



KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

QUALITÄTSBERICHT 2022

BERICHTSJAHR
2021



Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Dr. Stephan Hofmeister
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Dr. Sibylle Steiner, MBA
Mitglied des Vorstands der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

GRÜßWORT

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

zum Veröffentlichungszeitpunkt dieses Qualitätsberichts ist die COVID-19-Pandemie hierzulande vollends in einen endemischen Zustand übergegangen. Die Corona-Maßnahmen wurden beendet und für die Bürgerinnen und Bürger hat sich der Alltag wieder normalisiert. Für das in diesem Bericht behandelte Jahr 2021 war das aber noch nicht der Fall: Die 183.336 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mussten sich auch im zweiten Jahr der Pandemie an Kontaktbeschränkungen und Hygienemaßnahmen anpassen – und stemmten zusätzlich noch die angelaufene Impfkampagne. Schließlich wurde der Großteil der in Deutschland verabreichten Impfdosen in Vertragsarztpraxen verimpft.

Aber auch auf die Qualitätssicherung wirkte sich diese Ausnahmesituation weiterhin aus: So vereinbarten die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte, dass bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen vorübergehend ausgesetzt oder in modifizierter Form umgesetzt werden können. Die Folgen dieser Sonderregelungen zeigen sich auch im vorliegenden Qualitätsbericht. So liegen beispielsweise die bundesweit kumulierten Werte der durchgeführten arztbezogenen Dokumentationsprüfungen etwa sechs Prozent unter dem Vorjahresniveau.

Die Zahlen zeigen aber auch, dass die Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) sich gut auf die geänderten Rahmenbedingungen einstellen konnten, insbesondere durch eine verbesserte Digitalisierung des Prüfablaufs. In einigen Bereichen konnte sich das Prüfgeschehen dadurch im Vergleich zum Vorjahr stabilisieren, in anderen dagegen sogar ausweiten. So erhöhte sich beispielsweise die Anzahl durchgeführter Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von insgesamt 398 im ersten Jahr der Pandemie auf 892 im Berichtsjahr 2021. Auch Überprüfungen der Fortbildungsnachweise von Niedergelassenen haben sich um etwa neun Prozent erhöht. Eine Evaluation des G-BA stellte zudem fest, dass das Stichprobenverfahren ein effektives Instrument der Qualitätssicherung und -förderung ist und von den KVen richtlinienkonform umgesetzt wird.

Schlussendlich machte die Pandemie vor allem eines deutlich: Wir konnten und können uns in Deutschland auf eine durchgehend hohe Qualität der vertragsärztlichen Versorgung verlassen – sowohl während der Krise als auch danach. Die selbstständigen, angestellten und ermächtigten Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen ihre verschiedenenartigen Genehmigungen dafür regelmäßig bestätigen. Und das haben sie auch im zweiten Pandemiejahr mit großem Erfolg getan. Insgesamt 299.136 solcher Genehmigungen hielten sie im Jahr 2021, nur 317 davon wurden widerrufen. Allen Widrigkeiten durch das Coronavirus zum Trotz blieb die vertragsärztliche Versorgung also auch im Jahr 2021 auf dem gewohnt hohen Qualitätsniveau.

WIR WÜNSCHEN IHNEN EINE AUFSCHLUSSREICHE LEKTÜRE

INHALT

01 | ÜBERBLICK SEITE 6

Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
Bundesweit geltende Qualitätssicherungs- Vereinbarungen und -Richtlinien	9
Im Fokus – drei ausgewählte Themen	9

02 | AKTUELLES SEITE 10

Evaluation – Qualitätsprüfungs-Richtlinie Vertragsärztliche Versorgung	11
Start der Patientenbefragung – Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	13
Neue Qualitätssicherungsvereinbarung – Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	14
Umsetzung von Fallsammlungs- und Dokumentationsprüfungen – kurative Mammographie	15

03 | STRUKTUREN SEITE 16

Ambulante Qualitätssicherung	17
Infografik	18
Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens und dessen Folgeverpflichtungen	19
Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung	20
Themenbezogene Qualitätsinitiativen	25

04 | QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z SEITE 26

Abklärungskolposkopie	27
Akupunktur	28
Ambulantes Operieren	30
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	31
Arthroskopie	33
Balneophototherapie	35
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	36
Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen	37
Disease-Management-Programme (DMP)	38
› Ausgewählte Qualitätsziele im DMP Brustkrebs: Dauerhafte endokrine Therapie	40
› DMP Brustkrebs: Qualitätszielerreichung im Jahr 2020	42
› Vertragsumfang der Disease-Management-Programme	44
Fortbildungsverpflichtung	47
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	48
Histopathologie Hautkrebs-Screening	49
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	51
Hörgeräteversorgung	53
Hörgeräteversorgung – Kinder	55
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	57
Interventionelle Radiologie	58
Intravitreale Medikamenteneingabe	60
› Infografik	61
Invasive Kardiologie	63
Kapselendoskopie – Dünndarm	65
Koloskopie	67
Spezial-Labor	70

Langzeit-EKG-Untersuchungen	72	Sozialpsychiatrie	120
Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom	73	Soziotherapie	121
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	74	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	122
Magnetresonanz- / Kernspintomographie	75	Strahlendiagnostik / -therapie	123
Magnetresonanz-Angiographie	78	› konventionelle Röntgendiagnostik	124
Mammographie (kurativ)	80	› Computertomographie	125
Mammographie-Screening	82	› Osteodensitometrie	127
› Infografik	84	› Strahlentherapie	127
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)	86	› Nuklearmedizin	128
Molekulargenetik	87	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	129
Neuropsychologische Therapie	89	Ultraschalldiagnostik	131
Onkologie	90	› Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	138
Otoakustische Emissionen	92	Vakuumbiopsie der Brust	141
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung	93	Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri	143
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	94		
Phototherapeutische Keratektomie	95		
Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT)	96		
Psychotherapie	98		
Qualitätsmanagement und Patientensicherheit	100		
› Infografik	101		
› QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®	102		
› Mein PraxisCheck – Thema Hygiene überarbeitet	103		
› Patientenbefragung mit ZAP	103		
Qualitätszirkel	104		
Rhythmusimplantat-Kontrolle	106		
Schlafbezogene Atmungsstörungen	110		
Schmerztherapie	111		
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (SQS)	113		
› Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	114		
› Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (QS WI)	116		
› Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	119		
› Ausblick	119		

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 2021

ZUSAMMEN-
FASSENDE
DARSTELLUNG DES
PRÜFGESCHEHENS
IM BERICHTSJAHR
2021



183.336

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



299.136

GENEHMIGUNGEN ZU VERSCHIEDENEN BEREICHEN
(keine Kopfzählung)



10.595

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



94.823

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



2.927

PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)



13.056

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



16.395

PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
(inklusive Wartungsnachweise und Wiederholungen)



3.457

HYGIENEPRÜFUNGEN
(inklusive Wiederholungen)



282

**GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN WEGFALL
DER QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN**



35

GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN NEGATIVER PRÜFERGEBNISSE

KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren als Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) Maßnahmen zur Qualitätssicherung in ausgewählten Leistungsbereichen der vertragsärztlichen Versorgung, die insbesondere als Vereinbarungen zu besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Abs. 2 SGB V in der Anlage 3 BMV-Ä festgelegt sind. Darüber hinaus gelten für bestimmte Leistungsbereiche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 135 Abs. 1 und § 135b Abs. 2 SGB V sowie Qualitätssicherungsvorgaben nach weiteren Anlagen zum BMV-Ä.

