärzte sowie
2. Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen.

Die Daten beider Quellen werden von der Bundesauswertungsstelle zusammengeführt und ausgewertet. Auf dieser Basis erhalten die am Verfahren beteiligten Praxen und Krankenhäuser einen jährlichen Rückmeldebericht. Bei dem Verfahren gilt seit dem 1. Januar 2016 für alle invasiv tätigen Kardiologinnen und Kardiologen die Pflicht zur Datenerhebung und Übermittlung.

Ab Mitte 2022 ist zusätzlich eine Befragung der Patientinnen und Patienten geplant, an deren technischer Umsetzung das IQTIG im Auftrag des G-BA zurzeit arbeitet. Bei der Befragung sollen zufällig ausgewählte Betroffene, bei denen ein Herzkatheter-Eingriff durchgeführt wurde, Fragen zu ihrem Behandlungserfolg beantworten. Diese Daten sollen zukünftig in die Gesamtbewertung der Ergebnisse mit einfließen.

ERGEBNISSE 2019

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den G-BA freigegeben und veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2020 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2019 berücksichtigt werden. Die aktuellen Ergebnisse enthalten erstmalig die Auswertungen von zwei sozialdatenbasierten Indikatoren, rückwirkend für Indexeingriffe aus dem Jahr 2017. Die große zeitliche Verzögerung kommt zustande, da die Sozialdaten von der jeweiligen Krankenkasse erst nach abgeschlossener Abrechnung an die Bundesauswertungsstelle geliefert werden. Auf Basis der Sozialdaten wird für dieses Verfahren nun ausgewertet, wie hoch die 30-Tage-Sterblichkeit und die 1-Jahres-Sterblichkeit nach einer perkutanen Koronarintervention (PCI) im Jahr 2017 gewesen sind. Die Nutzung der Sozialdaten steht allerdings noch ganz am Anfang, da beispielsweise eine Risikoadjustierung fehlt und so die Ergebnisse nur eingeschränkt aussagekräftig und vergleichbar sind.

Aktuell werden die Ergebnisse zu 14 QS-datenbasierten Indikatoren des Erfassungsjahres 2019 sowie zwei sozialdatenbasierten Indikatoren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2017 vorgestellt. Durch die 2019 eingeführten Datenfelder „Körpergröße“ und „Körpergewicht“ konnte das IQTIG erstmalig eine Risikoadjustierung für die Indikatoren zum Dosis-Flächenprodukt durchführen, da bei einem höheren Body-Mass-Index (BMI) eine höhere Strahlendosis zur Röntgendiagnostik notwendig sein kann.

Für das Erfassungsjahr 2019 haben 255 Praxen beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und 961 Krankenhäuser sowie 19 selektivvertragliche Leistungserbringer Daten zu durchgeführten Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen geliefert. Die Auswertungsgrundlage beläuft sich auf über 800.000 Datensätze, davon 70.000 Datensätze von Vertragsärztinnen und -ärzten. Ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte erbrachten 7,2 Prozent der erfassten Koronarangiographien und 3,2 Prozent der perkutanen Koronarinterventionen (PCI), Belegärztinnen und -ärzte 1,2 Prozent der Koronarangiographien und 1,4 Prozent der perkutanen Koronarinterventionen (PCI).

FÄLLE UND PROZEDUREN NACH LEISTUNGSERBRINGERGRUPPE / ERFASSUNGSJAHR 2019

		Isolierte Koronar- angiographie	Isolierte PCI	Einzeitige PCI
Ambulant	VERTRAGSÄRZTE UND -ÄRZTINNEN	49.234	961	9.375
	KRANKENHAUS	33.859	65	1.181
Stationär	BELEGÄRZTE UND -ÄRZTINNEN	5.882	205	4.499
	KRANKENHAUS	418.924	27.055	282.071
SELEKTIVVERTRAGLICH TÄTIGE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN		2.179	113	599
BUND (GESAMT)		510.078	28.399	297.725

ZAHLEN PERKUTANE KORONARINTERVENTION UND KORONARANGIOGRAPHIE QS PCI

2019

**PRAXEN / MEDIZINISCHE
VERSORGUNGSZENTREN**
(INKL. BELEGÄRZTE UND -ÄRZTINNEN)

255
Einrichtungen

70.000
gelieferte
Datensätze

**SELEKTIVVERTRAGLICHE
LEISTUNGSERBRINGER**

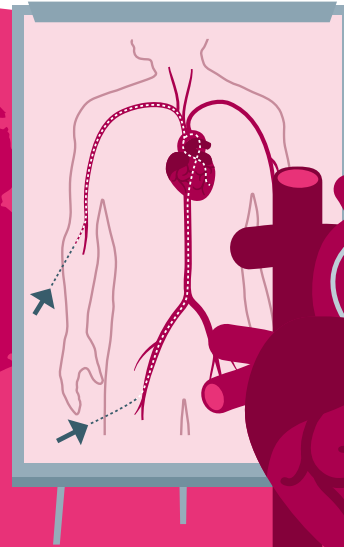
19
Einrichtungen

3.000
gelieferte
Datensätze

KRANKENHÄUSER

961
Einrichtungen

728.000
gelieferte
Datensätze



INDIKATOREN

**INDIKATION ZUR ISOLIERTEN
KORONARANGIOGRAPHIE
– ANTEIL OHNE
PATHOLOGISCHEN BEFUND**

ERGEBNISSE

Referenzbereich $\leq 56,36\%$

31,88 % 34,2 % 28,92 % 31,1 %

QUALITÄTSZIELE

Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein

**ISOLIERTE
KORONARANGIOGRAPHIEN
MIT DOSIS-FLÄCHEN-PRODUKT
ÜBER 2.800 CGY X CM²**

Referenzbereich $\leq 2,30$ (95. Perzentil)

0,66 0,70 0,49 1,09

Möglichst niedriger Anteil an isolierten Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²

**EINZEITIG-PCI MIT
KONTRASTMITTELMENGE
ÜBER 250 ML**

Referenzbereich $\leq 28,96\%$ (95. Perzentil)

7,85 % 10,5 % 4,33 % 12,66 %

Möglichst niedriger Anteil an einzeitigen PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml

VERTRAGSÄRZTE
UND -ÄRZTINNEN

KRANKENHAUS
AMBULANT

BELEGÄRZTE
UND -ÄRZTINNEN

KRANKENHAUS
STATIONÄR

DREI AUSGEWÄHLTE
INDIKATOREN
ERGEBNISSE AUS 2019

Die Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse des auf QS-Daten basierenden Indikators „Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI“. Das Qualitätsziel ist hier, dass das zuvor verengte Gefäß durch die Ballondilatation erweitert werden kann und sich der Blutfluss nach der Intervention normalisiert. Die Ergebnisse für diesen Indikator liegen bereits seit mehreren Jahren (vgl. 2018: 94,20 Prozent) auf einem hohen, sehr zufriedenstellenden Niveau. Bei 94,45 Prozent der Patienten und Patientinnen konnte 2019 durch den Eingriff mittels PCI ein normaler Blutfluss wiederhergestellt werden. Der Mindestwert oder Referenzbereich zeigt hierbei an, wie viel Prozent der gesamten Eingriffe mindestens das Qualitätsziel erreichen müssen, damit das Ergebnis einer Einrichtung nicht rechnerisch auffällig wird.

Die Abbildung 2 zeigt das Ergebnis des Indikators „Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml“ für das Erfassungsjahr 2019. Bei Qualitätsindikatoren, die die Kontrastmittelmengen messen, ist das Qualitätsziel immer, dem Patienten so wenig Kontrastmittel wie möglich während des Eingriffs zu injizieren. Bei dem dargestellten Indikator sollen nach Möglichkeit weniger als 150 ml Kontrastmittel verabreicht werden. Das Bundesergebnis für das Jahr 2019 fällt auch hier positiv aus: Nur bei 5,43 Prozent aller Patienten wurden mehr als 150 ml Kontrastmittel injiziert. Der Höchstwert von 12,75 Prozent wurde hierbei weit unterschritten, was einen Beweis für eine sehr gute Qualität darstellt.

Zum Erfassungsjahr 2019 erfolgte eine Anpassung der Rechenregeln für den Qualitätsindikator „Objektive, nicht invasive Ischämiezeichen als Indikator zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“, weshalb die Ergebnisse von 2019 nicht mit den Ergebnissen des Vorjahres vergleichbar sind. Zudem können die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt aufgrund der erstmaligen Risikoadjustierung nicht mit denen der Vorjahre verglichen werden. Für fast alle berichteten Qualitätsindikatoren gilt, dass es für das Jahr 2019 eine tendenzielle Verbesserung der Ergebnisse im Vergleich

zum Vorjahr gab. Dabei ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit zwischen zwei Erfassungsjahren immer nur zum Teil gegeben sein kann. Dies beruht darauf, dass es im Zeitverlauf Änderungen bei den Datenlieferungen geben kann, dass neue Datengrundlagen hinzukommen oder aber im Rahmen der Verfahrenspflege auch Änderungen am Dokumentationsbogen beziehungsweise Anpassungen an der Berechnung des Qualitätsindikators durch das IQTIG vorgenommen werden können. Aufgrund der noch wenig belastbaren Ergebnisse und der mangelnden Vergleichbarkeit werden in diesem Bericht für das Erfassungsjahr 2019 keine detaillierteren Ergebnisse der einzelnen Indikatoren im Leistungserbringervergleich (ambulant vertragsärztlicher Bereich – ambulant am Krankenhaus; stationär belegärztlicher Bereich – stationär am Krankenhaus) dargestellt. Es zeigt sich jedoch, dass bis auf wenige Ausnahmen die Belegärzte und -ärztinnen bessere Ergebnisse erzielen als der stationäre Bereich im Krankenhaus. Beispielsweise erreichte die Belegärzteschaft öfter das geforderte Qualitätsziel bei einer PCI, definiert als erfolgreiche Weitung des betroffenen Herzkranzgefäßes zur Wiederherstellung des Blutflusses, als Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern. Nur in drei von 14 Indikatoren liegen sie etwas unter beziehungsweise über den QS-Ergebnissen der Krankenhäuser. Auch die QS-Ergebnisse der Vertragsärzte und Vertragsärztinnen lassen sich mit denen des ambulanten Bereichs am Krankenhaus messen. Bis auf wenige Ausnahmen haben die Vertragsärzte und -ärztinnen ambulant gleich gute oder bessere Ergebnisse erzielt.

Die Ergebnisse des Indikators zur Messung der Nierenfunktion liegen in den vergangenen Jahren auf einem gleichbleibend hohen Niveau, was bedeutet, dass die Messung der Nierenfunktion nach Kontrastmittelgabe bei nahezu allen Patientinnen und Patienten wie gefordert standardmäßig durchgeführt wird. Dieses gute Ergebnis zeigt, dass es an dieser Stelle kein Qualitätsdefizit gibt, sodass der Indikator ab dem Erfassungsjahr 2020 gestrichen wird.

ABBILDUNG 1

QI „ERREICHEN DES WESENTLICHEN INTERVENTIONSZIELS BEI PCI“

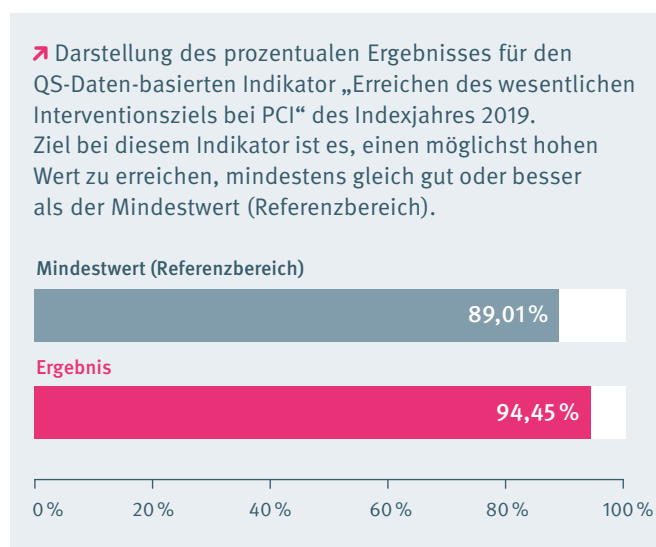
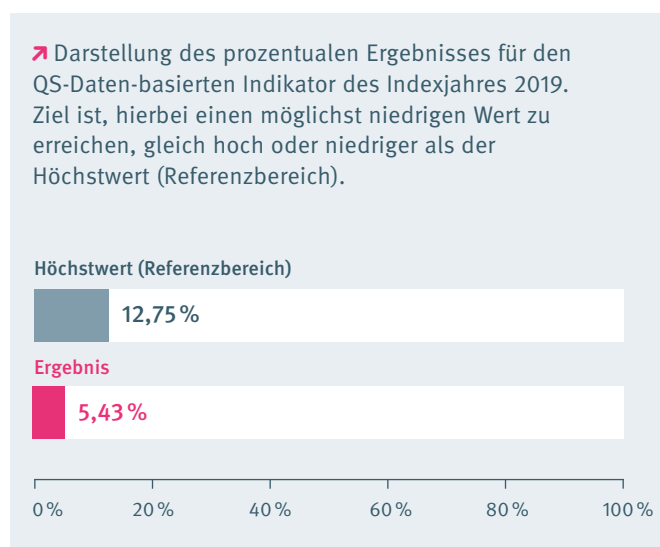


ABBILDUNG 2

QI „ISOLIERTE KORONARNANGIOGRAPHIEN MIT KONTRASTMITTELMENGE ÜBER 150 ML“



STELLUNGNAHMEVERFAHREN DER ERGEBNISSE 2018

Neben den Ärztinnen und Ärzten erhalten auch die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), welche sich aus ambulant und stationär tätigen Fachexpertinnen und -experten aus dem jeweiligen Bundesland zusammensetzen, die Ergebnisse, um diese fachlich zu bewerten. Bei „rechnerischen“ Auffälligkeiten kann ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden, in dem der Arzt die Möglichkeit hat, die auffälligen Ergebnisse seiner Einrichtung zu erläutern. Wenn sich diese klären lassen, ist das Stellungnahmeverfahren beendet. Sollten sich die rechnerischen Auffälligkeiten nicht klären lassen, werden diese als „qualitative“ Auffälligkeiten eingestuft. In Folge können für den Vertragsarzt qualitätsfördernde Maßnahmen festgelegt werden, um die detektierten Qualitätsdefizite zu beseitigen.

Für das Verfahren QS PCI wurde durch die Fachkommissionen von insgesamt 909 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern beziehungsweise Betriebsstätten für 580 (64 Prozent) ein Stellungnahmeverfahren empfohlen. Dies stellt eine deutliche Verbesserung dar: Im Jahr 2018 wurden noch 1.016 auffällige Betriebsstätten detektiert und 681 Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Für das gesamte Verfahren QS PCI stuften die Fachkommissionen von den insgesamt 544 durchgeführten Stellungnahmeverfahren 187 als qualitativ auffällig in mindestens einem Qualitätsindikator ein. Für 38 Krankenhäuser beziehungsweise Betriebsstätten wurde die Weiterführung der qualitätsfördernden Maßnahmen empfohlen. Für insgesamt 36 der 38 durch die Fachkommissionen für Maßnahmen empfohlenen Krankenhäuser beziehungsweise Betriebsstätten wurden durch die LAG weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen initiiert. Es wurde für das Erfassungsjahr 2018 für kein Krankenhaus beziehungsweise keine Betriebsstätte eine sanktionierende Maßnahme, wie zum Beispiel Vergütungsabschlüsse, eingeleitet.

➤ VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN: POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN QS WI

Am 1. Januar 2017 beziehungsweise 1. Januar 2018 starteten die beiden Abschnitte des zweiten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“. In der vertragsärztlichen Versorgung sind rund 8.000 operativ tätige Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise 5.000 Einrichtungen der Fachrichtungen Chirurgie / Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe beteiligt.