Für die 183.336 Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen stehen diese besonders qualitätsgesicherten Leistungsbereiche unter Genehmigungsvorbehalt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind als ihre direkten Ansprechpartnerinnen für die Erteilung der Genehmigungen zuständig. Dazu prüft die KV die Erfüllung von Genehmigungsvoraussetzungen, wie eine besondere fachliche Befähigung, gerätetechnische Vorgaben oder räumliche Gegebenheiten der Praxis.

Zum Ende des Berichtsjahres hielten die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 299.136 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen, zusätzlich 44.984 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 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 Festlegung konkreter Auflagen, die zum Erhalt der Genehmigung zu erfüllen sind. In 10.595 Dokumentationsprüfungen wurden 94.823 Patientendokumentationen² geprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind im jeweiligen Leistungsbereich nachzulesen. Letzte Konsequenz bei gravierenden Qualitätsmängeln oder wiederholten Beanstandungen ist der Widerruf der Genehmigung. In insgesamt 317 Fällen wurde die Genehmigung widerrufen. Darunter auch Fälle, in denen spezielle Fortbildungs- und Leistungsnachweise, Mindestfrequenzen, gerätebezogene Wartungsnachweise oder messtechnische Kontrollen nicht vorlagen oder Hygieneprüfungen nicht bestanden wurden. Die KVen haben in 2.927 Fällen die Einhaltung von Frequenzvorgaben überprüft, 13.056 Überprüfungen spezieller Fortbildungsanforderungen vorgenommen, und – insbesondere in den Leistungsbereichen Hörgeräteversorgung und Ultraschall – 16.395 gerätebezogene Überprüfungen durchgeführt. 3.457 Hygieneprüfungen erfolgten zur Sicherung der Qualität der Koloskopie.

QUALITÄTSSICHERUNG IM ZWEITEN JAHR DER PANDEMIE

Die COVID-19-Pandemie erforderte auch im Berichtsjahr 2021 Kontaktbeschränkungen, strenge Hygienemaßnahmen und eine teilweise veränderte Prioritätensetzung in den Vertragsarztpraxen und KVen. Infolge der Feststellung einer „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ durch den Deutschen Bundestag wurde zwischen den Partnern des BMV-Ä vereinbart, dass bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen vorübergehend ausgesetzt oder in modifizierter Form umgesetzt werden können. Die Auswirkungen dieser Sonderregelungen zeigen sich auch im vorliegenden Qualitätsbericht. So liegen beispielsweise die bundesweit kumulierten Werte der durchgeführten arztbezogenen Dokumentationsprüfungen etwa sechs Prozent unter dem Vorjahresniveau.

Die dargestellten Zahlen zeigen aber auch, dass sich die KVen auf die geänderten Rahmenbedingungen einstellen konnten, zum Beispiel durch den Aufbau digitaler Lösungen, was in verschiedenen Bereichen zu einer Stabilisierung und in einigen Leistungsbereichen zu einem Anstieg des dargestellten Prüfgeschehens im Vergleich zum Vorjahr führte. So erhöhte sich beispielsweise die Anzahl durchgeführter Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie des G-BA von insgesamt 398 im ersten Jahr der Pandemie (2020) auf 892 Stichprobenprüfungen im Berichtsjahr 2021. Auch bei den Überprüfungen von Fortbildungsnachweisen ist gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg von etwa neun Prozent erkennbar. Bei Konstanz und Geräteprüfungen bewegt sich das Prüfgeschehen mit 16.395 Geräteprüfungen im Jahr 2021 nahezu auf dem Niveau vor der Pandemie (2019).

Auch wenn pandemiebedingt im Berichtsjahr Prüfungen verschoben oder noch nicht abgeschlossen werden konnten, zeigen die kumulierten Berichtsdaten für das Jahr 2021, dass die Maßnahmen zur Qualitätssicherung von den KVen, auch unter den besonderen Voraussetzungen der COVID-19-Pandemie, wieder in einem höheren Maße umgesetzt werden konnten.

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 Psychotherapie, Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) oder häufig vorhanden ist (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie).

² Wert enthält für einzelne Leistungsbereiche Schätzungen.

› BUNDESWEIT GELTENDE QUALITÄTSSICHERUNGS-VEREINBARUNGEN UND -RICHTLINIEN

- › Abklärungskoloskopie
- › Akupunktur
- › ambulantes Operieren
- › Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Arthroskopie
- › Balneophototherapie
- › Blutreinigungsverfahren / Dialyse
- › DMP Asthma / COPD
- › DMP Brustkrebs
- › DMP chronischer Rückenschmerz
- › DMP Depression
- › DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Dm1)
- › DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Dm2)
- › DMP koronare Herzkrankheit (KHK)
- › Histopathologie Hautkrebs-Screening
- › HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
- › Hörgeräteversorgung
- › Hörgeräteversorgung – Kinder
- › Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (HBO)
- › Interventionelle Radiologie
- › Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)
- › Invasive Kardiologie
- › Kapselendoskopie – Dünndarm
- › Koloskopie
- › Langzeit-EKG-Untersuchungen
- › Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
- › Liposuktion bei Lipödem im Stadium III
- › Magnetresonanztomographie
- › Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie
- › Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie der Mamma
- › Mammographie (kurativ)
- › Mammographie-Screening
- › Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)
- › Molekulargenetik
- › **Neuropsychologische Diagnostik und Therapie** —
- › Neuropsychologische Therapie
- › Onkologie
- › Otoakustische Emissionen
- › Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung
- › Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- › Phototherapeutische Keratektomie
- › Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT)
- › Psychotherapie
- › Rhythmusimplantat-Kontrolle
- › Schlafbezogene Atmungsstörungen
- › Schmerztherapie
- › Sozialpsychiatrie
- › Soziotherapie
- › spezialisierte geriatrische Diagnostik
- › Spezial-Labor
- › Stoßwellenlithotripsie
- › Strahlendiagnostik / -therapie
- 1. konventionelle Röntgendiagnostik
- 2. Computertomographie
- 3. Osteodensitometrie
- 4. Strahlentherapie
- 5. Nuklearmedizin
- › Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
- › **Telemonitoring bei Herzinsuffizienz** —
- › Ultraschall Diagnostik
- › Ultraschall Diagnostik der Säuglingshüfte
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › Wundinfektion (postoperativ)
- › Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri
- › Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)

NEU ab
Berichtsjahr
2022

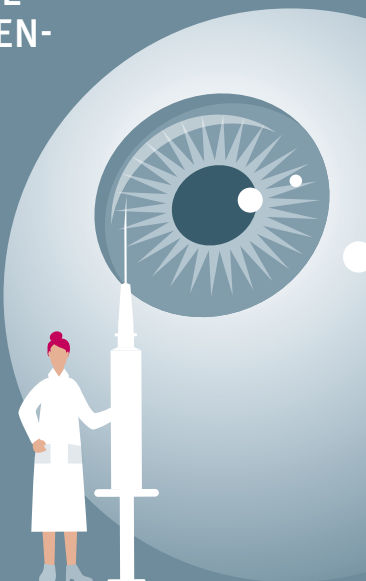
NEU ab
Berichtsjahr
2022

INTRAVITREALE MEDIKAMENTEN-EINGABE

ÄRZTINNEN / ÄRZTE
MIT GENEHMIGUNG

2.222	2.359	2.540
2019	2020	2021

› MEHR AUF SEITE 61



MAMMOGRAPHIE-SCREENING

2020

5.445.380
EINLADUNGEN

2.646.723
TEILNEHMENDE

16.096
MIT EINER DIAGNOSE
BRUSTKREBS NACH
HISTOPATHOLOGISCHER
UNTERSUCHUNG

› MEHR AUF SEITE 84



QUALITÄTSMANAGEMENT

STICHPROBENERGEBNISSE
2021/2022
UMSETZUNG VON QM

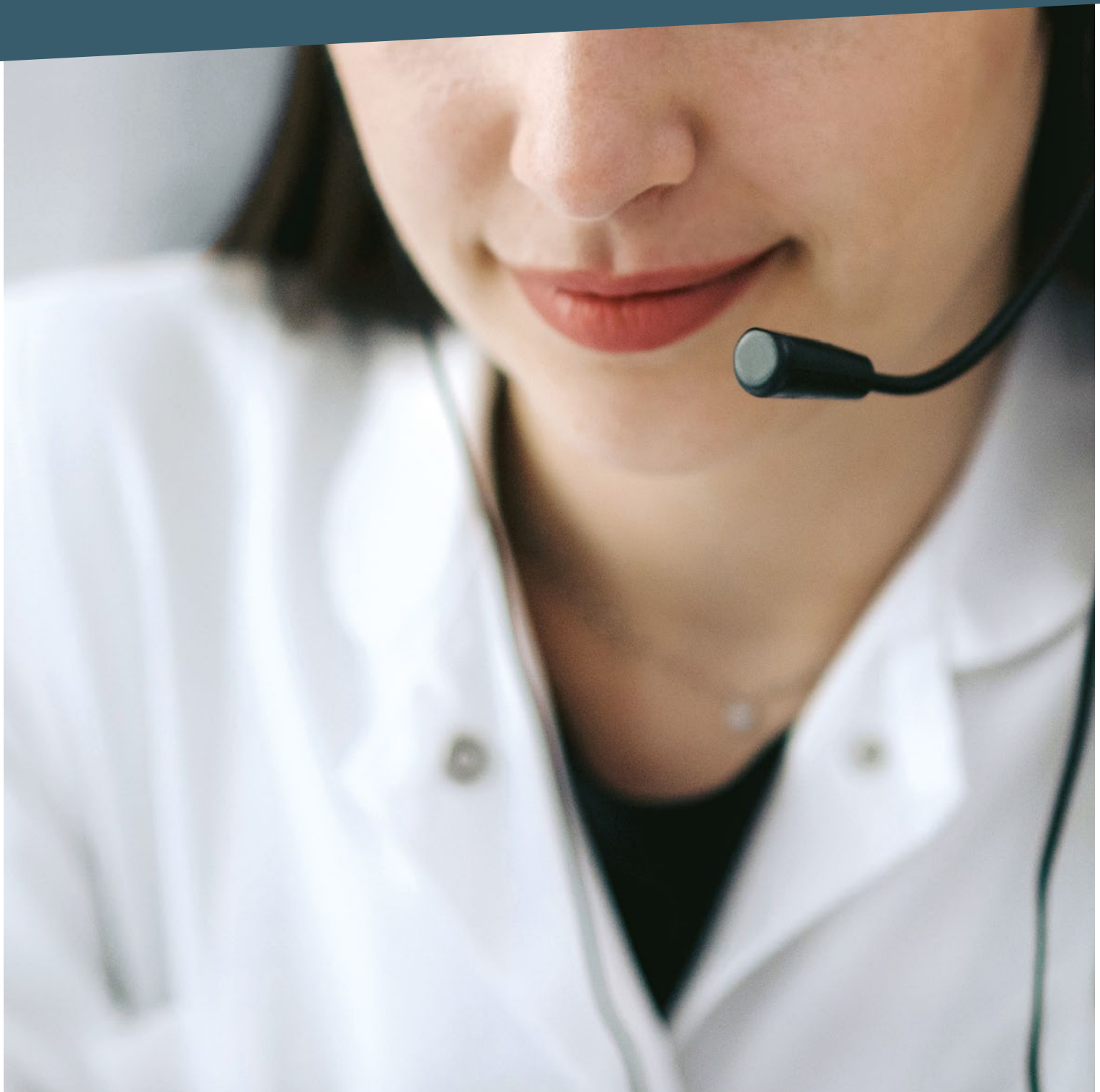
QM-RL

QUALITÄTS
MANAGEMENT-
RICHTLINIE

› MEHR AUF SEITE 101



02 | AKTUELLES



➤ EVALUATION

QUALITÄTSPRÜFUNGS-RICHTLINIE

VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Seit vielen Jahren prüfen die KVen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen unter anderem durch Stichproben nach § 135b SGB V. Grundlage dieser Stichprobenprüfungen ist die „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ (QP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit bundeseinheitlichen Vorgaben an das Prüfverfahren und den Umfang der Prüfungen. Die Prüfinhalte und Kriterien zur Beurteilung der Qualität sind in Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien (QB-RLen) festgelegt, die für die folgenden Leistungsbereiche vorliegen:

.....
konventionelle Röntgendiagnostik

.....
Computertomographie

.....
Kernspintomographie

.....
Arthroskopie

DATENGRUNDLAGE UND AUSWERTUNGSSTRATEGIE

Auf Grundlage von § 136d SGB V hat der G-BA das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen (aQua-Institut) beauftragt, die QP-RL und die zugehörigen QB-RLen hinsichtlich ihrer Anwendung und Zielerreichung zu evaluieren. Dabei sollten tragfähige Informationen zur Umsetzung der Richtlinien, gegebenenfalls bestehenden Umsetzungshindernissen sowie zu Auswirkungen der Richtlinien auf die Versorgungsqualität gewonnen und gegebenenfalls Vorschläge zur Weiterentwicklung der Richtlinien gemacht werden. Im Dezember 2021 veröffentlichte der G-BA den 122 Seiten (ohne Anhänge) umfassenden Evaluationsbericht.