Das Verfahren basiert auf zwei Abschnitten:

Im ersten Abschnitt werden postoperative Wundinfektionen, die zur stationären Aufnahme geführt haben, im Krankenhaus erfasst. Durch eine Verknüpfung dieser Daten mit Sozialdaten, die den Krankenkassen als Abrechnungsdaten vorliegen, ist es möglich, diese Wundinfektionen zurückzuverfolgen und festzustellen, wo der ambulante oder stationäre Initialeingriff erfolgt ist. Somit werden Wundinfektionen ohne QS-Dokumentation im ambulanten Bereich auch sektorenübergreifend zurückverfolgt, zurückgespiegelt und können gegebenenfalls zu Qualitätssicherungsmaßnahmen führen. Aufgrund der langen Lieferfristen der Sozialdaten können die ersten Auswertungen zu gegebenenfalls aufgetretenen postoperativen Wundinfektionen den jeweiligen Operateurinnen und Operateuren erst nach circa zwei Jahren zurückgemeldet werden. Aufgrund der unzureichenden Quantität und Qualität der Sozialdaten liegen bislang noch keine Ergebnisse zu den aufgetretenen postoperativen Wundinfektionen vor.

Im zweiten Abschnitt werden operierende Ärztinnen und Ärzte in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern verpflichtet, einmal jährlich Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement in ihrer Einrichtung zu beantworten – erstmalig im ersten Quartal 2018. Die Befragung bezieht sich immer auf das vorangegangene Jahr.

Zwei Fragebögen stehen zur Verfügung:

.....
„AMBULANTER FRAGEBOGEN“
für ambulante Praxen und
den ambulanten Bereich am Krankenhaus
.....

„STATIONÄRER FRAGEBOGEN“
für die belegärztlich Tätigen und
den stationären Bereich am Krankenhaus
.....

Aufgrund der komplexen Zusammenführung der stationär und ambulant erhobenen Daten mit Sozialdaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten, wurde zunächst eine sogenannte Erprobungs-Richtlinie auf den Weg gebracht, die für einen Zeitraum von fünf Jahren gilt. Während dieser Erprobungsphase wird das sQS-Verfahren auf Basis von Hinweisen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie durch den regelmäßigen Einbezug von Fachexpertinnen und -experten stetig überarbeitet und weiterentwickelt.

G-BA-BESCHLUSS ZUR AUSSETZUNG DER GESAMTEN QS-DOKUMENTATIONEN

Im Oktober 2020 stellte das IQTIG zum wiederholten Mal für das gesamte QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ einen umfangreichen Weiterentwicklungs- und Anpassungsbedarf fest und empfahl, die QS-Dokumentation des Verfahrens für die Überarbeitungszeit auszusetzen. Aufgrund der konstant bestehenden Umsetzungsschwierigkeiten – insbesondere in der einrichtungsbezogenen Dokumentation – folgte der G-BA der Empfehlung des IQTIG. Am 17. Dezember 2020 beschloss der G-BA einvernehmlich die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 auszusetzen. Zusätzlich entfällt für die Krankenhäuser, die nur dort erforderliche, fallbezogene QS-Dokumentation als auch die Sozialdatenlieferung der Krankenkassen für das Kalenderjahr 2021. Aufgrund der Aussetzung verlängert sich der ursprünglich fünfjährige Erprobungszeitraum um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2022.

ERGEBNISSE 2019

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den G-BA freigegeben und veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2020 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2019 berücksichtigt werden. Für das Berichtsjahr 2019 war ursprünglich zum ersten Mal eine Auswertung der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen vorgesehen. Aufgrund relevanter Lücken in der Vollständigkeit und Vollständigkeit der Sozialdaten von den Krankenkassen werden die Anzahl an postoperativen Wundinfektionen nach derzeitiger Einschätzung des IQTIG erstmals im Berichtsjahr 2021 an die Ärztinnen und Ärzte berichtet werden.

Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation war bislang durch das IQTIG noch keine Meldung zur Sollstatistik festgelegt. Somit kann nicht nachvollzogen werden, welche Einrichtungen beziehungsweise Leistungserbringer zur Abgabe eines Dokumentationsbogens im Erfassungsjahr 2019 verpflichtet waren. Laut empirischer Prüfung zu diesem Verfahren wird erwartet, dass für circa 1.200 bis 1.300 Krankenhäuser und circa 5.000 Praxen, MVZ und ermächtigte Ärztinnen und Ärzte eine Dokumentationspflicht besteht. Die geschätzte Vollständigkeit aller kollektivvertraglichen Datensätze (Praxen, MVZ, ermächtigte Ärzte) der ambulanten Einrichtungsbefragung lag für das Erfassungsjahr 2018 bei circa 47 Prozent, aufgrund der sinkenden Akzeptanz bei den Ärztinnen und Ärzten sank die Teilnahme an der Einrichtungsbefragung im Erfassungsjahr 2019 auf nur 42 Prozent. Obwohl mehr Bundesländer ambulante QS-Daten für das Erfassungsjahr 2019 übermittelt haben, gingen insgesamt im dritten Jahr der Datenerfassung weniger Datensätze von vertragsärztlichen Leistungserbringern beim IQTIG ein. Für die stationären Leistungserbringer lag die geschätzte Vollständigkeit der

übermittelten Datensätze (ambulante Einrichtungsbefragung) für das Erfassungsjahr 2018 bei circa 49 Prozent und für das Erfassungsjahr 2019 bei 51 Prozent (siehe Abbildung unten).

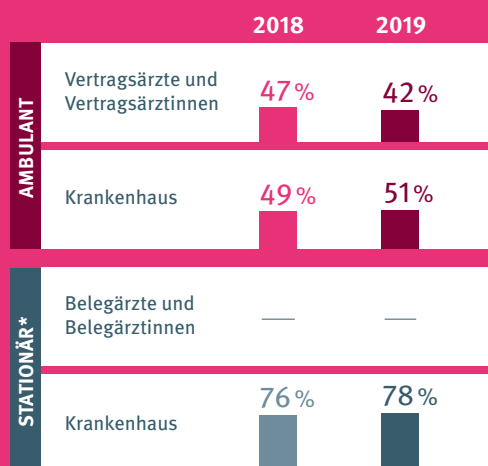
Einrichtungsbefragung für Belegärzte bis 2020 ausgesetzt

Der G-BA hat am 17. Januar 2019 beschlossen, die einrichtungsbezogene Dokumentation für belegärztliche Leistungen bis einschließlich 2020 auszusetzen. Das IQTIG hat die technischen Vorgaben zwischenzeitlich weiterentwickelt, sodass sich die Belegärztinnen und Belegärzte ab dem Erfassungsjahr 2021 entweder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation des kooperierenden Krankenhauses technisch aufwandsarm anschließen oder Fragen gezielt für das eigene Hygiene- und Infektionsmanagement beantworten können. Der Plenumsbeschluss trat am 4. November 2019 in Kraft.

Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Daten von stationären und ambulanten Einrichtungen 2019

Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement sind sogenannte Indexindikatoren, die sich ursprünglich aus zwölf Kennzahlen zusammensetzten. Bereits im Erfassungsjahr 2018 wurden drei Kennzahlen aus der Berechnung des Indikators herausgenommen, da die Fragen unscharf formuliert waren und bei der Auswertung einen zu großen Interpretationsspielraum zuließen. Diese drei Kennzahlen gehen auch bei der Auswertung der Ergebnisse 2019 nicht in die Berechnung des Indikators mit ein und werden nur als sogenannte „Transparenzkennzahl“ an die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zurückgespiegelt. Die jeweils neun Kennzahlen der beiden Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement gehen gleichgewichtet in die Berechnung des jeweiligen Indikators ein. Erreicht ein Leistungserbringer in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten.

VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFektionen / POSTOPERATIVE WUNDINFektionen › VOLLZÄHLIGKEIT EINRICHTUNGSBEZOGENER DATEN



Prozentuale Vollständigkeit der einrichtungsbezogenen Daten der Erfassungsjahre 2018 und 2019. Die Sollzahlen sind für den vertragsärztlichen Bereich eigene Berechnungen der KBV, für die Krankenhäuser sind diese der empirischen Prüfung: Vermeidung nosokomialer Infektionen-postoperative Wundinfektionen vom AQUA-Institut entnommen.

* Für die Erfassungsjahre 2018 bis 2020 wurde die QS-Dokumentation für die Belegärzte ausgesetzt.

Im bundesweiten Mittelwert wurde im Erfassungsjahr 2019 für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein Wert von 77,07 von 100 Punkten (2018: 74,69 von 100 Punkten) erreicht. Der Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ erreicht ein Ergebnis von 82,35 von 100 Punkten (2018: 81,01 von 100 Punkten). In beiden Jahren liegen die Ergebnisse des ambulanten Indikators unter dem des stationären (Abbildung 1 und 2 – QI „Hygiene und Infektionsmanagement“).

Aufgrund der Streichung von drei Kennzahlen sind nur neun Kennzahlen für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ für den Vergleich der beiden Erfassungsjahre 2018 und 2019 verwendbar. Insgesamt gab es eine geringfügige Verbesserung. Die Durchschnittswerte der einzelnen Kennzahlen im ambulanten (sowie im stationären Bereich) liegen im Vergleich zum Vorjahr etwas höher (siehe Abbildung 3 – Neun Kennzahlen des Indikators).

Aufgrund der massiven Herausforderungen in diesem Verfahren und der mangelnden Vergleichbarkeit werden in diesem Bericht für das Erfassungsjahr 2019 keine detaillierteren Ergebnisse der einzelnen Indikatoren im Leistungserbringervergleich (ambulant Vertragsärzte – ambulant am Krankenhaus; stationär Belegärzte – stationär am Krankenhaus) dargestellt. Es zeigt sich jedoch im Vergleich der beiden Gruppen „Vertragsärzte ambulant“ und „Krankenhäuser ambulant“ für das Erfassungsjahr 2019 ein heterogenes Bild der Punktverteilung der neun Kennzahlen. In acht Themenbereichen schneidet der ambulante Bereich am Krankenhaus etwas besser ab als der vertragsärztliche Bereich. Nur bei der Teilnahme an ärztlichen Fortbildungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie liegt der Punktwert im vertragsärztlichen Bereich über dem des ambulanten Bereichs an Krankenhäusern, dennoch wird hier gerade einmal die Hälfte der möglichen Punktzahl (100 Punkte) erreicht.

QI „HYGIENE- UND INFECTIOMANAGEMENT“

➤ Darstellung des Indikators zum ambulanten und stationären Hygiene- und Infektionsmanagement 2019 mit Referenzbereich. Die Indexindikatoren setzen sich aus den jeweils neun Kennzahlen zusammen.

ABBILDUNG 1
AMBULANTE EINRICHTUNGEN

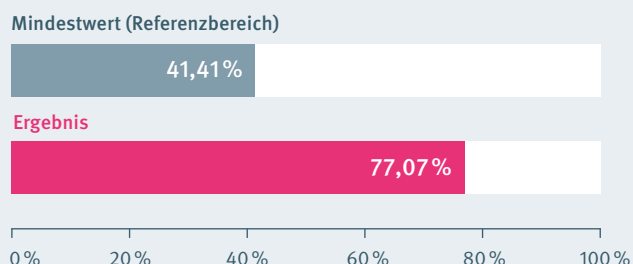
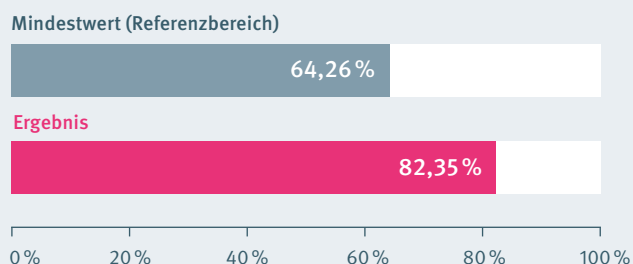


ABBILDUNG 2
STATIONÄRE EINRICHTUNGEN



NEUN KENNZAHLEN DES INDIKATORS

➤ Vergleichende Darstellung von neun Kennzahlen des ambulanten Indikators „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ über die Erfassungsjahre 2018 und 2019. Unter ambulante Einrichtungen werden die Datensätze der ambulant tätigen Vertragsärzte als auch der ambulante Bereich am Krankenhaus summiert.

ABBILDUNG 3
AMBULANTE EINRICHTUNGEN



Somit ergibt sich bundesweit betrachtet auch für das dritte Erfassungsjahr insbesondere für die Vertragsärzte, allerdings auch für Krankenhäuser, ein Potenzial zur Qualitätsförderung für folgende Themenbereiche:

.....
**Vorhalten einer Leitlinie zur perioperativen
Antibiotikaphylaxe beziehungsweise**

.....
Vorhalten einer Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie

.....
Geeignete Haarentfernung vor operativen Eingriffen

.....
**Teilnahme an Informationsveranstaltungen für Ärzte
und Ärztinnen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie**
.....

STELLUNGNAHMEVERFAHREN DER ERGEBNISSE 2018

Parallel zur Versendung der Rückmeldeberichte an die Ärzte und Krankenhäuser gehen die Auswertungen auch an die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) zu den sogenannten Fachkommissionen – ambulant und stationär tätige Fachexperten und -expertinnen aus dem jeweiligen Bundesland –, welche die Ergebnisse fachlich bewerten. Bei „rechnerischen“ Auffälligkeiten kann ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden, in dem der Arzt oder die Ärztin die Möglichkeit hat, die rechnerisch auffälligen Ergebnisse seiner Einrichtung zu erläutern. Wenn sich diese klären lassen, ist das Stellungnahmeverfahren beendet. Sollten sich die rechnerischen Auffälligkeiten nicht klären lassen, werden diese als „qualitative“ Auffälligkeiten eingestuft. In Folge können für den Vertragsarzt beziehungsweise die Vertragsärztin zunächst Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1) festgelegt werden, um die detektierten Qualitätsdefizite zu beseitigen. Eine solche Maßnahme kann gemäß § 17 Abs. 3 DeQS-RL beispielsweise die Teilnahme an einem Qualitätszirkel, einer Fortbildung oder die Implementierung von Handlungsempfehlungen sein.

Für den ambulanten Bereich (vertragsärztlich und ambulant am Krankenhaus) wurden auf Basis von 124 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten 88 schriftliche Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Insgesamt wurden 45 Einrichtungen als qualitativ auffällig eingestuft und anschließend 17 qualitätsfördernde Maßnahmen der Stufe 1 für den ambulanten Bereich eingeleitet. Für den stationären Bereich (stationär am Krankenhaus) wurden auf Basis von 38 rechnerischen Auffälligkeiten 28 schriftliche Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Insgesamt wurden vier Einrichtungen als qualitativ auffällig eingestuft und eine Maßnahme der Stufe 1 empfohlen.

WEBPORTAL FÜR DIE EINRICHTUNGSBEFRAGUNG

Die einbezogenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können seit Beginn der Dokumentationspflicht kostenfrei über eine Software der KVen dokumentieren. Alle Fragen des ambulanten Fragebogens sind mit einer webbasierten Ausfüllhilfe auf der KBV-Webseite verlinkt. Darin enthalten sind kurze Erläuterungen zu den einzelnen Fragen, weiterführende Linktipps und passgenaue Musterdokumente, die spezifisch auf die Anforderungen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zielen. Des Weiteren bietet die KBV auf ihrer sQS-Webseite zwei zertifizierte Fortbildungen an: Eine Fortbildung im Fortbildungsportal der KBV behandelt den Themenkomplex „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“. Eine zweite Online-Fortbildung erläutert kurz und verständlich die aktuelle Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur „Prävention postoperativer Wundinfektionen“. Entwickelt wurde die Fortbildung von der KBV, dem Kompetenzzentrum für Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärzteblatt ist die Online-Fortbildung auf der Fortbildungswebseite des Deutschen Ärzteblatts (ÄB) veröffentlicht.



Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene sQS-Wundinfektion



SERVICEANGEBOTE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG AUF DER KBV-WEBSEITE

- Webbasierte Ausfüllhilfe
- Musterdokumente auf der Hygiene-Webseite der KBV
- Online-Fortbildung zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie
- ÄB Online-Fortbildung KRINKO-Empfehlung „Prävention postoperative Wundinfektionen“

Mehr Infos unter:

➤ www.kbv.de/html/themen_26421.php

› NIERENERSATZTHERAPIE BEI CHRONISCHEM NIEREN- VERSAGEN EINSCHLIEßLICH PANKREASTRANSPLANTATIONEN QS NET

Zum 1. Januar 2020 wurden zwei Bereiche der sektoralen Qualitätssicherung in einem neuen sektorenübergreifenden Verfahren zusammengeführt. Dieses Verfahren zur Qualitätssicherung der Nierenersatztherapie enthält Indikatoren zur dauerhaften Dialysetherapie sowie zur Versorgung während und nach einer Nieren- und / oder Pankreastretransplantation.

Hierfür wurden die ehemaligen Regelungen des G-BA „Sicherung der Qualität von Dialysebehandlungen (QSD-RL)“ und „Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) – Leistungsbereich Nieren- sowie Nieren- und Pankreastretransplantation“ abgelöst und in das neue sQS-Verfahren überführt.

Ziel des Verfahrens ist es, die Kooperation zwischen Dialyseinrichtungen und Transplantationszentren zu fördern sowie die Rate an Komplikationen, Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen von Dialyse und Organtransplantation zu verringern. Datenquellen der Qualitätsindikatoren sind die fallbezogenen Dokumentationen der Ärzte und Ärztinnen sowie Sozialdaten, die den Krankenkassen als Abrechnungsdaten vorliegen. Diese Daten werden insbesondere genutzt, um den Behandlungsverlauf eines chronischen Nierenversagens über fünf beziehungsweise zehn Jahre erfassen und darstellen zu können (Follow-up-Indikatoren). Eine Patientenbefragung wird aktuell entwickelt und steht voraussichtlich ab 2023 für den Einsatz im QS-Verfahren zur Verfügung.

Erste Ergebnisse auf Basis einer bundesweiten Auswertung zu den Indikatoren der Dialyse werden im Herbst 2022 erwartet.

AUSBLICK SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG sQS

Bereits seit dem Jahr 2012 beschäftigt sich der G-BA intensiv mit psychischen Erkrankungen und strebt eine Verbesserung der Versorgung und eine Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in diesem Bereich an. Seit 2014 wird an einem Qualitätssicherungsverfahren für volljährige Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen gearbeitet. 2016 veröffentlichte das AQUA-Institut dazu den ersten Bericht. Aufgrund von Veränderungen in den Leitlinien und den Bestrebungen, Patientinnen und Patienten ein besseres Gehör zu verschaffen, veröffentlichte der G-BA 2019 eine aktualisierte Version des ersten Abschlussberichts und einen Bericht zum Thema Patientenbefragung – beide erstellt durch das IQTIG. Die geplante Erprobung des Verfahrens im Jahr 2020 musste wegen des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie seitens des IQTIG verschoben werden. 2021 fand von Mitte Mai bis Ende Dezember die lang erwartete Machbarkeitsprüfung statt. Bei Einhaltung der bisher bekannten Fristen kann mit der flächendeckenden Ausrolung des Qualitätssicherungsverfahrens Schizophrenie ab 2023 gerechnet werden.

Auch in der ambulanten Psychotherapie soll es künftig ein Qualitätssicherungsverfahren geben. Entwickelt werden soll ein sektorspezifisches Verfahren für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die eine Kurz-, Langzeit- oder Gruppentherapie in einem der vier Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenspsychotherapie oder Systemische Therapie) in Anspruch nehmen. Das QS-Verfahren soll unabhängig von der Diagnose und vom Therapieverfahren anwendbar sein. Neben Prozessindikatoren sollen für dieses Verfahren auch Indikatoren zur Struktur- und Ergebnisqualität erarbeitet werden. Außerdem soll es neben einer klassischen QS-Dokumentation durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin auch eine Patientenbefragung geben. Für die Implementierung dieses QS-Verfahrens gibt das SGB V in § 136a Abs. 2a mit dem 31. Dezember 2022 eine gesetzliche Frist vor. Da es auch in diesem Verfahren bereits zu Verzögerungen kam, ist es allerdings fraglich, ob diese Frist gehalten werden kann.

Am 16. April 2020 hat der G-BA die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zum Lokal begrenzten Prostatakarzinom beauftragt. Neu ist, dass erstmals die Klinischen Krebsregister der Länder in ein Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung eingebunden werden. Dadurch entstehen Synergieeffekte, weil ein Teil der Daten, die die Arztpraxen und Krankenhäuser an die Krebsregister senden, nun auch unter dem Blickwinkel und den Möglichkeiten der externen Qualitätssicherung betrachtet werden kann. Zu dem methodisch anspruchsvollen Vorgehen haben die KBV und andere berechnigte Organisationen im Frühjahr 2021 im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens beim IQTIG Stellung genommen. Mit einem Verfahrensstart ist ab 2023 zu rechnen.

Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2019, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 01.07.2013

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

FREQUENZREGELUNG: Voraussetzung zur Abrechnung der Pauschale sind im Behandlungsfall mindestens drei Kontakte je Quartal, davon mindestens ein Kontakt durch eine Person der in diesem Bereich kooperierenden komplementären Berufe (zum Beispiel Heilpädagogik); Obergrenze von 400 Behandlungsfällen im Quartal für den ersten Arzt oder die erste Ärztin je Praxis, für jeden weiteren Arzt oder jede weitere Ärztin gilt die Obergrenze von 320, regionale Versorgungsdefizite erlauben Abweichungen

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Gewährleistung der interdisziplinären Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste; kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung der Patientinnen und Patienten beteiligten Ärzten und Ärztinnen, gegebenenfalls konsiliarische Beratung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: regelmäßige, mindestens einmal im Monat stattfindende patientenorientierte Fallbesprechungen, unter Einbeziehung der komplementären Berufe (Kooperationen)



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
	4)										5)					6)			
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	82	139	60	22	11	49	43	11	123	140	39	8	23	11	36	18	84	899	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	82	146	57	22	10	49	46	11	128	153	40	7	23	12	33	19	89	927	
beschiedene Anträge ²⁾	8	21	64	0	0	2	5	0	16	11	5	0	1	3	0	2	6	144	
– davon Genehmigungen	8	21	64			2	5		16	11	5		0	3		2	6	143	
– davon Ablehnungen	0	0	0			0	0		0	0	0		1	0		0	0	1	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	11	8	0	0	3	k. A.	0	14	0	4	1	0	2	1	1	0	45	

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 5 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 3 Erstgenehmigungen. ⁶⁾ Davon 5 Neuanträge.

› SOZIOThERAPIE

✓ 2.838 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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



AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Nachweis organisatorischer Anforderungen

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Erstellen eines mit dem
verordnenden Arzt oder der verordnenden Ärztin und dem Patienten oder
der Patientin abgestimmten Behandlungsplans; Koordination der
Behandlungsmaßnahmen und Leistungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								5)			6)						
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2019	549	283	185	33	78	59	79	53	94	202	220	70	244	133	79	30	146	2.537
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2020	573	304	195	33	85	66	102	61	99	241	241	82	288	132	89	29	218	2.838
beschiedene Anträge ²⁾	55	42	31	1	8	12	25	10	10	48	49	12	54	8	20	0	76	461
– davon Genehmigungen	55	42	31	1	8	12	25	10	10	48	49	12	54	8	15		74	454
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5		2	7
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	21	15	1	0	4	k. A.	2	0	9	28	1	10	9	5	1	2	108

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 25 Neugenehmigungen, zusätzlich 41 PT, davon im Berichtsjahr 18 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 7 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 34 Erstgenehmigungen.

STOßWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

✓ 1.113 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

§



AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin
KOLLOQUIUM: gegebenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)							5)				6)						
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	155	275	11	10	23	23	63	15	126	143	64	24	25	23	32	12	118	1.142
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	153	263	11	10	23	18	65	14	124	143	57	25	23	24	31	12	117	1.113
beschiedene Anträge ²⁾	3	47	2	0	0	1	13	0	4	4	1	1	0	1	1	0	8	86
– davon Genehmigungen	3	28	2			1	13		4	4	1	1		1	1		8	67
– davon Ablehnungen	0	19	0			0	0		0	0	0	0		0	0		0	19
Kolloquien (Antragstellung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	3	2	0	0	1	k.A.	1	6	4	8	0	2	0	2	0	29	58

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 7 Erstanträge. ⁵⁾ Davon 1 Erstantrag. ⁶⁾ Keine Neuanträge.

› STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE

› KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK:

✓	20.359	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	216	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	2.592	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

› COMPUTERTOMOGRAPHIE:

✓	5.142	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	64	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	768	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

› OSTEODENSITOMETRIE:

✓	1.285	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
---	-------	-------------------------------------

› STRAHLENTHERAPIE:

✓	1.281	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
---	-------	-------------------------------------

› NUKLEARMEDIZIN:

✓	1.312	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
---	-------	-------------------------------------

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: 01.01.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung (Osteodensitometrie: vor 2003) erlangt wurde

› **konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie:** gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

› **konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

› **konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie:** Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:

jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen an Partner des Bundesmantelvertrags

› **konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie:** jährliche Auswertung der Stichprobenprüfungen an G-BA

BERATUNG:

› **konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in den Stichprobenprüfungen



► KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		6), 7)	8)	9)	10)	10), 12)	10)	10), 13)	8), 14)	10), 15)	6), 16)	10)	10)	10)	10)	10), 17)	

✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 5

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	2.600	3.282	774	473	279	503	1.401	415	2.006	2.752	944	318	967	494	666	506	2.268	20.648
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	2.607	3.282	767	460	266	488	1.382	410	2.007	2.524	924	315	940	472	664	503	2.348	20.359
beschiedene Anträge ²⁾	277	4.996	299	18	14	58	286	20	283	137	125	25	67	22	47	29	533	7.236
– davon Genehmigungen	266	4.867	289	18	14	56	286	20	274	137	125	24	67	19	42	29	511	7.044
– davon Ablehnungen	11	129	10	0	0	2	0	0	9	0	0	1	0	3	5	0	22	192
Kolloquien (Antragsverfahren)	40	0	3	0	0	18	1	0	5	0	18	0	0	11	20	0	21	137
– davon bestanden	37		3			17	1		5		18			7	19		21	128
– davon nicht bestanden	3		0			1	0		0		0			4	1		0	9
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	⁵⁾	0	0	1	0	1	0	0	1	3	0	4	0	0	3	0	0	13
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	⁵⁾	169	73	30	0	69	k.A.	25	151	126	145	19	94	22	41	32	32	1.028

■ STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfungsfang

abrechnende Ärzte	2.311	3.031	695	399	222	472	1.118	343	1.749	2.524	820	232	839	314	602	425	1.782	17.878
geprüfte Ärzte	26 *	63	3 *	**	5	10	0	5	37	**	16	6	22	**	13	10	**	216
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	26	63	3		5	10		5	37		16	6	20		7	10		208
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2	0	0	0		0	0		0	0		0	0	2		6	0		8
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	1,1 *	2,1	0,4 *	**	2,3	2,1	0,0	1,5	2,1	**	2,0	2,6	2,4	**	1,2	2,4	**	18)

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	24	34	3		5	¹¹⁾		1	23		12	5	16		5	9		137
– geringe Beanstandungen	2	18	0		0	¹¹⁾		2	11		3	1	4		2	1		44
– erhebliche Beanstandungen	0	4	0		0	¹¹⁾		0	3		0	0	0		0	0		7
– schwerwiegende Beanstandungen	0	7	0		0	¹¹⁾		2	0		1	0	0		0	0		10
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen													1		2			3
– geringe Beanstandungen													1		3			4
– erhebliche Beanstandungen													0		1			1
– schwerwiegende Beanstandungen													0		0			0

► Fortsetzung nächste Seite

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
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	0	0	0		0			2	3	0	4	1	5		1	1		17
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	0	0	0		0			0	0	0	0	0	0		0	0		0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b	0	11	0		0			0	0	0	0	0	0		0	0		11
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel		0																0
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen		0																0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d	0	0	0		0			0	0	0	0	0	0		0	0		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	0	0		0			0	0	0	0	0	0		0	0		0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Angaben zu Widerrufen und Beendigungen nicht möglich, da Begrifflichkeiten nicht übereinstimmen (Rücknahmen und Aufhebungen). ⁶⁾ Angaben beziehen sich auf Q II/2020. ⁷⁾ Davon 66 Neugenehmigungen. ⁸⁾ Angaben beziehen sich auf Q IV/2020. ⁹⁾ Angaben beziehen sich auf Q III/2019. ¹⁰⁾ Angaben beziehen sich auf Q III/2020. ¹¹⁾ Ergebnisse lagen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor. ¹²⁾ Davon 98 Erstanträge. ¹³⁾ Davon 171 Erstanträge. ¹⁴⁾ Aufgrund Systembereinigung Abweichung von Vorjahresangabe. ¹⁵⁾ Davon 55 Erstgenehmigungen. ¹⁶⁾ Genehmigungen enthalten 4 Umschreibungen. ¹⁷⁾ Davon 112 Neuanträge. ¹⁸⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		6)				12)		13)	14)	15)	16)					17)	
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 7																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	581	753	289	122	63	173	336	83	414	693	248	74	195	98	140	139	432	4.833
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	594	770	298	120	74	177	363	86	449	711	256	78	201	100	141	141	583	5.142
beschiedene Anträge ²⁾	90	978	201	11	6	29	134	9	114	192	45	10	18	3	11	11	282	2.144
– davon Genehmigungen	90	977	201	11	6	29	134	9	114	191	45	10	18	3	9	11	260	2.118
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	22	26
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon bestanden	1							1										2
– davon nicht bestanden	0							0										0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	⁵⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	⁵⁾	28	34	13	0	7	k. A.	6	32	0	37	4	12	2	8	9	20	212

➤ Fortsetzung nächste Seite

► COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
			7)	8)	9)	11)	11)	11)	11)	11)	11)	7)	11)	11)	11)	11)	11)	
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																		
Prüfungsfang																		
abrechnende Ärzte	456	625	217	184	49	147	355	69	333	640	242	45	189	88	98	133	378	4.248
geprüfte Ärzte	11	12	**	**	2	3	10	**	9	**	5	1	5	**	3	3	**	64
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	11	12			2	3	10		9		5	1	5		3	3		64
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2	0	0			0	0	0		0		0	0	0		0	0		0
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	2,4	1,9	**	**	4,1	2,0	2,8	**	2,7	**	2,1	2,2	2,6	**	3,1	2,3	**	18)
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	11	9			2	10)	10		8		5	1	5		2	2		55
– geringe Beanstandungen	0	2			0	10)	0		1		0	0	0		1	1		5
– erhebliche Beanstandungen	0	1			0	10)	0		0		0	0	0		0	0		1
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0			0	10)	0		0		0	0	0		0	0		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	0	0			0		0		0		0	0	0		0	1		1
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3 a und Nr. 4 a	0	0			0		0		0		0	0	0		0	0		0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 Satz 4, § 7 Abs. 4 Satz 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 b und Nr. 4 b	0	0			0		0		0		0	0	0		0	0		0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 d und Nr. 4 d	0	0			0		0		0		0	0	0		0	0		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	0			0		0		0		0	0	0		0	0		0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. ⁵⁾ Angaben zu Widerrufen und Beendigungen nicht möglich, da Begrifflichkeiten nicht übereinstimmen (Rücknahmen und Aufhebungen). ⁶⁾ Davon 43 Neugenehmigungen. ⁷⁾ Angaben beziehen sich auf Q II/2020. ⁸⁾ Angaben beziehen sich auf Q IV/2020. ⁹⁾ Angaben beziehen sich auf Q III/2019. ¹⁰⁾ Ergebnisse lagen bei Ende der Datenerhebung noch nicht vor. ¹¹⁾ Angaben beziehen sich auf Q III/2020. ¹²⁾ Davon 51 Erstanträge. ¹³⁾ Davon 64 Erstanträge. ¹⁴⁾ Davon 39 Neugenehmigungen. ¹⁵⁾ Davon 25 Erstgenehmigungen. ¹⁶⁾ Genehmigungen enthalten 2 Umschreibungen. ¹⁷⁾ Davon 171 Neuanträge. ¹⁸⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

OSTEODENSITOMETRIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		6)				7)		8)		9)	10)					11)	
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	163	152	59	39	14	16	100	12	88	112	103	20	108	25	18	33	193	1.255
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	165	153	63	37	16	18	100	12	93	108	100	24	112	25	18	35	206	1.285
beschiedene Anträge ²⁾	24	32	16	2	2	1	7	0	15	3	9	2	11	1	0	4	32	161
– davon Genehmigungen	23	28	13	2	2	1	7		14	3	9	2	11	1		4	32	152
– davon Ablehnungen	1	4	3	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0		0	0	9
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon bestanden		2																2
– davon nicht bestanden		0																0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	⁵⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	⁵⁾	1	2	4	0	1	k.A.	0	8	7	12	0	7	1	0	2	0	45

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. ⁵⁾ Angaben zu Widerrufen und Beendigungen nicht möglich, da Begrifflichkeiten nicht übereinstimmen (Rücknahmen und Aufhebungen). ⁶⁾ Davon 6 Neugenehmigungen. ⁷⁾ Davon 2 Erstanträge. ⁸⁾ Davon 11 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 5 Erstgenehmigungen. ¹⁰⁾ Davon 1 Umschreibung. ¹¹⁾ Davon 13 Neugenehmigungen.

STRAHLENTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		6)				7)		8)	9), 10)	11)	12)					13)	
✓ GENEHMIGUNGEN § 9																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	175	170	74	29	15	33	77	27	112	196	61	23	52	32	31	36	147	1.290
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	176	174	73	27	13	33	75	28	116	172	66	24	54	32	28	38	152	1.281
beschiedene Anträge ²⁾	21	198	17	1	2	5	8	4	14	80	16	2	6	2	1	6	51	434
– davon Genehmigungen	21	196	17	1	2	5	8	4	14	80	16	2	6	2	1	6	51	432
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	⁵⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	⁵⁾	0	6	3	0	2	k.A.	3	3	0	11	0	4	2	4	4	3	45

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. ⁵⁾ Angaben zu Widerrufen und Beendigungen nicht möglich, da Begrifflichkeiten nicht übereinstimmen (Rücknahmen und Aufhebungen). ⁶⁾ Davon 5 Neugenehmigungen. ⁷⁾ Davon 4 Erstanträge. ⁸⁾ Davon 2 Erstanträge. ⁹⁾ Aufgrund von Systembereinigung Abweichung von Vorjahresangabe. ¹⁰⁾ Davon 18 Neugenehmigungen. ¹¹⁾ Davon 11 Erstgenehmigungen. ¹²⁾ Davon 1 Umschreibung. ¹³⁾ Davon 8 Neugenehmigungen.

➤ NUKLEARMEDIZIN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)						6)		7)		8)						9)	
✓ GENEHMIGUNGEN § 10																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	185	207	66	28	19	40	94	24	110	194	76	16	42	27	31	33	139	1.331
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	170	216	64	29	17	38	91	23	115	187	74	16	41	27	28	36	140	1.312
beschiedene Anträge ²⁾	9	248	23	2	0	11	32	0	11	38	18	0	3	1	0	4	24	424
– davon Genehmigungen	9	203	23	2		11	32		9	38	18		3	1		4	21	374
– davon Ablehnungen	0	45	0	0		0	0		2	0	0		0	0		0	3	50
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	5)	0	7	1	0	7	k. A.	1	5	0	20	0	4	1	3	1	9	59

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechseln etc. ⁵⁾ Angaben zu Widerrufen und Beendigungen nicht möglich, da Begrifflichkeiten nicht übereinstimmen (Rücknahmen und Aufhebungen). ⁶⁾ Davon 7 Erstanträge. ⁷⁾ Enthalten sind 3 Erstanträge. ⁸⁾ Davon 1 Erstgenehmigung. ⁹⁾ Davon 9 Neugenehmigungen.

› SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

✓	2.829	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	1.347	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	4.065	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; organisatorische Vorgaben

FREQUENZREGELUNG: in der Regel sollen je Arzt oder Ärztin nicht mehr als 50 Opioidabhängige gleichzeitig substituiert werden

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen auf Verlangen der KV

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: in Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin jährlich zweimalige Teilnahme der Ärzte und Ärztinnen an suchtmmedizinischen Fortbildungen; wenigstens einmal jährliche Fortbildung zu drogenspezifischen Notfallmaßnahmen des nichtärztlichen Personals, nach Möglichkeit auch Teilnahme an suchtmmedizinischen Fortbildungen; auf Verlangen Nachweise gegenüber der KV

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Anzeige aller Fälle zu Beginn der Behandlung an das Bundesinstitut für Arzneimittel; pro Quartal Prüfung von mindestens zwei Prozent der abgerechneten Fälle; zu Patienten und Patientinnen in Diamorphinsubstitution ist die Einholung einer Zweitmeinung nach zwei Jahren obligat

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Ergebnis der Überprüfungen als schriftlicher Bericht an den Arzt oder die Ärztin; alle zwei Jahre Bericht der Qualitätssicherungskommission über gesamten Zuständigkeitsbereich an KV und (Landes-)Verbände der Krankenkassen

BERATUNG: jederzeit auf Wunsch des Arztes oder der Ärztin und bei Beanstandungen nach Dokumentationsprüfung



➤ SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		6), 7)			8)	9)		11)	12)	13)				14)	15)	16)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	284	437	171	35	60	110	203	38	403	388	91	14	64	40	109	40	317	2.804
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	285	441	153	39	59	112	212	45	426	385	89	13	69	43	106	38	314	2.829
– abrechnende = aktive Ärzte	334	246	97	17	53	75	163	21	239	326	65	13	31	35	100	18	347	2.180
beschiedene Anträge ²⁾	62	70	15	6	1	15	24	7	72	107	9	0	7	5	3	1	41	445
– davon Genehmigungen	62	70	15	6	1	15	24	7	71	105	9		7	5	3	1	40	441
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0		0	0	0	0	1	4
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	1	23	2	2	9	k. A.	0	35	17	11	1	2	2	6	3	0	117
Ärzte im Konsiliarverfahren	250	194	19	6	15	18	34	39	179	72	37	1	39	58	60	14	141	1.176
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	2	0	0	1	1	0	1	4	0	0	1	0	0	0	3	16
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 Abs. 3																		
geprüfte Ärzte	154	174	34	3	48	29	104	17	134	228	43	13	15	19	45	11 *	276	1.347
geprüfte Fälle	220	514	272	9	223	63	286	46	433	520	168	67	39	51	184	17	683	3.795
– keine Beanstandungen	145	468	208	9	140	45	182	25	416	346	167	47	28	51	155	13	660	3.105
– geringe Beanstandungen	9	13	32	0	66	9	64	4	11	143	1	20	10	0	26	4	10	422
– erhebliche Beanstandungen	1	0	8	0	16	1	27	1	0	26	0	0	1	0	2	0	0	83
– schwerwiegende Beanstandungen	1	33	24	0	1	0	13	0	6	5	0	0	0	0	1	0	13	97
📋 2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 Abs. 11																		
geprüfte Fälle	117	36	117	0	0	k. A.	¹⁰⁾	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	270
– davon ohne Änderung der Behandlung	117	⁵⁾	117															234
– davon mit Änderung der Behandlung	0	⁵⁾	0															0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Überprüfungen nach § 8 Abs. noch nicht vollständig beschiedenen. ⁵⁾ Überprüfungen nach § 3 Abs. 11 sind noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Davon 5 Neugenehmigungen. ⁷⁾ KV Berlin korrigiert die Angabe für 2019: Es war 1 Diamorphinpraxis – nicht 4. ⁸⁾ Zu 8 Fällen Nachforderung von Unterlagen um abschließend beurteilen zu können. ⁹⁾ Anzahl Ärzte enthält 25 ermächtigte Institutsambulanzen, gerechnet jeweils als 1 Arzt. ¹⁰⁾ 2-Jahres-Überprüfung erfolgt im Rahmen von § 8 Abs. 3. ¹¹⁾ Davon 12 Erstanträge. ¹²⁾ Davon 14 Neuanträge. ¹³⁾ Davon 2 Erstgenehmigungen. ¹⁴⁾ Anzahl abrechnender Ärzte umfasst 2 Institutsambulanzen. ¹⁵⁾ Anzahl Ärzte mit Genehmigung Vorjahr gegenüber der Veröffentlichung korrigiert. ¹⁶⁾ Konsiliarisch tätige Ärzte sind in der Anzahl abrechnender Ärzte enthalten, und nehmen teil an der Dokumentationsprüfung.

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK:

✓	92.123	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	8.876	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
⋮	3.644	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	18.177	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE:

✓	8.029	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	1.459	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	17.464	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN / PATIENTEN)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.10.2021

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Anforderungen

EINGANGSPRÜFUNG: Überprüfung der Hersteller- / Gewährleistungserklärung (bei Gebrauchtgeräten muss ein Wartungsprotokoll vorgelegt werden; alternativ kann eine Abnahmeprüfung der verwendeten Ultraschallsysteme (B-Modus) durch Vorlage aktueller Bilddokumentationen durchgeführt werden); bei systematischen Untersuchungen der fetalen Morphologie obligate online-basierte Eingangsprüfung
KOLLOQUIUM: obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: alle sechs Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte, dabei kann die Konstanzprüfung durch Vorlage aussagefähiger Wartungsprotokolle erfolgen
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; für ab 1. Oktober 2016 genehmigte Geräte ist eine Spezifizierung an die Anforderungen für die Aufbereitungshinweise für Endosonographiesonden vereinbart

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von insgesamt mindestens sechs Prozent der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zu fünf Fällen, dabei können betreffend maximal die Hälfte des Prüfungsvolumens durch Partner des Bundesmantelvertrags Festlegungen für die schwerpunktmäßige Überprüfung spezifischer Bereiche getroffen werden, schwerpunktmäßige Überprüfungen werden zusätzlich getrennt berichtet, davon unabhängig kann die KV anlassbezogene Stichprobenprüfungen durchführen; bei Beanstandungen engere Prüfintervalle

› **Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte:** Prüfung der ersten zwölf Fälle nach Genehmigungserteilung, zwei Jahre nach Genehmigungserteilung Prüfung von zwölf Fällen, danach fünfjährliche Prüfung aller Ärzte und Ärztinnen zu mindestens zwölf Fällen; bei Mängeln engere Prüfintervalle, gegebenenfalls Verpflichtung zur Fortbildung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: statistische Auswertung und Ergebnisanalyse zur Abnahmeprüfung, Prüfung der ärztlichen Dokumentation und Konstanzprüfung, insbesondere zur Dokumentationsprüfung der Ultraschall-diagnostik der Säuglingshüfte, Kriterien werden durch Partner des Bundesmantelvertrags festgelegt

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	6), 7)																	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2019	12.108	16.067	3.405	1.744	1.022	2.069	6.227	1.312	9.131	11.763	4.563	1.315	3.774	1.775	2.997	2.073	9.075	90.420
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2020	12.377	16.359	3.495	1.788	1.043	1.967	6.466	1.277	9.219	11.899	4.624	1.347	3.883	1.755	3.047	2.125	9.452	92.123
beschiedene Anträge (Ärzte) ²⁾	1.217	6.237	1.330	335	98	418	2.092	128	1.886	2.437	611	135	491	174	425	333	2.724	21.071
neu	1.217	4.838	377	243	76	418	734	93	733	2.098	270	101	397	123	425	274	2.724	15.141
– davon Genehmigungen	1.012	4.396	353	243	74	386	706	92	648	2.050	270	96	373	122	269	270	2.483	13.843
– davon Ablehnungen	205	442	24	0	2	32	28	1	85	498	0	24	24	1	156	4	241	1.767
erneut nach § 11 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon Genehmigungen							1											1
– davon Ablehnungen							0											0
neu (wg. Statuswechsel u. ä.)	4)	1.399	953	92	22	5)	1.357	35	1.153	339	341	34	94	51	k. A.	59	4)	5.929
– davon Genehmigungen		1.296	943	92	22		1.357	35	1.129	338	341	34	94	51		59		5.791
– davon Ablehnungen		103	10	0	0		0	0	24	63	0	0	0	0		0		200
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	3.665	27.252	4.662	k. A.	345	0	3.222	368	7.912	6.241	1.844	469	1.455	392	1.095	1.185	11.302	71.409
neu	3.665	20.858	921		294	5)	3.221	271	3.085	5.420	920	358	1.182	241	1.095	994	11.302	53.827
– davon Genehmigungen	3.192	18.829	873		219		2.013	201	2.783	3.808	920	278	1.077	239	611	729	10.810	46.582
– davon Ablehnungen	473	2.029	48		75		1.208	70	302	1.612	0	78	105	2	484	265	492	7.243
erneut	0	6.394	3.741		51	5)	1	97	4.827	821	924	111	273	151	k. A.	191	0	17.582
– davon Genehmigungen		5.946	3.724		51		1	97	4.733	799	924	111	267	151		178		16.982
– davon Ablehnungen		448	17		0		0	0	94	22	0	0	6	0		13		600
Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	95	263	6	32	7	5	29	0	20	105	0	5	1	49	29	18	140	804
– davon bestanden	82	236	4	30	7	5	25		19	98		5	1	48	24	18	117	719
– davon nicht bestanden	13	27	2	2	0	0	4		1	7		0	0	1	5	0	23	85
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	k. A.	0	0	4
– davon bestanden							1		3									4
– davon nicht bestanden							0		0									0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	21	32	1	0	4	1	0	0	7	0	1	1	7	1	4	1	18	99
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) ³⁾	18	27	262	5	1	2	k. A.	92	694	1	534	k. A.	314	11	215	12	33	2.221

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2020																		
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	476	593	75	50	30	69	251	24	382	332	235	53	124	49	94	73	264	3.174
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	240	484	45	30	34	75	102	26	220	290	82	33	95	28	51	27	188	2.050
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	274	808	36	36	37	60	100	27	94	307	100	32	98	29	56	21	216	2.331
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	469	746	188	59	50	280	259	60	356	500	161	44	226	96	112	98	351	4.055
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.600	2.560	444	191	142	513	737	83	1.119	1.599	437	100	633	104	289	363	648	11.562
3.3 Schilddrüse, B-Modus	5.243	7.724	1.135	745	367	1.261	2.959	439	3.880	5.271	2.117	542	1.777	773	1.241	975	4.400	40.849
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	712	1.114	208	132	45	119	463	76	611	618	292	79	214	127	123	100	380	5.413
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	262	247	37	39	43	58	232	9	353	221	AB 21.2	18	71	0	48	18	118	1.774
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	67	71	26	13	3	0	29	10	56	AB 4.1	91	2	19	11	15	16	54	483
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	9	2	3	0	2	29	8	0	146	AB 4.2	AB 21.4	0	2	0	0	0	1	202
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	396	475	117	51	40	97	225	42	259	347	135	38	120	25	76	44	229	2.716
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	13	5	0	1	0	55	0	0	AB 4.5	AB 4.5	k. A.	0	4	2	0	1	5	86
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	2.036	2.598	415	203	111	521	1.477	147	1.477	1.888	573	96	818	26	360	337	2.091	15.174
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	22	9	5	0	17	4	19	1	AB 5.1	11	k. A.	15	2	0	2	1	18	126
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.424	1.432	507	206	138	254	904	97	1.111	1.344	484	152	393	230	269	231	1.138	10.314
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7.285	10.256	1.885	927	519	1.011	3.855	608	5.942	7.785	2.950	812	2.255	899	1.824	1.239	5.455	55.507
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	259	35	41	10	33	15	42	8	AB 7.1	79	k. A.	38	49	6	36	24	49	724
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	120	35	30	5	54	8	31	8	AB 7.1	AB 7.2	k. A.	AB 7.2	26	0	8	13	45	383
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.265	1.393	295	118	60	566	610	71	768	AB 7.1	559	242	252	97	209	166	622	7.293
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	4.414	14.545	820	615	206	834	1.921	121	2.986	4.264	1.191	494	1.467	118	282	576	2.458	37.312
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	558	511	178	76	81	96	112	62	AB 8.1	425	k. A.	146	188	0	111	95	336	2.975
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.655	4.178	698	310	146	1.049	930	213	1.222	1.499	583	167	658	287	399	298	1.214	15.506
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.519	3.719	649	307	143	365	919	205	1.153	1.477	540	138	584	276	403	294	1.178	13.869
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.323	1.532	504	219	121	285	776	165	944	1.231	485	133	452	234	333	238	1.020	9.995
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	771	842	513	38	59	142	492	28	621	445	245	131	72	76	136	98	593	5.302
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.230	1.993	484	153	103	308	571	102	969	1.232	451	135	403	123	261	196	893	9.607
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.152	1.515	255	150	89	129	635	83	811	1.118	362	125	356	117	258	171	703	8.029
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.473	1.535	337	143	108	259	850	62	1.175	1.348	373	156	349	88	291	104	590	9.241
12.1 Haut, B-Modus	6	5	1	0	1	9	7	5	53	83	1	4	4	5	1	9	15	209
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	186	18	2	1	9	9	32	11	AB 12.1	AB 12.1	2	9	44	7	1	30	6	367