Die Evaluation basiert auf den jährlichen Berichten der KBV zum Umfang und den Ergebnissen der Stichprobenprüfungen für die Jahre 2010 bis 2017 sowie den Einschätzungen und Kommentierungen dieser Berichte durch den G-BA. Bei bereits geprüften Fachärzten und Fachärztinnen sowie Mitgliedern der Qualitätssicherungskommissionen der KVen führte das aQua-Institut zwischen September 2019 und Januar 2020 standardisierte Online-Befragungen durch. Zudem wurden mit Vertretern der Geschäftsstellen zur Qualitätssicherung bei allen KVen Interviews zu verschiedenen Aspekten der QP-RL geführt. Zusätzlich wertete das aQua-Institut für den Leistungsbereich Arthroskopie Routinedaten der Barmer Ersatzkasse aus und stellte diese den Stichprobenergebnissen der KVen gegenüber.

Das aQua-Institut wertete die Online-Befragungen und Interviews statistisch aus, präsentierte die Ergebnisse in leistungsbereichsbezogenen Expertenworkshops und erörterte sie mit Vertreterinnen und Vertretern der KVen, der KBV, geprüften Ärztinnen und Ärzten sowie Mitgliedern der Qualitätssicherungskommissionen. Limitationen der Evaluation ergeben sich unter anderem durch die mit 12,2 Prozent insgesamt relativ geringe Teilnahmerate der geprüften Ärztinnen und Ärzte an den Befragungen oder durch die beschränkte statistische Aussagekraft aufgrund teilweise geringer Prüfungszahlen.

UMSETZUNG DER RICHTLINIE

In dem vom aQua-Institut betrachteten Zeitraum haben die KVen bei insgesamt 17.790 Ärztinnen und Ärzten Stichprobenprüfungen durchgeführt (kriterienbezogene Prüfungen nicht eingerechnet). Vereinzelt Unterschreitungen der vorgeschriebenen jährlichen Mindestprüfquote wurden seitens der KV begründet, so dass die Richtlinienvorgaben erfüllt wurden. Auffallend ist aber die zum Teil deutliche Variation der Prüfergebnisse zwischen den KVen. Das aQua-Institut führt das maßgeblich auf methodische Gründe zurück, die nicht in der Umsetzungsverantwortung der KVen liegen: kleine Fallzahlen und zeitweilige Änderungen der Prüfquoten. Aber auch prüferindividuelle Unterschiede in der Auslegung und Anwendung der Bewertungsgrundlagen scheinen eine Rolle zu spielen.

Sofern die Qualitätssicherungskommissionen ärztliche Leistungen beanstandeten, griffen alle KVen in Abhängigkeit von der Art der Beanstandung richtlinienkonform auf geeignete Maßnahmen zurück, um die Versorgungsqualität individuell und angemessen zu fördern. Persönliche und kollegiale Beratungsgespräche, die sich auch auf erklärende Hinweise zum Bescheid der KV beziehen, wurden dabei mit Abstand als effektivstes Qualitätsförderungsinstrument angesehen und entsprechend häufig genutzt.

ERGEBNISSE UND EFFEKTIVITÄT DES STICHPROBENVERFAHRENS

In den bildgebenden Verfahren konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie und Kernspintomographie verbesserten sich die Stichprobenergebnisse im Betrachtungszeitraum deutlich. In der Kernspintomographie beispielsweise sank der (bundesweite) Anteil erheblicher oder schwerwiegender Beanstandungen bei den zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen von 12,6 Prozent im Jahr 2010 auf 5,6 Prozent in 2017, in der Röntgendiagnostik von 19,4 Prozent auf 8,1 Prozent. Für die Computertomographie, ein Bereich mit vergleichsweise nur wenigen Prüfungen, stellt das aQua-Institut fest, dass in allen Berichtsjahren im Durchschnitt gute Ergebnisse erzielt wurden. Die Hypothese, dass der positive Trend auf die Umsetzung der QP-RL zurückzuführen ist, ließ sich anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend belegen, da Seiteneffekte, wie beispielsweise verbesserte Untersuchungstechniken, nicht auszuschließen waren.

Im Bereich Arthroskopie ist bei den erheblichen und schwerwiegenden Beanstandungen zwar ebenfalls ein rückläufiger Trend zu beobachten (von 38,4 Prozent in 2010 auf 19,0 Prozent in 2017), allerdings auf einem höheren Niveau. Der Rückgang der Beanstandungsquote findet sich ebenfalls in den Auswertungen der Routinedaten der Barmer Ersatzkasse wieder. Inwiefern die Auffälligkeiten und Beanstandungen gemäß den Prüfkriterien der QB-RL Arthroskopie eher formell gelagerte Aspekte betreffen und die Qualität der Arthroskopien damit nicht optimal erfasst wurde, kann der Bericht aus methodischen Gründen nicht belegen. Um die Aussagefähigkeit der Stichprobenprüfungen in diesem Sinne zu verbessern, wurde die QB-RL zwischenzeitlich überarbeitet, um eine klarere Trennung von formellen und medizinischen Aspekten der Qualität darstellen zu können.

Mehrheitlich bestätigten sowohl die Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen als auch die Vertreterinnen und Vertreter der KVen im Rahmen der Befragungen und Workshops, dass das Stichprobenverfahren mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen, die im Falle von Beanstandungen zur Verfügung stehen, ein effektives Instrument der Qualitätssicherung und -förderung bei den geprüften Leistungsbereichen ist. Aber es gab auch Kritik an einzelnen Richtlinienbestimmungen, zum Beispiel hinsichtlich der Relevanz einiger Prüfinhalte. Insbesondere kam die Frage auf, inwieweit die angeforderten Dokumentationen grundsätzlich zur Beurteilung des ärztlichen Handelns geeignet sind. So geben die geprüften Fachärztinnen und Fachärzte an, dass sich infolge von Beanstandungen in erster Linie das Dokumentationsverhalten verbessert hat.