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	8)																	
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.410	2.374	329	184	109	297	742	76	1.274	1.110	501	172	226	141	255	144	1.160	10.504
20.2 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1.289	1.857	173	109	77	225	462	42	1.342	762	501	138	201	0	132	137	895	8.342
20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	189	AB 20.2	172	109	2	225	80	1	AB 20.2	45	AB 20.2	3	149	92	3	42	4	1.116
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	307	353	97	14	34	28	151	15	223	175	81	28	56	27	55	32	140	1.816
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	443	560	85	40	36	109	225	39	308	355	142	62	73	29	70	49	242	2.867
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.036	1.515	256	154	92	224	530	92	807	907	315	80	277	118	185	100	585	7.273
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	294	296	57	44	49	63	152	15	187	335	117	40	78	26	74	56	117	2.000
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	848	1.090	241	136	63	137	491	61	641	721	246	52	215	0	121	82	422	5.567
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	187	AB 20.8	239	136	4	137	117	1	AB 20.8	53	AB 20.8	3	180	82	6	35	5	1.185
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	1.053	1.184	254	141	86	127	626	51	811	795	319	75	229	67	162	127	532	6.639
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	411	617	172	30	38	137	281	15	374	428	110	74	147	19	37	78	426	3.394
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	688	3.044	206	131	42	110	421	78	537	567	264	76	214	104	107	96	352	7.037
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	254	693	40	25	42	60	236	10	373	171	140	21	73	0	44	15	118	2.315
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	70	143	27	13	4	68	29	10	60	AB 21.1	92	3	20	11	16	17	54	637
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	10	AB 21.2	3	0	2	29	9	0	146	AB 21.2	37	2	2	0	0	0	2	242
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	152	151	62	20	13	51	66	18	169	171	36	33	26	13	31	28	122	1.162
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternal Gefäßsystem	636	723	157	71	61	172	329	47	580	576	220	101	288	93	124	153	553	4.884
23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	9	4	0	1	1	1	6	0	6	3	7	0	2	0	0	1	4	45

🔊 GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG

Ultraschall-Systeme																		
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2019)	15.278	30.749	15.183	1.750	880	1.783	7.063	1.440	13.796	10.432	9.768	1.335	3.608	4.198	2.956	4.706	18.003	142.928
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2020)	15.693	26.235	16.539	1.789	888	1.924	7.074	1.241	15.229	11.610	10.189	1.291	3.680	4.173	3.047	4.815	18.128	143.545
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	448	1.556	380	83	10	0	54 *	54	589	16 *	11)	0	590	127	78	11	246	4.242
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bildokumentation) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	322	1.218	617	65	1	0	94 *	75	408	43 *	11)	39	4	236	20	6	1486	4.634

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
									9)	10)	11)					13), 14)		

■ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11

Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2 a) (gesamt)

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte	334 *	810	32 *	26	61	31	83 *	77	461 *	253	201 *	45	237	106	80 *	38 *	328	3.203
– davon ohne Beanstandung	147	304	14	12	30	3	13	4	301	93	126	30	158	45	30	18	100	1.428
– davon mit geringer Beanstandung	144	405	12	14	23	19	35	58	124	107	61	14	70	39	42	12	160	1.339
– davon mit erheblicher Beanstandung	15	37	4	1	3	3	14	9	21	15	6	0	4	4	5	4	30	175
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	28	64	2	1	5	6	21	6	14	38	8	1	5	18	3	4	38	262
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	2,8 *	5,0	0,9 *	1,5	6,0	1,5	1,3 *	5,9	5,0 *	2,2	4,4 *	3,4	6,3	6,0	2,7 *	1,8 *	3,6	3,5

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	1.669	4.050	160	140	297	155	415	385	2.284	1.265	1.005	225	1.171	527	400	199	1.640	15.987
– davon ohne Beanstandung	1.044	1.520	113	36	203	73	202	98	1.727	465	798	181	956	339	243	152	503	8.653
– davon mit geringer Beanstandung	429	2.025	33	97	57	59	96	221	359	535	148	38	202	79	118	23	806	5.325
– davon mit erheblicher Beanstandung	83	185	9	7	20	14	6	45	87	75	29	1	12	33	29	15	149	799
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	113	320	5	3	17	9	60	21	92	190	29	5	1	76	10	9	182	1.142
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	49	31	0	0	11	5	30	6	22	38	15	1	3	17	8	11	22	269
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	51	0	0	0	4	3	23	7	3	52	0	0	0	0	0	0	25	168
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	51	58	9	11	15	3	78	17	74	186	49	1	5	47	23	21	115	763
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	133	25	5	3	13	1	114	2	143	55	40	0	2	12	12	12	100	672
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefund	131	30	3	0	9	5	70	6	132	62	34	0	1	15	11	12	60	581
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	49	258	2	4	19	4	30	3	101	283	2	5	1	73	6	42	19	901
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	99	212	2	6	8	2	52	18	117	404	29	1	6	21	26	4	200	1.207
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	51	254	4	0	17	0	69	34	61	236	32	0	6	38	13	4	131	950

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
									9)	10)	11)					13), 14)		
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2 b) (Schwerpunkt)																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	139*	381	13*	4	0	1	55*	12	182*	21	33*	23	117	52	43*	7*	140	1.223
– davon ohne Beanstandung	52	176	6	2		0	7	0	125	10	21	14	81	21	19	4	44	582
– davon mit geringer Beanstandung	67	149	4	2		1	19	9	42	6	9	9	34	21	21	3	61	457
– davon mit erheblicher Beanstandung	9	25	2	0		0	11	1	7	1	0	0	1	1	3	0	13	74
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	11	31	1	0		0	18	2	8	4	3	0	1	9	0	0	22	110
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	1,1*	2,4	0,4*	0,2	0,0	0,0	0,9*	0,9	2,0*	0,2	0,7*	1,7	3,1	2,9	1,4*	0,3*	1,5	1,4
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	695	1.905	65	20		5	275	60	906	105	165	115	580	257	215	39	700	6.107
– davon ohne Beanstandung	393	880	44	16		0	115	9	709	50	130	92	496	164	146	28	220	3.492
– davon mit geringer Beanstandung	203	745	14	4		4	60	38	101	30	19	23	79	40	58	6	305	1.729
– davon mit erheblicher Beanstandung	53	125	5	0		1	0	8	29	5	9	0	5	16	9	5	65	335
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	46	155	2	0		0	49	5	50	20	7	0	0	37	2	0	110	483
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	17	22	0			0	23	0	10	6	5		1	10	3	0	9	106
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	16	0	0			0	22	2	2	8	0		0	0	0	0	15	65
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	23	41	5			0	65	6	32	18	13		3	29	6	1	65	307
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	49	20	2			4	99	1	36	4	9		1	7	4	5	75	316
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefund	50	21	0			5	60	2	33	0	10		1	8	4	5	35	234
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	13	123	0			4	22	0	37	6	1		1	25	0	4	8	244
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	53	105	2			0	47	6	31	23	5		2	10	7	0	90	381
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	32	137	2			0	56	10	16	7	10		3	14	4	0	85	376

► Fortsetzung nächste Seite

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
									9)	10)	11)					12)		
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 5																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	92	97	**	1	6	23	31	19	21	58	10	5	8	3	6	7	54	441
– davon ohne Beanstandung	23	42		1	4	5	4	0	16	24	4	3	4	0	1	7	16	154
– davon mit geringer Beanstandung	59	46		0	2	10	6	19	3	22	4	2	4	3	4	0	31	215
– davon mit erheblicher Beanstandung	2	5		0	0	3	8	0	0	2	1	0	0	0	1	0	4	26
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	8	4		0	0	5	13	0	2	10	0	0	0	0	0	0	3	45
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	460	485	**	5	30	115	155	95	105	290	50	25	40	15	30	20	270	2.190
– davon ohne Beanstandung	211	210		5	22	34	54	10	84	120	31	21	26	1	17	20	80	946
– davon mit geringer Beanstandung	199	230		0	7	51	31	69	9	110	11	3	14	12	11	0	155	912
– davon mit erheblicher Beanstandung	36	25		0	1	22	46	11	4	10	3	0	0	2	2	0	20	182
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	14	20		0	0	8	24	5	8	50	0	1	0	0	0	0	15	145
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	6	3	0	0	0	3	2	0	2	1	1	0	0	0	0	0	6	24
– davon bestanden	6	2				3	0		2	1	0						2	16
– davon nicht bestanden	0	1				0	2		0	0	1						4	8
Widerrufe der Abrechnungs-genehmigung – Ärzte	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	4	0	4	13

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

n.a. = nicht abfragbar / AB x.y = Anwendungsbereich x.y

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Unterscheidung von Statuswechslern etc. erfolgt nicht. ⁵⁾ Statuswechsler in „neu nach § 14“ enthalten, Anwendungsbereiche können nicht separat angegeben werden. ⁶⁾ 3 weitere Kolloquien nach § 11 Abs. 6 erfolgen 2021. ⁷⁾ Neugenehmigungen enthalten 312 Teilgenehmigungen. ⁸⁾ Statuswechsel enthalten 693 Apparaturänderungsbescheide. ⁹⁾ Apparative Ausstattung: Stichtag für Anzahl gemeldete Systeme abweichend 05.03.2021, Zählung nach Schallköpfen ergibt 17.685 Systeme. ¹⁰⁾ Dokumentationsprüfungen: 1 arztbezogenes Ergebnis und 19 dokumentationsbezogene Ergebnisse liegen zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht vor. ¹¹⁾ Umfang der dokumentationsbezogenen Angaben durch Mehrfachnennung begründet. ¹²⁾ 2015 wurde bei allen Ultraschallsystemen gemäß § 2c eine Abnahmeprüfung durchgeführt, Konstanzprüfungen erfolgen 2021. Dokumentationsprüfung: § 11 Abs. 2 a) 1 Fall konnte nicht beurteilt werden. § 11 Abs. 5 eine Wiederholungsprüfung mit 5 Dokumentationen ist noch nicht abgeschlossen. ¹³⁾ Anforderung von Dokumentationen zur Wiederholungsprüfung erfolgt gezielt gemäß vorheriger Beanstandungen. ¹⁴⁾ Beanstandungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 8 werden nicht gesondert von Nr. 7 ausgewiesen.

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	5)										6)							
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	1.128	1.474	235	144	81	126	611	87	759	1.107	355	119	349	115	247	178	669	7.784
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	1.153	1.532	254	150	89	129	635	83	794	1.118	362	124	356	117	258	172	703	8.029
beschiedene Anträge ²⁾	83	569	49	14	12	21	139	3	133	58	50	5	34	6	22	16	43	1.257
neu	83	398	20	14	9	21	58	3	64	58	21	4	12	5	22	8	43	843
– davon Genehmigungen	81	384	20	14	9	21	49	3	61	58	21	3	10	5	17	7	38	801
– davon Ablehnungen	2	14	0	0	0	0	9	0	3	0	0	1	2	0	5	1	4	41
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	1	0	8
– davon Genehmigungen					3				1				3			1		8
– davon Ablehnungen					0				0				0			0		0
neu wg. Statuswechsel u. ä.	4)	171	29	0	0	4)	81	0	68	0	29	1	19	1	0	7	4)	406
– davon Genehmigungen		159	29				81		68		29	1	19	1		7		394
– davon Ablehnungen		12	0				0		0		0	0	0	0		0		12
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	3	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	9
– davon bestanden		3			3				3									9
– davon nicht bestanden		0			0				0									0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	2	0	0	0	3	2	0	0	1	0	0	2	1	1	1	1	0	14
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	4	1	1	1	0	k.A.	7	21	47	53	2	24	2	5	5	5	178

■ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Initialprüfungen

abrechnende Ärzte (Vorjahr)	862	1.095	192	101	64	118	422	80	777	794	319	85	306	109	191	134	623	6.272
geprüfte Ärzte	45	64	16	10	7	7	7*	3	33	11	14	5	22	2	26	8	36	316
– davon Anforderungen erfüllt	39	31	15	10	6	0	7	2	26	8	13	4	12	1	16	6	23	219
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	6	29	0	0	1	7	0	1	5	3	0	1	7	1	6	1	8	76
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	4	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	0	4	1	5	21
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0	0		0			0	0	0	1		1		0	0	3	5
· Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	2	0		0			0	0	0	0		0		0	0	0	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	11	16	4	0	0	1	2	0	12	5	0	0	6	0	1	2	5	65
– davon ohne Beanstandungen	9	8	4			1	2		10	4			3		1	1	2	45
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	5	0			0	0		2	1			2		0	0	2	13
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0							0	0			2				0	2
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2													0					0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1	3	0			0	0		0	0			1		0	1	1	7
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0											0			1	4	5
· Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	1											1			0	0	2

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	5)										6)							
Prüfungen innerhalb 2 Jahre																		
geprüfte Ärzte	27	24	5	4	4	6	**	2	15	10	8	0	14	2	1	7	47	176
– davon Anforderungen erfüllt	23	19	4	4	4	1		1	13	10	5		12	2	0	7	40	145
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	5	1	0	0	5		1	1	0	1		2	0	1	0	6	25
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	2	0	0	0	0	0		0	1	0	2		0	0	0	0	1	6
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0				0		0	1		2						2	5
· Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0				0		0	0		0						0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	6	0	0	1	0	**	1	11	3	1	0	1	0	0	3	0	29
– davon Anforderungen erfüllt	2	3			1			1	11	1	1		1			3		24
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	2			0			0	0	2	0		0			0		4
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen		0								0								0
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2																		0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	1			0			0	0	0	0		0			0		1
· Ärzte, die an einem Fortbildungs-kurs teilgenommen haben		0																0
· Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben		0																0
Prüfungen innerhalb 5 Jahre																		
geprüfte Ärzte	133	183	28	7	0	10	13*	14	84	49	23	8	41	17	5	11	97	723
– davon Anforderungen erfüllt	121	115	27	7		3	11	13	75	42	19	8	33	16	1	9	85	585
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	8	64	1	0		7	2	1	7	7	2	0	5	1	1	1	6	113
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	4	4	0	0		0	0	0	2	0	2	0	3	0	3	1	6	25
· Ärzte, die an einem Fortbildungs-kurs teilgenommen haben	0	0	0			0		0	0		2		0		0	0	3	5
· Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	2	0			0		0	0		0		0		0	0	0	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	20	83	0	0	0	0	0	1	12	2	5	0	13	2	0	1	11	150
– davon Anforderungen erfüllt	16	49						1	9	1	4		9	2		1	7	99
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	32						0	2	1	0		3	0		0	3	43
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0							0	0	0		1				0	1
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2													0					0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	2	2						0	1	0	1		1	0		0	1	8
· Ärzte, die an einem Fortbildungs-kurs teilgenommen haben	0	0							1		1		0				4	6
· Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	1							0		0		0				0	1
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	0	15	42	0	3	0	0	0	1	0	5	0	4	0	13		0	83

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
	5)										6)								
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																			
insgesamt geprüfte Dokumentationen	2.808	4.512	635	252	126	276	264	252	1.992	960	612	156	1.151	276	396	384	2.412	17.464	
– davon regelgerecht (Stufe I)	2.719	3.690	600	250	99	230	262	208	1.775	859	566	148	964	256	299	348	2.040	15.313	
– davon eingeschränkt (Stufe II)	61	766	31	2	17	46	0	42	177	85	16	7	159	19	84	31	316	1.859	
– davon unzureichend (Stufe III)	28	56	4	0	1	0	2	2	28	16	30	1	28	1	13	5	56	271	
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0	8	
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2, davon Mängel																			
– ausschließlich in der Bilddokumentation	20	43	1		0		1	2	22	11	29	0	21	20	8	5	27	210	
– ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	1	0	0		0		0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	5	9	
– sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	7	13	3		1		1	0	6	2	1	1	7	0	5	0	24	71	

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Unterscheidung von Statuswechslern etc. erfolgt nicht. ⁵⁾ Die Beratungsgespräche wurden als Ersatz für die pandemiebedingt ausgefallenen Refresher-Fortbildungskurse geführt und anerkannt. ⁶⁾ Nach Beanstandung gemäß § 9 Abs. 2 b) erfolgt keine Aussetzung der Genehmigung, sondern Beratungsgespräch gemäß § 10 Abs. 2 und dann zeitnahe Überprüfung weiterer Dokumentationen.

› VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

✓	336	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	72	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	700	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)
📊	279	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG



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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin;
Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der
Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und
gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Überprüfung der Korrelation des
histopathologischen Befunds mit der Bildgebung, bei Abweichung Kontaktaufnahme
mit dem Pathologen oder der Pathologin zur Festlegung des weiteren Vorgehens

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE:

Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: zweijährliche
Dokumentationsprüfung zu zehn Fällen, erstmalig innerhalb von zwölf Monaten
nach Genehmigungserteilung; gegebenenfalls bei Auffälligkeiten in der
jährlichen Auflistung

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auflistung zu
Indikation und zum abschließenden histologischen Befund für alle im Rahmen der
vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien an KV; jährliche
Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)	5)	6)	7)	8)													
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	47	52	13	11	5	7	20	11	33	45	8	6	14	12	10	8	38	340
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	40	51	13	12	5	9	21	10	33	42	9	6	14	11	16	9	35	336
beschiedene Anträge ²⁾	8	19	21	3	0	3	3	0	0	2	1	0	0	0	1	1	4	66
neu	8	19	21	3		3	3			2	1				1	1	4	66
– davon Anzahl Genehmigungen	8	19	21	3		3	3			2	1				1	1	2	64
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0		0	0			0	0				0	0	2	2
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0	0		0	0			0	0				0	0	0	0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0		0	0			0	0				0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
– davon wegen nicht erreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	2	1													1			4
– davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5	0	0													0			0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	0	1	0	3	k.A.	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5	12
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
abrechnende Ärzte	21	46	13	12	5	9	18	10	33	42	8	6	12	11	16	9	25	296
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	**	7*	**	**	0	5	9	10	14	10*	1	6	**	**	1*	**	**	63
– davon bestanden		7				5	8	10	10	10	1	6			1			58
– davon nicht bestanden		0				0	1	0	4	0	0	0			0			5
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	**	13,5*	**	**	0,0	71,4	45,0	90,9	42,4	22,2*	12,5	100,0	**	**	10,0*	**	**	9)
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	**	0	**	**	0	0	1	0	7	0	1	0	**	**	0	**	**	9
– davon bestanden							*		5		1							6
– davon nicht bestanden							*		1		0							1
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5 b	**	0	**	**	0	0	0	0	1	0	0	0	**	**	0	**	**	1
– davon bestanden									1									1
– davon nicht bestanden									0									0
vorgezogene Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	**	45	**	**	0	0	0	0	0	0	0	0	**	**	0	**	**	45
– davon bestanden		45																45
– davon nicht bestanden		0																0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte Dokumentationen	**	70	**	**	0	50	90	100	200	100	20	60	**	**	10	**	**	700
– davon vollständig und nachvollziehbar		70				50	80	100	152	100	20	56			10			638
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar		0				0	0	0	38	0	0	0			0			38
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar		0				0	0	0	10	0	0	4			0			14
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar		0				0	10	0	0	0	0	0			0			10
📊 PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	15*	4	2*	0	0	**	0	1	6*	1	**	0	3*	**	2	**	2	36
≥ 25	25*	42	11*	12	5	**	18	9	25*	35	**	6	11*	**	13	**	31	243

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Keine Neugenehmigung. ⁶⁾ Dokumentationsprüfung erfolgt turnusgemäß 2021 wieder. ⁷⁾ 1 Arzt hat keine Leistungen mehr abgerechnet. ⁸⁾ Anzahl Ärzte gegenüber Vorjahr angestiegen, da erstmals QuaMaDi-Genehmigungsinhaber mitgezählt werden. ⁹⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

» ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

✓	776	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■ ■ ■	149	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	1.765	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)



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: 01.01.2020

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 hierzu geändert zum: 28.08.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

EINGANGSPRÜFUNG: Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)

KOLLOQUIUM: bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei Auffälligkeiten in der Jahresstatistik; wenn Stellungnahme des Arztes oder der Ärztin nicht ausreichte; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: Präparatebefunder oder -befunderinnen: Befundung von durchschnittlich maximal zehn Präparaten pro Arbeitsstunde

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: auffällige Befunde werden in dokumentierten Fallbesprechungen diskutiert; Nachmusterung von fünf Prozent aller negativ befundenen Präparate

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung, gegebenenfalls Praxisbegehung zusätzlich zum Kolloquium

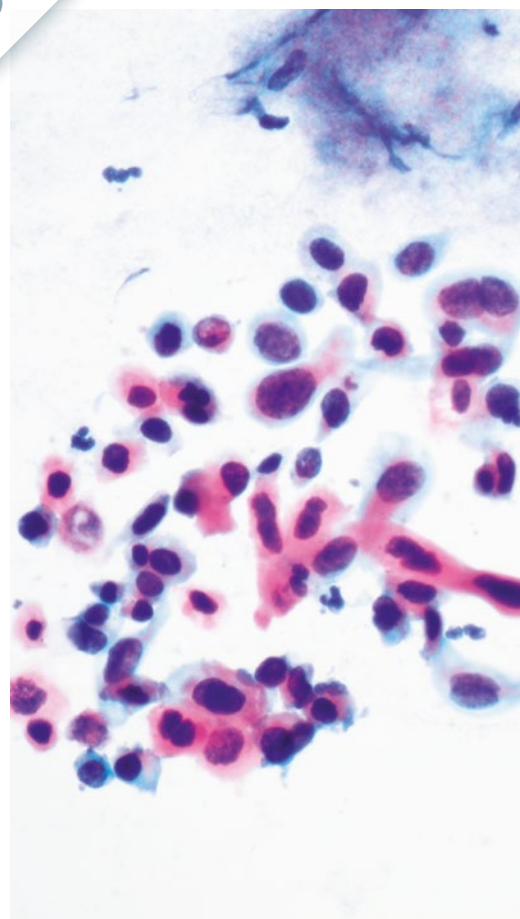
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: zytologieverantwortlicher Arzt oder zytologieverantwortliche Ärztin: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder oder -befunderin: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Jahresstatistik wird in elektronischer Form übermittelt

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: zweijährliche Dokumentationsprüfung von zwölf Präparaten mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen und Zytologinnen an KV

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Statistik bezogen auf die Einrichtung des zytologieverantwortlichen Arztes oder der zytologieverantwortlichen Ärztin mit Korrelation zu histologischen Befunden an KV; Benchmarkberichte der KV an die Zytologinnen und Zytologen; jährliche statistische Auswertung an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: eingehende Beratung bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



➤ ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)			6)												
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	98	121	40	18	13	23	54	14	83	101	35	28	26	15	26	14	97	806
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	92	115	39	14	15	25	53	15	82	95	34	23	28	15	26	15	90	776
beschiedene Anträge ²⁾	6	12	14	0	2	6	2	1	84	2	2	0	3	0	2	2	4	142
neu	6	12	14		2	6	2	1	84	2	1		3		2	2	4	141
– davon Genehmigungen	6	4	14		2	5	2	1	83	2	1		3		2	2	4	131
– davon Ablehnungen	0	8	0		0	1	0	0	1	0	0		0		0	0	0	10
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0		0	0	0	0	0	0	1		0		0	0	0	1
– davon Genehmigungen											1							1
– davon Ablehnungen											0							0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0	0
Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	3	11	0	0	0	2	1	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	22
– davon bestanden	3	4				1	1		0	2			1		1			13
– davon nicht bestanden	0	7				1	0		1	0			0		0			9
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	5	4	0	2	k.A.	0	4	8	3	5	1	0	2	1	7	42

☐ ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	**	0	**	3	1	⁷⁾	3	0	22	38	4	0	4	0	12	3	40	130
– davon bestanden				*	1		3		22	38	3		3		11	3	38	122
– davon nicht bestanden				*	0		0		0	0	1		1		1	0	2	5
Prüfungen (§ 7 Abs. 3) bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	**	0,0	**	16,7	7,7	0,0	5,6	0,0	26,5	37,6	11,4	0,0	15,4	0,0	46,2	21,4	41,2	⁹⁾
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	**	14	**	0	0	0	1	0	2	0	0	0	**	0	1	0	1	19
– davon bestanden		14					1		2						1		1	19
– davon nicht bestanden		0					0		0						0		0	0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	**	0	**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

➤ Fortsetzung nächste Seite

➤ ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																		
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	**	0	**	36	12	7)	24	0	264	456	48	0	48	0	132	36	480	1.536
– davon ohne Beanstandungen				*	12		24		264	456	47		41		126	36	469	1.475
– davon mit Beanstandungen				*	0		0		0	0	1		7		6	0	11	25
bei Beanstandungen																		
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität											1		3		2		6	12
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung											0		0		6		5	11
– darunter mit unvollständiger Dokumentation											0		5		4		0	9
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																		
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	**	168	**	0	0	0	12	0	24	0	0	0	0	0	13	0	12	229
– davon ohne Beanstandungen		156					12		24						13		12	217
– davon mit Beanstandungen		12					0		0						0		0	12
bei Beanstandungen																		
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität		12																12
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung		12																12
– darunter mit unvollständiger Dokumentation		0																0
JAHRESSTATISTIK § 8 Abs. 4																		
abrechnende Praxen / Labore (2020)	72	79	21	10	9	15	24	7	44	66	21	14	14	11	15	9	58	489
vorgelegte Jahresstatistiken bezogen auf abrechnende Praxen / Labore, in %	93,1	100,0	114,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,7	100,0	100,0	128,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,2
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2019)	67	79	24	10	9	15	24	7	43	66	21	18	14	11	15	9	58	490
– davon ohne Auffälligkeiten	46	41	21	*	8	15	17	6	39	65	5	14	2	2	12	9	53	355
– davon mit Auffälligkeiten	21	38	3	*	1	0	7	1	4	1	16	4	12	9	3	0	5	125
Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	8	38	**		1	0	6	0	4	1	11	4	**	1	3	0	1	78
– davon ausreichend begründete Stellungnahmen	8	38			1		8)		4	1	11	4		1	*		1	69
– davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0			0		8)		0	0	0	0		0	*		0	0
Kolloquien	0	0	**	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

* Pandemiebedingte Modifizierung von QS-Vorgaben. ** Pandemiebedingte Aussetzung von QS-Vorgaben.

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Davon 4 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Genehmigungen enthalten Statuswechsler. ⁷⁾ Nächster Prüfzyklus ist für 2022 angekündigt. ⁸⁾ Finale Auswertung des Stellungnahmeverfahrens liegt noch nicht vor. ⁹⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

05

HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE



➤ DIMENSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Seit der grundlegenden Veröffentlichung zur Qualitätsbeurteilung ärztlicher Leistungen durch den amerikanischen Professor für Public Health, Avedis Donabedian, im Jahr 1966 wird zwischen Struktur- (Structure), Prozess- (Process) und Ergebnisqualität (Outcome) unterschieden. Dies sind damit zentrale Dimensionen der Qualität medizinischer Versorgung. Dieses Modell ist auch heute noch Grundlage und wird je nach Kontext um verschiedene Dimensionen erweitert.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt die Qualität in den sechs Dimensionen:

Effektivität im Sinne einer evidenzbasierten Versorgung und einer Verbesserung des Gesundheitszustands (Outcome) der behandelten Personen oder der Bevölkerungsgruppe,

Effizienz als Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen,

Zugänglichkeit als geographisch und zeitlich angemessene Versorgungsstruktur,

Patientinnen- und Patientenorientierung als Berücksichtigung der Ansprüche und Präferenzen der Betroffenen,

Gerechtigkeit im Sinne der Gleichheit der Versorgung für alle,

Patientinnen- und Patientensicherheit durch das Minimieren von Risiken.

Dabei ist zu beachten, dass die Dimensionen Zugänglichkeit und Gerechtigkeit für Personen, die in ärztlicher Behandlung sind, zwar wichtig, vom niedergelassenen Arzt beziehungsweise der niedergelassenen Ärztin im Rahmen der Versorgung aber nicht beeinflussbar sind. In ähnlicher Weise wie die WHO unterscheidet die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zwischen diesen Dimensionen sowie der zusätzlichen Dimension Kosten. Allerdings werden zur Versorgungsqualität im engeren Sinne nur die drei Kerndimensionen Effektivität, Patientinnen- und Patientenorientierung und -sicherheit gezählt. Auch der Commonwealth Fund verwendet diese Dimensionen, fügt allerdings als vierte Kerndimension die Koordination der Versorgung im Sinne einer angemessenen Behandlung und Verlaufskontrolle hinzu.

Die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beeinflussen sich gegenseitig. Das gewünschte Behandlungsergebnis (Ergebnisqualität) wird nur erreicht, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (Strukturqualität) gegeben sind und auch der gesamte Behandlungsprozess (Prozessqualität) darauf abzielt. Der größte Anteil der Qualitätskontrollen der KVen entfällt auf die Strukturqualität dieser Leistungen, denn hier sind die geeigneten Prüfparameter gut zu bestimmen. Zunehmend werden aber prozess- und ergebnisorientierte Verfahren integriert.



› GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG



ZENTRALE PARAGRAPHEN DES SGB V

§ 135

BEWERTUNG VON
UNTERSUCHUNGS- UND
BEHANDLUNGSMETHODEN

§ 135a

VERPFLICHTUNG DER
LEISTUNGSERBRINGER
ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

§ 135b

FÖRDERUNG DER QUALITÄT
DURCH DIE KASSEN-
ÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

§ 136

RICHTLINIEN DES
GEMEINSAMEN BUNDES-
AUSSCHUSSES ZUR
QUALITÄTSSICHERUNG

§ 136d

EVALUATION UND WEITERENT-
WICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG
DURCH DEN GEMEINSAMEN
BUNDESAUSSCHUSS

§ 137

DURCHSETZUNG UND
KONTROLLE DER QUALITÄTS-
ANFORDERUNGEN DES
GEMEINSAMEN
BUNDESAUSSCHUSSES

§ 137a

INSTITUT FÜR
QUALITÄTSSICHERUNG
UND TRANSPARENZ IM
GESUNDHEITSWESEN

§ 137b

AUFTRÄGE DES
GEMEINSAMEN
BUNDESAUSSCHUSSES
AN DAS INSTITUT
NACH § 137a

§ 137f

STRUKTURIERTE
BEHANDLUNGSPROGRAMME
BEI CHRONISCHEN
KRANKHEITEN

ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure. Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen:

- dem Gesetzgeber und anderen staatlichen Normgebern (zum Beispiel bei der Eichordnung und Strahlenschutzverordnung),
- der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzteschaft, der Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztekammern und KVen).

Die Vertragsärzte und -ärztinnen müssen in ihrer Tätigkeit die Richtlinien und Vorgaben aller drei Akteure beachten. Dies bedeutet umgekehrt, dass die KVen nicht sämtliche die Vertragsärzteschaft betreffende Qualitätsnormen vorgeben beziehungsweise deren Einhaltung überwachen, sondern nur die spezifisch vertraglichen Normen, die die gemeinsame Selbstverwaltung oder die ärztliche Selbstverwaltung vorgeben. Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend:

- das Vertragsarztrecht (SGB V sowie abgeleitete Normen, zum Beispiel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses),
- staatliche Normen (zum Beispiel Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Infektionsschutzgesetz),
- das Berufsrecht (zum Beispiel Berufsordnung, Weiterbildungsordnung).

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Die gesetzliche Grundlage für die Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bildet das SGB V. Daneben haben Vertragsärztinnen und -ärzte noch weitere Gesetze beziehungsweise Verordnungen zu beachten, die insbesondere Strukturqualitätsfragen regeln. Zu den grundlegenden Paragraphen des SGB V zählen:

§ 70 QUALITÄT, HUMANITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT

Dieser Paragraph gilt als Generalklausel für die vertragsärztliche Versorgung. Neben Wirtschaftlichkeit und Humanität sieht er auch die Verpflichtung zu einer qualitativ gesicherten Versorgung vor.

§ 75 INHALT UND UMFANG DER SICHERSTELLUNG

Die Sicherung und Förderung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und der Arbeitsergebnisse zu wahren und gegebenenfalls zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn Probleme rechtzeitig identifiziert, hinreichend analysiert, praktikable Verbesserungsvorschläge zügig erarbeitet und erfolgreich angewendet werden. Eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung besteht nach wie vor darin, die strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns in der Aus- und Weiterbildung zu schaffen und zu erhalten. In Ergänzung dazu bedarf es jedoch auch dynamischer, auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierender Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems. Damit sollen in der vertragsärztlichen Tätigkeit die Kooperation verbessert, der fachliche Wettbewerb gefördert und die Qualität der Betreuung insbesondere aus Sicht der Patienten und Patientinnen gewährleistet werden.

Eine qualitativ gute sowie gut erreichbare medizinische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten sind zwei der wichtigsten Ziele im Rahmen des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags, der ebenfalls eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung umfasst. Dies wurde mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und dem neu gefassten § 75 Abs. 1a SGB V noch einmal hervorgehoben.