Das aQua-Institut leitet aus den Ergebnissen der Evaluation Vorschläge ab, wie das Stichprobenverfahren noch effektiver gestaltet und die Berichterstattung optimiert werden könnte. Eine Empfehlung ist beispielsweise, die Repräsentativität der Stichprobenprüfungen durch eine Verlängerung der Prüfzeiträume zu erhöhen und einen organisierten Erfahrungsaustausch zwischen den KVen und deren Qualitätssicherungskommissionen zu etablieren, um die Bewertungen der ärztlichen Dokumentationen einander anzugleichen. Dem Gedanken des PDCA-Zyklus folgend, werden diese Empfehlungen nun im G-BA und mit den KVen beraten, soweit sie nicht bereits im Rahmen der unlängst beschlossenen Neufassungen der QP-RL und der leistungsbereichsbezogenen QB-RLen Berücksichtigung fanden.

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend stellt das aQua-Institut fest, dass das Stichprobenverfahren ein effektives Instrument der Qualitätssicherung und -förderung ist, das sich allerdings auf die Prozesse der ärztlichen Leistungserbringung und weniger auf die Beurteilung der patientenseitigen Ergebnisqualität richtet. Die Wirkung der Richtlinie erfolge demnach indirekt, da angenommen werden kann, dass die Sicherstellung einer guten Prozessqualität die Voraussetzung einer guten Patientenversorgung ist. Das Verfahren wird laut aQua-Institut von den KVen richtlinienkonform umgesetzt, wenngleich es Unterschiede in den Bewertungen der Prüfungen gibt. Insgesamt und in der vergleichenden Betrachtung zu anderen Qualitätssicherungsverfahren sei das Stichprobenverfahren als aufwandsarm, zumindest für die geprüften Fachärztinnen und Fachärzte, einzustufen.



Evaluationsbericht unter:

➔ www.g-ba.de/downloads/39-261-5218/2021-12-16_QP-RL_Freigabe-Abschlussbericht-aQua-Evaluation-QP-RL.pdf

› START DER PATIENTENBEFRAGUNG

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG

Seit Juli 2022 werden bundesweit Patientinnen und Patienten, die eine Perkutane Koronarintervention oder eine Koronarangiographie erhalten haben, zur Behandlungsqualität befragt. Die Fragen zielen insbesondere auf kommunikative und organisatorische Abläufe des Behandlungsmanagements. Die Ergebnisse sollen einen weiteren Beitrag zur Qualitätssicherung der Arztpraxen und Krankenhäuser leisten.

Das Verfahren „perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ ist damit das erste Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS), in dem das Instrument der Patientenbefragung zum Einsatz kommt. Weitere Befragungsbögen liegen bereits für das QS-Verfahren zur Nierenersatztherapie sowie für die vor der Umsetzung stehenden QS-Verfahren zur Schizophrenie und zur ambulanten Psychotherapie vor. Diese Patientenbefragungen sollen in den Folgejahren starten.

Die Durchführung einer Patientenbefragung im Rahmen der sQS ist im Fünften Sozialgesetzbuch (§ 137a SGB V) sowie in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA verankert. Die Patientenbefragung startet in Papierform. Künftig soll die Befragung auch barrierefrei umgesetzt werden können (§ 137b SGB V). Eine online-basierte Befragung, welche sich derzeit gemäß Beauftragung des G-BA in der Entwicklung befindet, stärkt den Aspekt der Barrierefreiheit.

Die KBV unterstützt die Bestrebung, die Sicht der Patientinnen und Patienten in das interne Qualitätsmanagement der medizinischen Einrichtungen einzubeziehen. Kritisch sieht sie jedoch, dass sich die Befragung zu einem eigenständigen Qualitätssicherungsinstrument entwickeln soll, auf dessen Basis Sanktionen möglich werden könnten. Denn dies würde dem motivierenden Charakter einer Qualitätsförderung entgegenlaufen.

ANSPRUCHSVOLLE DURCHFÜHRUNG

Zur Umsetzung der Befragung hat der G-BA ein komplexes Verfahren beschlossen (siehe Abbildung). So erhalten die Patientinnen und Patienten den Fragebogen nicht von der behandelnden Einrichtung, sondern von einer Versendestelle, die eigens für diesen Zweck geschaffen worden ist. Ihre Antworten senden die Teilnehmenden in einem adressierten Freiumschlag an das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Das Institut hat hierzu eine Fragebogenannahmestelle eingerichtet. Zudem hat es eine Kontaktstelle aufgebaut, an die sich die Befragten für Rückfragen wenden können.

Die Versendestelle zieht, sofern notwendig, eine Stichprobe, da pro Einrichtung maximal 200 Fragebögen versandt werden sollen, ordnet den Patienten und Patientinnen die jeweils richtige Fragebogenversion gemäß Eingriff zu – im Verfahren QS PCI sind drei Fragebogenversionen vorgesehen – und versendet die Fragebögen.

Ärztinnen und Ärzten kommt eine Informationspflicht gegenüber ihren Patientinnen und Patienten zu. Des Weiteren sind sie verpflichtet, bis zum siebten Tag eines Monats, erstmals bis zum 7. August 2022, befragungsrelevante Daten der Patientinnen und Patienten über die Datenannahmestelle an die Versendestelle zu übermitteln. Die Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert. Ein Leistungserbringerpseudonym gewährleistet, dass die Ergebnisse einer Arztpraxis beziehungsweise einem Krankenhaus zugeordnet werden können.

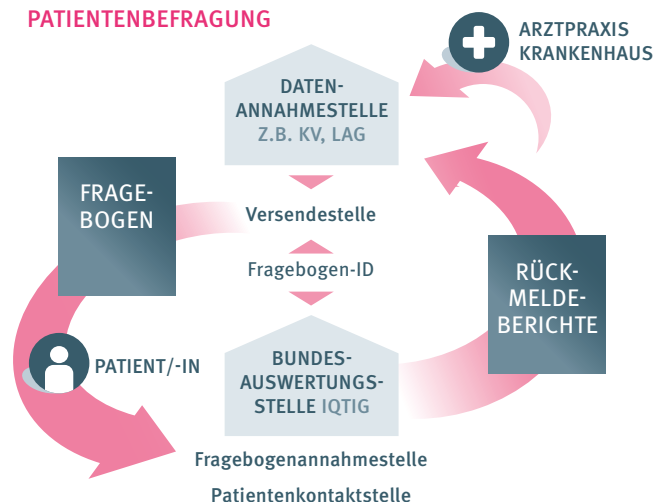
Praxen und Krankenhäuser erhalten jährlich eine Auswertung der Befragungsergebnisse sowie vierteljährlich eine Information darüber, wie viele Patientinnen und Patienten an der Befragung teilgenommen haben. Die jeweilige Datenannahmestelle stellt die Ergebnisse den Einrichtungen zu.

PATIENTENSICHT

Die Befragungsinhalte zielen im Wesentlichen auf kommunikative und organisatorische Aspekte der Behandlung aus Patientensicht. Hierzu gehört unter anderem die Kommunikation und Interaktion mit dem medizinischen und dem assistierenden Personal, die Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten sowie deren Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Darüber hinaus werden Fragen zur Indikationsstellung, zum Wohlbefinden, zu Beschwerden und Symptombelastung gestellt.

Insgesamt sollen für die Patientenbefragung zum Verfahren QS PCI 19 Qualitätsindikatoren erhoben werden, wozu den Patientinnen und Patienten etwa 50 bis 60 Fragen je Bogen gestellt werden. Da sie die Fragebögen bis zu zwölf Wochen nach dem Eingriff erhalten sollen, ist ein gutes Erinnerungsvermögen gleichfalls gefragt. Das IQTIG geht von einer 30-prozentigen Rücklaufquote aus.

DATENFLUSS DER PATIENTENBEFRAGUNG



› NEUE QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNG TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ

Zum 1. April 2022 ist die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz) in Kraft getreten.

HINTERGRUND

Der G-BA hat das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz als neue Methode in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen. Dabei erfolgt ein datengestütztes, zeitnahes Management in Zusammenarbeit zwischen einer primär behandelnden Ärztin oder einem primär behandelnden Arzt (PBA) und einem ärztlichen telemedizinischen Zentrum (TMZ).

Während der oder die PBA (Hausärztinnen und Hausärzte, sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Nephrologie, Innere Medizin und Pneumologie sowie Innere Medizin ohne Schwerpunkt) die Leistungen im Rahmen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz ohne Genehmigung abrechnen kann, benötigen die Ärztinnen und Ärzte im TMZ eine Genehmigung ihrer KV.

FACHLICHE BEFÄHIGUNG

Die Leistungen des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz dürfen nur von Kardiologinnen und Kardiologen erbracht werden, die über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle verfügen.

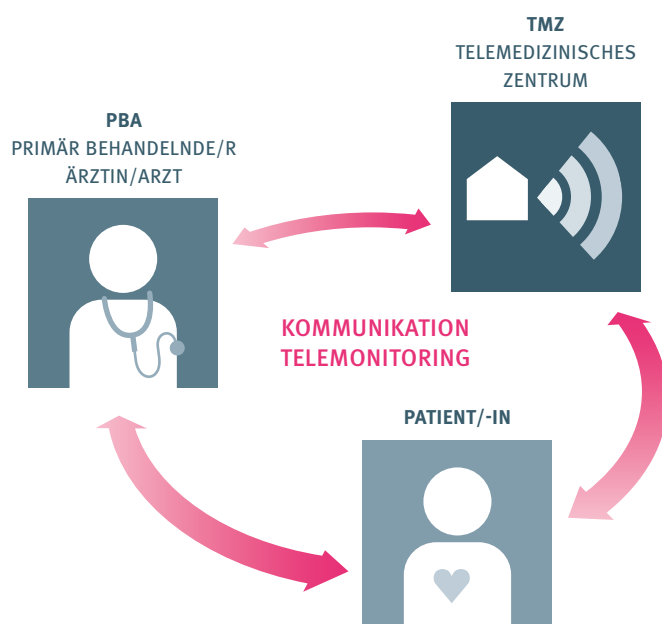
ANFORDERUNGEN AN DIE TECHNISCHE AUSSTATTUNG

Für die Umsetzung des Telemonitorings werden kardiale implantierbare Aggregate (ICD, CRT-P, CRT-D) oder externe (Mess-)Geräte zur Erfassung des Körpergewichts, der elektrischen Herzaktion, des Blutdrucks und zur Übermittlung der von den Patientinnen und Patienten selbst erhobenen Informationen zur subjektiven Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustands verwendet.

LEISTUNGEN DES TELEMONITORINGS BEI HERZINSUFFIZIENZ

Der oder die PBA stellt die Indikation zum Telemonitoring und ist verantwortlich für die leitliniengerechte Behandlung der Patientinnen und Patienten. Zu Beginn des Telemonitorings übermittelt der oder die PBA patientenbezogene Informationen an das TMZ (unter anderem zu der aktuellen Medikation und den stationären Aufnahmen wegen kardialer Dekompensation).

Das TMZ leitet die Patientinnen und Patienten an, stattet sie mit den gegebenenfalls notwendigen externen (Mess-)Geräten aus und veranlasst die Einrichtung der technischen Infrastruktur. Während des Telemonitorings stellt das TMZ sicher, dass Warnmeldungen zu auffälligen Messwerten am auf die Datenübertragung folgenden Werktag (Montag bis Freitag) beziehungsweise beim sogenannten „intensivierten Monitoring“ (auch an Wochenenden und Feiertagen) spätestens am auf die Datenübertragung folgenden Tag gesichtet werden. Das TMZ hat den oder die PBA bei Warnmeldungen mit möglichem ärztlichem Handlungsbedarf am Tag der Sichtung zu benachrichtigen, damit der oder die PBA diesbezügliche Maßnahmen bei der Patientin beziehungsweise bei dem Patienten veranlassen kann. Das TMZ übermittelt dem oder der PBA einen Quartalsbericht, der verschiedene Informationen beinhalten muss und erstellt für interne Zwecke eine strukturierte Handlungsanweisung zur Durchführung des Telemonitorings, die der KV auf deren Verlangen hin vorzulegen ist.



› UMSETZUNG VON FALLSAMMLUNGS- UND DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN KURATIVE MAMMOGRAPHIE

Die Erstellung, Befundung und Abrechnung kurativer Mammographien in der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die KV zulässig. Die Voraussetzungen für die Genehmigungserteilung und den Genehmigungserhalt werden in mehreren Abschnitten der Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie nach § 135 Abs. 2 SGB V definiert. Diese wurde in der Vergangenheit immer wieder optimiert. So gelten ab dem 1. Januar 2023 konkretisierende Vorgaben zur Zusammensetzung der Fallsammlungsprüfungen hinsichtlich der Anzahl der Fälle mit bösartigen Veränderungen in beiden Mammæe.

FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG ZUM NACHWEIS DER FACHLICHEN BEFÄHIGUNG

ABSCHNITT C DER MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG

Die Fallsammlungsprüfung zum Erhalt der Genehmigung umfasst 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen, die im Zeitrahmen von sechs Stunden zu befunden sind. Die Beurteilung der Fälle erfolgt anhand von vier Beurteilungskategorien an einer digitalen Prüfstation in den Räumlichkeiten der KV und wird durch Mitarbeitende der KV beaufsichtigt. Direkt im Anschluss an die Prüfung wird dem Arzt beziehungsweise der Ärztin das Ergebnis der Prüfung mitgeteilt und die Möglichkeit geboten, falsch beurteilte Fälle noch einmal anzusehen. Die Prüfung war erfolgreich, wenn eine Sensitivität und eine Spezifität von mindestens 90 Prozent erreicht wurden. In den Jahren 2012 bis 2021 wurden 30,4 Prozent der Fallsammlungsprüfungen nicht bestanden.