§ 91 GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und wird von der KBV, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband gebildet. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei unparteiischen Mitgliedern sowie zehn

weiteren Mitgliedern, von denen fünf von den Organisationen der sogenannten Leistungserbringer benannt werden (eines von der KZBV und jeweils zwei von der KBV und der DKG) und fünf vom GKV-Spitzenverband. Bei Beschlüssen, die nicht alle Leistungssektoren betreffen, werden seit dem 1. Januar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber besondere Regelungen für die Beteiligung von Patientinnen und Patienten geschaffen. § 140f Abs. 2 SGB V regelt, dass den Interessenvertretungen der Patienten und Patientinnen und den sie beratenden Organisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird.

Spätestens seit dem 1. September 2012 sind die infolge der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erwartenden Bürokratiekosten im Sinne des § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrats in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen. Zur Ermittlung der Bürokratiekosten ist die Methodik nach § 2 Abs. 3 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrats anzuwenden.

§ 92 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Darunter fallen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V auch die Richtlinien zur Qualitätssicherung. Diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen.

§ 135 BEWERTUNG VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Nach § 135 Abs. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu Richtlinien erlassen hat. Diese Richtlinien müssen Empfehlungen enthalten:

- zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem Stand der jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisse,
- zur notwendigen Qualifikation der Ärzte und Ärztinnen,
- zu den apparativen Anforderungen,
- zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Sollte die Überprüfung der oben genannten Kriterien ergeben, dass diese nicht eingehalten werden, können die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht mehr als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden.

Nach § 135 Abs. 2 SGB V können die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags für ärztliche Leistungen, welche wegen Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens

- besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes beziehungsweise der Ärztin,
- besondere Praxisausstattung oder
- anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen,

einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen für Vertragsärzte im Rahmen von Qualitätssicherungsvereinbarungen beschließen. Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen werden vor dem Abschluss von Vereinbarungen in die Beratungen der Vertragspartner einbezogen. Zur Erhöhung der Transparenz sind Partner des Bundesmantelvertrags gesetzlich verpflichtet, die entscheidungserheblichen Gründe entweder im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekanntzumachen. Falls eine Bekanntmachung im Internet erfolgt, wird im Deutschen Ärzteblatt entsprechend der gesetzlichen Verpflichtung ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht.

§ 135a VERPFLICHTUNG DER LEISTUNGSERBRINGER ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Vertragsärztinnen und -ärzte, Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 136 bis 136b und 137d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

§ 135b FÖRDERUNG DER QUALITÄT DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die KVen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Deren Ziele und Ergebnisse müssen die Organisationen dokumentieren und jährlich veröffentlichen. Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in allen KVen Standard. Ebenso haben die KVen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig.

Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen zu entwickeln. Dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 3 zu berücksichtigen.

Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die KVen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden.

§ 136 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

- die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 3 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
- Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei auch die Finanzierung der zur Qualitätssicherung erforderlichen Strukturen insbesondere über Qualitätssicherungszuschläge regeln.

Die Richtlinien sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Richtlinienaufträge zu ausgewählten Bereichen sind in § 136a dargestellt.

§ 136d EVALUATION UND WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen,
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen,
- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten,
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierte Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten,
- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

§ 137 DURCHSETZUNG UND KONTROLLE DER QUALITÄTSANFORDERUNGEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c in Eskalationsstufen festzulegen. Maßnahmen können dabei sein: Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs für definierte Leistungen, Information Dritter über Verstöße, Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Vergütungsabschläge sind ebenfalls vorgesehen, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser unterschritten wird, es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.

§ 137a INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 hat zum 9. Januar 2015 ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet. Hierzu hat er eine Stiftung des privaten Rechts errichtet, die Trägerin des Instituts ist. Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln,
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebots der Datensparsamkeit zu entwickeln,
- sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach § 137a Abs. 3 Satz 3 einzubeziehen,
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
- für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen,
- Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft der Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

§ 137b AUFTRÄGE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES AN DAS INSTITUT NACH § 137a

Das Institut nach § 137a ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zum Zwecke der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung zu beauftragen. Personenbezogene Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung können unter Berücksichtigung von § 299 verarbeitet werden.

Die Arbeitsergebnisse der Aufträge gehen als Empfehlung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu, der diese im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz zu berücksichtigen hat.

§ 137f STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten fest, für welche strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative der Versicherten,
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

§ 139a INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 1. April 2004 ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet. Es ist zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten, tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
- Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

ARZTSTRUKTUR 2020

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTE,
ÄRZTINNEN, PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN
QUELLE: BUNDESARZTREGISTER, STAND 31. DEZEMBER 2020

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	ÄRZTE / ÄRZTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN / PSYCHOTHERAPEUTINNEN					SUMME
	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	
Allgemeinmedizin	27.306	26	1.621	5.440	40	34.433
Anästhesie	2.181	33	770	527	476	3.987
Augenheilkunde	3.740	23	1.411	1.089	180	6.443
Chirurgie und Orthopädie	7.439	103	3.140	1.117	2.217	14.016
– Gefäßchirurgie	286	2	299	58	353	998
– Kinderchirurgie	107	1	46	13	118	285
– Orthopädie	3.348	20	557	278	321	4.524
– Orthopädie und Unfallchirurgie	2.804	71	1.353	546	789	5.563
– Plastische Chirurgie	232	6	72	23	113	446
– Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	10	0	12	1	60	83
– Unfallchirurgie	1.285	7	570	123	479	2.464
– Viszeralchirurgie	237	6	281	31	439	994
Frauenheilkunde	8.404	45	1.518	1.515	1.213	12.695
– Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	149	2	89	48	11	299
– Gynäkologische Onkologie	128	0	55	13	196	392
– Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	131	0	62	38	149	380
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3.445	14	343	561	222	4.585
– Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung / Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	131	0	20	25	25	201
Dermatologie	2.842	32	322	660	108	3.964
Humangenetik	47	0	223	23	3	296
Innere Medizin	18.723	164	4.413	4.027	1.949	29.276
– hausärztlich tätig	12.267	22	1.613	2.800	0	16.702
– fachärztlich tätig	6.456	142	2.800	1.227	0	10.625
Innere Medizin mit fachlichem Schwerpunkt, einschließlich Ermächtigte**	6.456	142	2.800	1.227	1.949	12.574
– Angiologie	286	3	119	52	94	554
– Diabetologie / Endokrinologie (und Diabetologie)	132	5	90	18	79	324
– Gastroenterologie	988	37	418	171	551	2.165
– Geriatrie	0	0	0	0	2	2
– Hämatologie / Hämatologie und internistische Onkologie	541	9	446	124	202	1.322
– Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	0	0	0	0	2	2
– Kardiologie	1.818	52	612	405	599	3.486
– Nephrologie	828	15	616	217	113	1.789
– Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	880	19	237	119	226	1.481
– Rheumatologie	392	2	157	46	85	682

► Fortsetzung nächste Seite

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	ÄRZTE / ÄRZTINNEN UND PSYCHOTHEAPEUTEN / PSYCHOTHEAPEUTINNEN					SUMME
	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	
Kinder- und Jugendmedizin	5.286	35	621	1.261	838	8.041
– Infektiologie	0	0	0	0	1	1
– Kinderendokrinologie und -diabetologie	8	0	6	1	12	27
– Kindergastroenterologie	1	0	2	0	9	12
– Kinderhämatologie / Kinderonkologie	46	1	11	14	61	133
– Kinderkardiologie	251	1	37	39	88	416
– Kindernephrologie	12	0	1	3	6	22
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	0	0	0	0
– Kinderpneumologie / Kinder- lungen- und -bronchialheilkunde	54	0	9	11	21	95
– Kinderrheumatologie	1	0	0	0	3	4
– Neonatologie	497	5	67	63	258	890
– Neuropädiatrie	204	0	25	29	153	411
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	6.060	161	104	284	62	6.671
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	889	5	88	139	28	1.149
Laboratoriumsmedizin / Biochemie / Mikrobiologie	150	0	1.090	62	24	1.326
– Biochemie	1	0	3	0	0	4
– Immunologie	4	0	3	0	2	9
– Laboratoriumsmedizin	122	0	844	42	12	1.020
– Mikrobiologie	48	0	389	31	11	479
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.058	0	94	112	34	1.298
Nervenheilkunde / Neurologie / Psychiatrie	4.130	25	977	546	502	6.180
– Nervenheilkunde	1.155	2	135	91	49	1.432
– Neurologie und Psychiatrie	902	7	92	63	37	1.101
– Neurologie	1.191	11	570	266	337	2.375
– Psychiatrie	1.284	7	220	158	99	1.768
– Forensische Psychiatrie	9	0	2	0	3	14
– Kinderneuropsychiatrie	1	0	1	0	0	2
Neurochirurgie	472	2	526	70	83	1.153
Nuklearmedizin	436	0	360	187	15	998
Pathologie	466	0	452	215	33	1.166
– Neuropathologie	10	0	20	3	4	37
Physikalische und Rehabilitative Medizin	378	0	156	74	8	616
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin Arzt / Ärztin	3.406	0	122	296	53	3.877
Ärztliche Psychotherapie	5.765	24	183	101	68	6.141
– Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.365	10	80	29	34	2.518
Psychologische Psychotherapie	20.330	665	815	1.117	133	23.060
Radiologie	1.619	30	1.377	831	597	4.454
– Kinderradiologie	19	2	15	8	45	89
– Neuroradiologie	129	4	59	34	76	302
– Strahlentherapie	4	0	2	0	3	9
Strahlentherapie	203	0	708	175	12	1.098
Transfusionsmedizin	34	0	119	5	27	185
Urologie	2.514	18	329	310	285	3.456
Übrige Fachbereiche	0	0	3	2	12	17
Summe	127.323	1.405	21.885	20.746	9.222	180.581

* Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Einrichtungen und kommunale Einrichtungen. ** Hier werden nur Internisten berücksichtigt, die als Fachinternisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärzte, die als Internisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berücksichtigt. **Allgemeiner Hinweis:** Bei Ärzten und Ärztinnen, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

A

Akkreditierung: Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution.

Audit: Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit bestimmte Kriterien erfüllt sind. Im Kontext des Qualitätsmanagements ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die KVen gehören hierzu unter anderem (optionale) Praxisbegehungen als Standardmaßnahme fast aller Qualitätssicherungsvereinbarungen.

B

Behandlungspfad: Steuerungsinstrument, das den optimalen Weg eines speziellen Patientinnen- oder Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge festlegt. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.

Benchmarking: Konzept zum Vergleich bestimmter Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Patientinnen- und Patientenzufriedenheit oder vergleichbares sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie mit ihrer vergleichenden Ergebnismitteilung für Fallsammlungsprüfungen.

Besondere Versorgung: Mit der besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V sollen die verschiedenen Leistungssektoren miteinander vernetzt und eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) ermöglicht werden. Auf diese Weise sollen die verschiedenen Leistungsbereiche in eine einheitliche vertragliche Versorgung eingebunden werden. Die Regelungen zur besonderen Versorgung bauen auf den bisherigen Vertragsformen auf. Die Kostenträger können mit hierfür zugelassenen (sogenannten) Leistungserbringern spezielle Verträge schließen. Ziel ist es, durch vernetzte Behandlungsstrukturen eine bessere Qualität zu erreichen und interdisziplinäre Hürden zu überwinden, um auf die besonderen Bedürfnisse bei der Patientenversorgung flexibel eingehen zu können.

D

DIN EN ISO 9000 ff.: Diese internationale, erstmals Ende der 1980er-Jahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen). DIN EN ISO 9000:2005 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2008 legt Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2009 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen. Die Qualität des Produkts beziehungsweise der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in

DIN EN ISO 9001:2008 festgelegten Standards nachgewiesen werden können beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungs- beziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

Disease-Management-Programme (DMP): Sektorenübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientenpopulationen mit speziellen Risikokonstellationen richtet, deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien sowie durch die Eigeninitiative von Patientinnen und Patienten soll eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses erreicht werden.

E

Effektivität: Wirksamkeit, also das Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden. Eine Maßnahme ist effektiv, wenn sie geeignet ist, das formulierte Ziel zu erreichen.

Effizienz: Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen. Eine Maßnahme ist effizient, wenn eine vorgegebene Wirkung mit dem geringstmöglichen Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der sich paritätisch aus Vertretern des GKV-Spitzenverbands und der KBV zusammensetzt. Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung: Die KVen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Entsprechend den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, die KVen wählen von jedem Arzt und jeder Ärztin, der oder die die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientinnen- oder Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden. Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Voraussetzung für ein statistisch aussagekräftiges Ergebnis ist, dass die Stichprobe einem repräsentativen Querschnitt der Grundgesamtheit entspricht. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar, eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens ist im Einzelfall zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung abzuwägen. Dieser Abwägung ist bei der Ergebnisbewertung Rechnung zu tragen. Gleichmaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Kriterien zum Bestehen der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

Ergebnisqualität: siehe „Qualitätsdimensionen“

Evaluation: Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (zum Beispiel Auswirkungen auf die Versorgung, auf das Wohlbefinden der Beteiligten, auf das ärztliche Selbstverständnis und so weiter) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

Evidenzbasierte Medizin (EbM): EbM ist die Synthese von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer Forschung unter Einbeziehung von Präferenzen der behandelten Personen.

Sie umfasst die Formulierung einer konkreten, beantwortbaren Fragestellung, die Suche nach der relevanten Evidenz in der klinischen Literatur, den Einsatz wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien und der Größe des beobachteten Effekts, individuelle Anwendung dieser Evidenz auf konkrete Patienten und Patientinnen unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

F

Feedback: Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Teil eines Regelkreises. Es hat deutlichen Einfluss auf das künftige Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung, zum Beispiel in der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie und der DMP.

Fortbildung: Vertragsärzte und -ärztinnen und Vertragspsychotherapeuten und -therapeutinnen unterliegen den Anforderungen ihrer Berufskammern, die unter anderem die regelmäßige Fortbildung als eine Säule der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Berufsausübung vorsehen. Diese Anforderungen sind fester Bestandteil der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Darüber hinaus müssen sie gegenüber der jeweils zuständigen KV nachweisen, dass sie innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren 250 Fortbildungseinheiten in verschiedenen Kategorien absolviert haben. Erstmals war dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall.

Frequenzregelung: Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der eine Ärztin oder ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und / oder manueller Fertigkeit erfordern, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden Mindestmengen unter anderem für Leistungen der invasiven Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter) und für Koloskopien festgelegt. Die KVen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärztinnen und Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und die Ärztin oder der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen. Mit der Festlegung einer Frequenz wird versucht, Erfahrungswissen zu operationalisieren.

G

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Genehmigungspflicht: Die Genehmigung der KV ist für eine Vielzahl von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen Voraussetzung für deren Durchführung und Abrechnung bei gesetzlich Versicherten. Der oder die Antragstellende muss beispielsweise anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nachweisen, dass er oder sie die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegten Anforderungen an die fachliche Befähigung sowie die organisatorischen, räumlichen, apparativ-technischen sowie hygienischen Voraussetzungen erfüllt.

GKV-Spitzenverband: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und gestaltet als Verhandlungspartner, beispielsweise in Verhandlungen mit der KBV und als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

H

Health Technology Assessment (HTA): Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikationen, sowohl in absoluter Betrachtung als auch im Vergleich zu anderen damit konkurrierenden Verfahren. HTA ist eines der wichtigsten Instrumente der evidenzbasierten Medizin.

Hygienepflichten: Regelmäßige Hygienepflichten und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei Darmspiegelungen erfolgt durch ein von der jeweiligen KV beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung des Arztes oder der Ärztin widerrufen.

I

Integrierte Versorgung: Mit dem zum 23. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden die an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch V geregelten selektiven Vertragsformen neu strukturiert und als „Besondere Versorgung“ im neuen § 140a SGB V zusammengefasst. Die neuen Verträge nach § 140a SGB V lösen die Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V, die bisherigen Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V ab. Die §§ 140b-d, 73a und 73c SGB V wurden aufgehoben. Siehe „Besondere Versorgung“

ISO: Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN).

K

Kollektivvertrag: Die KBV oder regional die KVen schließen mit dem GKV-Spitzenverband oder Krankenkassen Verträge, um die ambulante Versorgung von gesetzlich Versicherten sicherzustellen. Der Bundesmantelvertrag ist ein Beispiel für einen Kollektivvertrag auf Bundesebene, in denen die Einzelheiten der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt sind. Auf Landesebene können KVen und Krankenkassen unter anderem die Höhe der Gesamtvergütung für spezielle vertragsärztliche Leistungen vereinbaren. Die Teilnahme am Kollektivvertrag ist für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten verpflichtend. Die Abrechnung erfolgt über die KV.