FALLSAMMLUNGSPRÜFUNG ZUR AUFRECHTERHALTUNG UND WEITERENTWICKLUNG DER FACHLICHEN BEFÄHIGUNG

ABSCHNITT D DER MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG

Der Ablauf der Fallsammlungsprüfungen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung erfolgt analog zu Prüfungen nach Abschnitt C. Anders als bei Abschnitt C sind bei diesen Prüfungen allerdings auch Fälle mit „Wahrscheinlich gutartigen Läsionen“ enthalten und auch die richtige Einstufung der Fälle nach den Beurteilungskategorien 1 (Normalbefund) bis 5 (hochgradig malignitätsverdächtiger Befund) ist von Bedeutung. Zudem gelten andere Bestehenskriterien. Zur Feststellung, ob die Prüfung

bestanden wurde, übermitteln alle KVen die Ergebnisse an die KBV. Nach Abschluss des Prüfzeitraums vergleicht die KBV alle Ergebnisse und stellt fest, welche Ärzte und Ärztinnen die Prüfung bestanden haben und welche nicht.

Die Feststellung folgt den Vorgaben von § 11 der QS-Vereinbarung. Maßgeblich hierbei ist die erreichte Sensitivität, Spezifität und gegebenenfalls die Abweichungen zu den Beurteilungskategorien. Zugleich wird sichergestellt, dass maximal 2,5 Prozent der Ärztinnen und Ärzte die Prüfungen nicht bestehen. Die KBV übermittelt die Ergebnismitteilungen an die KV. Diese teilt dem Arzt oder der Ärztin das Prüfungsergebnis mit. Wird die Prüfung nicht bestanden, besteht die Möglichkeit, die Prüfung innerhalb von sechs Monaten zu wiederholen. Wird diese Prüfung erneut nicht bestanden, ist innerhalb von drei Monaten die Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich. Über das weitere Vorgehen entscheidet dann die KV in Abhängigkeit vom Ausgang des Kolloquiums und gemäß § 11 Abs. 3 der QS-Vereinbarung.

2021 nahmen 16 Ärzte und Ärztinnen an einer Wiederholungsprüfung und ein Arzt oder eine Ärztin an einem Kolloquium teil. In keinem Fall wurde die Genehmigung entzogen.

ÜBERPRÜFUNG DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION

ABSCHNITT E DER MAMMOGRAPHIE-VEREINBARUNG

Zusätzlich prüfen die KVen die Qualität mammographischer Untersuchungen mit ihren diagnostischen Informationen sowie die Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der medizinischen Fragestellung, Indikationsstellung und Befundung. Dazu werden bei jedem Arzt und jeder Ärztin mit Genehmigung im Abstand von 24 Monaten die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen zu zehn Patientinnen angefordert. Die Auswahl der Stichprobe erfolgt durch die KV auf Grundlage von Abrechnungsdaten. Ärztinnen und Ärzte, welche die Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation nicht erfüllen, müssen in Abhängigkeit von der Art der Mängel nach drei oder sechs Monaten an einer erneuten Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilnehmen. Wird auch bei der erneuten Überprüfung festgestellt, dass Anforderungen an eine sachgerechte Dokumentation nicht erfüllt werden, wird die Abrechnungsgenehmigung durch die KV widerrufen.

Im Jahr 2021 nahmen bundesweit 26 Ärztinnen und Ärzte an einer Wiederholungsprüfung teil und ein Mal wurde die Genehmigung entzogen. Im Zeitraum von 2012 bis 2021 wurden im Schnitt 7,7 Prozent der Dokumentationsprüfungen nicht bestanden.

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 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 verfügt, 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 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.

183.336

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN
VERSORGUNG TEILNEHMENDE
ÄRZTE UND ÄRZTINNEN,
PSYCHOTHERAPEUTEN UND
PSYCHOTHERAPEUTINNEN
NACH KVen IM JAHR 2021.

Zählung nach Personen.



Alles Gute.

KVBW

23.383

KV BADEN-WÜRTTEMBERG



KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

29.186

KV BAYERN



BERLIN
Besser. Gemeinsam. Wirken.

10.612

KV BERLIN



KVBB
Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

4.904

KV BRANDENBURG



KVHB

2.057

KV BREMEN



Kassenärztliche
Vereinigung Hamburg

5.485

KV HAMBURG



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

14.087

KV HESSEN



KV MV

3.420

KV MECKLENBURG-
VORPOMMERN



KVN

16.560

KV NIEDERSACHSEN



Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN

22.652

KV NORDRHEIN



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

8.206

KV RHEINLAND-PFALZ



KV SAARLAND
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

2.243

KV SAARLAND



KVS

8.952

KV SACHSEN



**SACHSEN
ANHALT**

4.496

KV SACHSEN-ANHALT



KVSH

6.105

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

4.465

KV THÜRINGEN



KVWL
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

16.523

KV WESTFALEN-LIPPE



› 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

BETRIEBSSTÄTTENBEEOEGE 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,
gegebenenfalls 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 Hautkrebs-Screening, HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen,
Hörgeräteversorgung, Hörgeräteversorgung – Kinder, hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem
Fußsyndrom, intravitreale Medikamenteneingabe, Kapselendoskopie – Dünndarm, Koloskopie,
Spezial-Labor, Laserbehandlung beim benignen Prostata-syndrom, Magnetresonanz-Angiographie,
Mammographie (kurativ), Molekulargenetik, Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT),
photodynamische Therapie am Augenhintergrund, phototherapeutische Keratektomie, Rhythmus-
implantat-Kontrolle, Schmerztherapie, Ultraschalldiagnostik, Ultraschalldiagnostik der Säuglings-
hüfte, Vakuumbiopsie der Brust, Zytologische Untersuchung von Abstrichen 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 größte Teil der Qualitätsprüfungen 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 zu den Parametern der Struktur- und Prozessqualität.

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstands 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 den 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.

DIE ARBEIT DER KVen BEI ALLEN QUALITÄTSGESICHERTEN VERFAHREN BETRIFFT IM WESENTLICHEN ZWEI BEREICHE:

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

› AKKREDITIERUNG

› EINGANGSPRÜFUNG

› KOLLOQUIUM

› FREQUENZREGELUNG

› KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG

› REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH

› PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG

› FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

› STANDARDISIERTE ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION

› EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

› RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION

› BERATUNG



› AKKREDITIERUNG

Der zentrale Punkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die vorbehaltliche Genehmigungserteilung durch die KVen. Sie 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 im jeweiligen Jahr in Kraft getretenen oder aktualisierten Vereinbarungen. Diese können gegebenenfalls eine neue Genehmigung, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen. 2021 wurden allein für diese Aufgabe etwa 54.900 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 die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. 2021 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 190 Prüfungen (ohne Wiederholungsprüfungen).