Kolloquien: Maßnahme der Qualitätssicherung, die in der Umsetzung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien und Vereinbarungen in der Hauptsache als Instrument zur Beratung und gegebenenfalls Prüfung vorgesehen ist.

L

Leitlinien: Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

M

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV): Verordnung auf der Basis des Medizinproduktegesetzes, die Einzelheiten der Anwendung von Medizinprodukten regelt.

Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG): Das MPDG ist seit dem 26. Mai 2021 in Kraft und löst das bislang geltende Medizinproduktegesetz (MPG) ab. Für den Anwendungsbereich In-vitro-Diagnostika ist für eine Übergangsfrist bis zum 25. Mai 2022 das MPG gültig. Hiernach gilt auch das MPDG. Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) ist weiterhin gültig.

N

Nationale Versorgungsleitlinien: Nationale Versorgungsleitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische sektorenübergreifende Versorgung auf der Grundlage der besten verfügbaren Evidenz. Das deutsche Programm für nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der KBV.

Nutzen: Wertbegriff, der entsprechend dem jeweiligen Messmodell objektiv (Kosten-Nutzen-Analyse: Geldeinheiten) oder subjektiv (Nutzwertanalyse: subjektive Nutzwerte) definiert ist.

P

Peer Review: Darunter versteht man die kritische und systematische Reflexion des Handelns einer Ärztin oder eines Arztes beziehungsweise einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten durch Angehörige der eigenen Berufsgruppe. Unter Anwendung eines strukturierten Verfahrens beobachten und beraten sich gleichgestellte Kolleginnen und Kollegen gegenseitig oder tauschen sich aus mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung (siehe auch Qualitätszirkel). Idealerweise findet Peer Review im Vor-Ort-Besuch in Praxen und MVZ statt.

Plausibilitätskontrolle: Überprüfung von Ergebnissen im Kontext anderer verfügbarer Angaben aus parallel oder schon früher erstellten Befunden (Befundmusterkontrolle, Trendkontrolle) sowie anhand von Grenzwerttabellen oder nach empirischen Regeln (Extremwertkontrolle, Regelprüfung). Die jeweiligen Entscheidungsgrenzen können nach sachlogischen Gesichtspunkten vorgegeben oder mit Hilfe explorativer Datenanalysen statistisch ermittelt werden. Plausibilitätskontrollen werden außerdem von den KVen jährlich bei mindestens zwei Prozent aller Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten hinsichtlich ihrer Honorarabrechnungen und Zeitprofile durchgeführt.

Praxisbegehungen: Regelmäßige Praxisbegehungen und damit verbundene Hygienepflichtungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung in den Qualitätssicherungsvereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie vorgeschrieben. Darüber hinaus gehören optionale Praxisbegehungen zu den Standardmaßnahmen der Qualitätssicherung und sind in fast allen Vereinbarungen vorgesehen. Sie dienen der Kontrolle, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den jeweiligen Anforderungen genügt.

Prozessqualität: siehe „Qualitätsdimensionen“

Q

Qualität: Nach der DIN EN ISO 9000:2005 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ definiert. Diese abstrakte Definition wurde von Wilhelm van Eimeren konkretisiert als „das Verhältnis vom Machbaren bezogen auf das Erwünschte“. Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor definierten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist nach Definition des Wissenschaftlers Avedis Donabedian zu überprüfen. Wie dieser Soll-Zustand als Ausdruck der „guten Qualität“ in der Gesundheitsversorgung näher zu definieren ist, mag dabei allerdings je nach Blickwinkel unterschiedlich bewertet werden.

Qualitätsdimensionen: Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-)Ergebnisses definierte Anforderungen erfüllt. Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als „Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen“ geht auf

Avedis Donabedian zurück. Demnach unterscheiden sich die drei Dimensionen wie folgt:

- › Strukturqualität umfasst die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschließlich der Zugangsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten;
 - › Prozessqualität meint alle medizinischen / pflegerischen / therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen;
 - › Ergebnisqualität beschreibt die dem medizinischen / pflegerischen / therapeutischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen.
- Siehe auch „Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“

Qualitätsindikator: Quantitatives oder qualitatives Maß, welches die Qualität von Strukturen, Prozessen und / oder Ergebnissen zumeist durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbildet. Qualitätsindikatoren können einzelne Aspekte von Qualität transparent machen und damit auch Auffälligkeiten beziehungsweise potenzielle Qualitätsdefizite in die Aufmerksamkeit rücken. Sie können als Instrument zur Bewertung und zum Monitoring der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden, die sich auf das Behandlungsergebnis bei dem oder der Behandelten auswirken. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu werden anhand von Referenzwerten beziehungsweise Referenzbereichen Ausprägungen des Indikators definiert. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen. Qualitätsindikatoren werden auch als qualitätsbezogene Kennzahlen beziehungsweise Qualitätskennzahlen bezeichnet.

Qualitätsmanagement (QM): Unter Qualitätsmanagement versteht man das systematische Herausarbeiten der Unterschiede zwischen angestrebten Zielen und Vorgaben und den tatsächlich erreichten Ergebnissen, die Analyse der Ursachen und die Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen (PDCA-Zyklus). Es umfasst alle Tätigkeiten der Unternehmensführung, die dazu beitragen, die Unternehmensziele und Verantwortlichkeiten festzulegen und die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung zu stellen, damit diese realisiert werden können. Dabei geht es um eine Standardisierung der Abläufe innerhalb einer Organisation / Praxis, nicht um eine praxisübergreifende Normierung (Norm).

Qualitätssicherung: Unter Qualitätssicherung als Synonym für Qualitätssicherung sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Versicherten und Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen dahingehend schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff Qualitätssicherung bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Traditionell wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter externer Qualitätssicherung werden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Dies ist für den ambulanten Bereich in der Hauptsache in den Disease-Management-Programmen umgesetzt. Insgesamt existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Qualitätssicherungskommissionen: Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständs mit einer professionellen Verwaltung. Die KVen richten dabei für die einzelnen Leistungsbereiche (zum Beispiel Radiologie oder Sonographie) Kommissionen ein, welche die Umsetzung der in den einzelnen Bereichen geltenden Richtlinien und Vereinbarungen unterstützen.

Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV: Die Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V schaffen strukturelle Voraussetzungen durch eine institutionelle Verankerung qualitätssichernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, durch das Berufen von Qualitätssicherungsbeauftragten in den KVen, das Einrichten von Qualitätssicherungskommissionen und der Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei den KVen. Als Verfahren zur Qualitätssicherung werden Qualitätszirkel, Ringversuche, Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Stichproben) und Kolloquien eingesetzt.

Qualitätszirkel (QZ): In Qualitätszirkeln finden sich Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in kleineren Gruppen zusammen, um ihre tägliche Arbeit zu reflektieren, kritisch zu hinterfragen und gemeinsam nach bestmöglichen Lösungen für die Patientenversorgung zu suchen. Qualitätszirkel bieten eine Struktur, in der die Teilnehmenden freiwillig und selbstbestimmt Themen zur Qualitätsförderung bearbeiten können – im Sinne des Peer Reviews und auf der Grundlage des Erfahrungswissens der Teilnehmenden. Sie unterstützen den Transfer von Wissen in die Praxis. Viele Qualitätszirkel arbeiten dabei mit Echtzeiten oder realen Patientenfällen aus den beteiligten Praxen / MVZ oder nutzen aufbereitete Daten und externe Evidenzquellen. So kann Versorgungsqualität abgebildet, mit verfügbaren Evidenzquellen abgeglichen und auf diese Weise verbessert werden.

Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®: Ein von der KBV und den KVen speziell für den niedergelassenen Bereich entwickeltes modulares Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements in Praxen. Es handelt sich dabei um ein indikatorenbasiertes, handbuchgestütztes, modular aufgebautes System, das von den Anwendern schrittweise umgesetzt werden kann. Kernstück ist der QEP-Qualitätsziel-Katalog®. Weitere Bausteine sind das QEP-Einführungsseminar® und das QEP-Manualplus®.

R

Reliabilität: Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird zusätzlich von Objektivität beziehungsweise Interbeobachterübereinstimmung gesprochen.

Rezertifizierung: Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem sich Ärztinnen und Ärzte in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterziehen müssen. Umgesetzt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung zur kurativen Mammographie. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärztinnen und Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt eine Ärztin oder ein Arzt die Anforderungen nicht und kann sie ihre oder er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf diese Leistung nicht mehr für die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden.

Richtlinie: Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Ringversuch: Externe Qualitätskontrollmethode. Die Qualität von Analysemethoden wird anhand von zugesandten Kontrollmaterialien überprüft. Die Überwachung von Ringversuchen im Laborbereich der ambulanten Versorgung obliegt zum Teil den KVen. Die erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Ringversuchen ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen.

S

Standard: Eine normative Vorgabe qualitativer und / oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. Allgemein werden hierunter Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau verstanden. Die Wertigkeit und

damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Aus juristischer Sicht ist ein medizinischer Standard das, was auf dem betreffenden Fachgebiet dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.

Strukturqualität: siehe „Qualitätsdimensionen“

V

Validität: Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium der Qualität einer empirischen Untersuchung. Zusammen mit den Kriterien der Reliabilität beziehungsweise der Objektivität können Aussagen zur Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

Versorgungsforschung: Systematische Erforschung der medizinischen Versorgung unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer. Sie bedient sich quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Methoden. Sie dient der Neuentwicklung theoretisch oder empirisch fundierter Versorgungskonzepte beziehungsweise der Verbesserung bereits vorhandener Konzepte.

W

Wirksamkeit: siehe „Effektivität“

Z

Zertifizierung: Verfahren, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit festgelegte Anforderungen erfüllt.

.....
Modifizierter Auszug aus dem Glossar der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) zum Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2007, und aus: Glossar zum QEP-Qualitätsziel-Katalog® und -Manual®, Version 2017
.....

ABKÜRZUNGEN

aQua	aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
CRT	Resynchronisationstherapie
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DMP	Disease-Management-Programm
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKG	Elektrokardiographie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ISO 9001	Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem der Internationalen Organisation für Normung (International Organization for Standardization)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IVM	intravitreale Medikamenteneingabe
k. A.	keine Angabe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KHK	koronare Herzkrankheit
KM6	Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Wohnort, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	low density lipoprotein (Lipoprotein geringer Dichte, ein Protein zum Transport von Blutfetten)
Lp(a)	spezielles Lipoprotein
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MRA	Magnetresonanztomographie
MRM	Magnetresonanztomographie der Mamma
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
oKFE-RL	Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme
PCI	Percutaneous coronary intervention (perkutane Koronarintervention)
PET	Positronenemissionstomographie
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Methode, abgekürzt PDCA-Zyklus oder -Methode
PTV	Psychotherapie-Vereinbarung
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
QP-RL	Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

RiLi-BÄK	Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
SGB V	fünftes Sozialgesetzbuch
sQS	sektorenübergreifende Qualitätssicherung
StrlSchG	Strahlenschutzgesetz
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

ABKÜRZUNGEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

BB	Brandenburg
BE	Berlin
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
HB	Bremen
HE	Hessen
HH	Hamburg
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NO	Nordrhein
RP	Rheinland-Pfalz
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Thüringen
WL	Westfalen-Lippe

QUELLEN

- Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press 2006, New York NY
- Donabedian A (1966), zitiert in Böcker P. Qualitätsmanagement im Krankenhaus – ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren. GRIN Verlag, Norderstedt 2005, S. 8
- Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework. OECD Health Working Papers No. 23; OECD 2006
- Lauerer M, Emmert M, Schöffski O. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Schriften zur Gesundheitsökonomie 18; HERZ, Burgdorf 2011
- Moka D, et al. Onkologisches FDG-PET / CT. Der Nuklearmediziner 2021; 44:212-236. Thieme 2021
- The Commonwealth Fund. Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2010 Update. URL: www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2010/jun/mirror-mirror-wall-how-performance-us-health-care-system, letzter Zugriff: 26.10.2021
- WHO. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO press 2006

➤ ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

KV BADEN-WÜRTTEMBERG

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Tel. (07 11) 78 75 - 0
www.kvbawue.de

KV BAYERN

Elsenheimerstraße 39
80687 München
Tel. (0 89) 5 70 93 - 0
www.kvb.de

KV BERLIN

Masurenallee 6 A
14057 Berlin
Tel. (0 30) 3 10 03 - 0
www.kvberlin.de

KV BRANDENBURG

Pappelallee 5
14469 Potsdam
Tel. (03 31) 23 09 - 0
www.kvbb.de

KV BREMEN

Schwachhauser Heerstraße 26 / 28
28209 Bremen
Tel. (04 21) 34 04 - 0
www.kvhb.de

KV HAMBURG

Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Tel. (0 40) 2 28 02 - 0
www.kvhh.net

KV HESSEN

Europa-Allee 90
60486 Frankfurt
Tel. (0 69) 2 47 41-7777
www.kvhessen.de

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN

Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Tel. (03 85) 74 31 - 0
www.kvmv.de

KV NIEDERSACHSEN

Berliner Allee 22
30175 Hannover
Tel. (05 11) 3 80 - 4800
www.kvn.de

KV NORDRHEIN

Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel. (02 11) 59 70 - 0
www.kvno.de

KV RHEINLAND-PFALZ

Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel. (0 61 31) 3 26 - 326
www.kv-rlp.de

KV SAARLAND

Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken
Tel. (06 81) 99 83 - 70
www.kvsaarland.de

KV SACHSEN

Schützenhöhe 12
01099 Dresden
Tel. (03 51) 82 90 - 50
www.kvsachsen.de

KV SACHSEN-ANHALT

Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel. (03 91) 6 27 - 6000
www.kvsa.de

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
Tel. (0 45 51) 8 83 - 0
www.kvsh.de

KV THÜRINGEN

Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Tel. (0 36 43) 5 59 - 0
www.kv-thueringen.de

KV WESTFALEN-LIPPE

Robert-Schimrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund
Tel. (02 31) 94 32 - 0
www.kvwl.de

.....

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel. (030) 40 05 - 0
www.kbv.de

DER KBV-QUALITÄTSBERICHT
IST ONLINE VERFÜGBAR:
www.kbv.de/html/1748.php

IMPRESSUM

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Versorgungsqualität,
Abteilung ambulante Qualitätssicherung – diagnostische Verfahren;
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation,
Bereich Externe Kommunikation;
unterstützt von weiteren Organisationseinheiten der KBV
sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen

Gestaltung: büro lüdke GmbH

Druck: W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG

Fotos: © Adobe Stock: Jürgen Fälchle (S. 10 – 11), KseniyaK (S. 52), Viacheslav Lakobchuk (S. 49); © Bernd Bertram (S. 62); © Berufsverband der Augenärzte / Augenärzte Datenbank (S. 92); © Christoph Rieken (S. 68); © Christoph Strohm / Pro Health Media (S. 108); © Fotolia: Dr. N. Lange (S. 88), hl studios (S. 141), mankale (S. 121), picsfive (S. 38), science photo (S. 71), sepi (S. 48), WavebreakMediaMicro (S. 96); © iStockphoto: alvarez (S. 94), BraunS (S. 120), choja (S. 80), cosinart (S. 66), DjelicS (S. 131), djgunner (S. 55), Drazen Zigic (S. 6, 19), Engine Images (S. 75), fotostorm (S. 129), keanu2 (S. 146), maodesign (S. 32), mixetto (S. 13), nicolas (S. 84), Nikolaeva Elena (S. 1), OKrasyuk (S. 29), Phototake PM (S. 122), robertprzybysz (S. 57), shironosov (S. 123), SimmiSimmons (S. 37), skynesher (S. 23, 85), spark067 (S. 30), zoranm (S. 28), zlikovec (S. 33); © Kaya Erdem, Düren (S. 87); © Katrin Marquardt (S. 143); © Lopata / axentis.de (S. 2); © Otto Hildebrand, Bad Zwischenahn (S. 35); © Robert Kühlmann / Klinikum Ernst v. Bergemann (S. 60); wikimedia: © Eric Erbe (S. 50), © July 2006 Bleiglass (S. 9, 111)

Redaktionsschluss: Kapitel 4 > 29. November 2021

Stand: Dezember 2021