Seit 2012 gilt für die Sonographie der Säuglingshüfte, dass die Dokumentationen der ersten zwölf Untersuchungen nach Genehmigungserteilung von den Kommissionen überprüft werden. 2021 erfolgte dies bei 369 Ärzten und Ärztinnen. Weitere Leistungsbereiche sind Arthroskopie, Schmerztherapie und Positronenemissionstherapie (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 2021 bei 437 Ärztinnen und Ärzten überprüft.

› KOLLOQUIUM

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 2021 etwa 1.480 Kolloquien statt, wobei der größte Teil, etwa 1.090, im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurde. Etwa 184 Kolloquien gab es im Laborbereich.

› 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:

Abklärungskolposkopie
Histopathologie Hautkrebs-Screening
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen (Anzahl der Behandelten)
Interventionelle Radiologie
Invasive Kardiologie
Kapselendoskopie – Dünndarm (Auswertende)
Koloskopie
Kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust
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.

› KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG

In den Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien sind für die Leistungsbereiche in einigen Fällen verschiedene Arten der Kooperation festgeschrieben. Dies betrifft zum Beispiel Kooperationen der Leistungserbringer mit weiteren Einrichtungen mit besonderer Ausstattung bei speziellen Eingriffen oder Therapien wie beispielsweise in der interventionellen Radiologie oder der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom. Die Vorgaben zur Kooperation können die konsiliarische Erörterung zur Klärung der Indikationsstellung zwischen veranlassenden und durchführenden Ärzten und Ärztinnen vorsehen oder die strukturierte Zusammenarbeit von interdisziplinären Teams regeln. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bezieht sich einerseits auf die koordinierte Behandlung der Patientinnen und Patienten durch unterschiedliche Fachdisziplinen (zum Beispiel Schmerztherapie) und andererseits auf die Indikationsstellung in definierten Teams, wie bei der Positronenemissionstherapie, aber auch auf Fallbesprechungen in Form von Tumorkonferenzen in der Onkologie. In der Vereinbarung zum Mammographie-Screening ist eine obligatorische Doppelbefundung vorgesehen. Werden hierbei Auffälligkeiten festgestellt, ist eine abschließende Beurteilung im Rahmen der wöchentlichen Konsensuskonferenzen verpflichtend.

› REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH

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 kollegialer Fachgespräche (Kolloquien) 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 155.700 Ultraschallgeräte von jedem der fast 93.900 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.

› PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG

Regelmäßige Hygieneprüfungen sind seit dem Jahr 2003 für Praxen vorgeschrieben, die Koloskopien durchführen. Die Überprüfung der Hygiene erfolgt zwei Mal jährlich 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.

› FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapievereinbarung, die HIV / Aids- oder die Mammographievereinbarung, 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.

› STANDARDISIERTE ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION

Die Vorgaben zur elektronischen Dokumentation in den Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien dienen unterschiedlichen Zielen. Je nach Bereich betreffen diese beispielsweise die Dokumentation des einzelnen Behandlungsfalls (MRSA) oder Dokumentationen in Form von Jahresstatistiken, in denen definierte Daten für eine vergleichende Auswertung genutzt werden (Kapselendoskopie, Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom, Zytologie oder Molekulargenetik). Die Vorgaben zur elektronischen Dokumentation können auch eine behandlungsfallbezogene Dokumentation zur Übermittlung an die KV, wie beispielsweise in der Hörgeräteversorgung oder der Früherkennungskolposkopie, vorsehen oder der Übermittlung an kooperierende Einrichtungen (Mammographie-Screening) und der Zusammenarbeit einer interdisziplinären Kooperationsgemeinschaft der Teilnehmenden dienen.

› EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

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.

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 Hautkrebs-Screening
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom
Intravitreale Medikamenteneingabe
Kapselendoskopie – Dünndarm
Koloskopie
Spezial-Labor
Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
Liposuktion
Magnetresonanzt-Angiographie
Mammographie (kurativ)
Mammographie-Screening
Molekulargenetik
Neuropsychologische Diagnostik und Therapie (ab 2022)
Onkologie
Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT)
photodynamische Therapie am Augenhintergrund (ausgesetzt bis 31.12.2022)
Phototherapeutische Keratektomie (ausgesetzt bis 31.12.2022)
Rhythmusimplantat-Kontrolle
Schmerztherapie
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
Ultraschalldiagnostik
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
Vakuumbiopsie der Brust
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

› RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION

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.

› BERATUNG

Beratungen können beispielsweise in Form eines kollegialen Fachgesprächs (Kolloquium) dazu dienen, eine in der Stichprobenprüfung beanstandete Dokumentation mit dem Arzt oder der Ärztin zu erörtern und gegebenenfalls Hinweise für die Verbesserung der Leistungserbringung zu geben. Bei Beanstandungen in der Hygieneprüfung kann eine Beratung auch am Ort der Leistungserbringung stattfinden.

QUALITÄTSMANAGEMENT FÖRDERN

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 mammographie-rende 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.

Daneben gibt es bundesweit fünf Referenzzentren, die unter anderem für die Betreuung und Schulung des Personals der Screening-Einheiten zuständig sind und die Einhaltung der qualitätssichernden Maßnahmen überprüfen und fördern.



KBV

GKV-SV

04 | QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z



ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

✓ 755 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: 01.01.2022

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 / QUALITÄTSSZIRKEL: 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)										3)							
✓ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	90	91	41	22	6	44	71	16	69	66	30	18	31	26	33	15	86	755
abrechnende Ärzte	83	85	38	19	6	39	63	16	66	64	25	18	31	26	32	14	78	703
beschiedene Anträge ²⁾	32	34	21	9	2	13	25	10	17	18	13	3	8	6	7	7	33	258
– davon Genehmigungen (§ 8 Abs. 3)	32	33	12	9	2	13	25	10	17	17	13	2	8	6	6	6	27	238
– davon Ablehnungen	0	1	9	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	6	20
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	12	32	8	23	2	4	15	10	8	17	44	18	19	6	6	6	72	302
– davon analog	4	8	5	14	0	0	6	5	2	1	11	2	7	3	3	5	13	89
– davon digital	3	17	3	5	0	3	4	0	2	3	16	16	3	3	2	1	36	117
– davon Kombisysteme	5	7	0	4	2	1	5	5	4	13	17	0	9	0	1	0	23	96

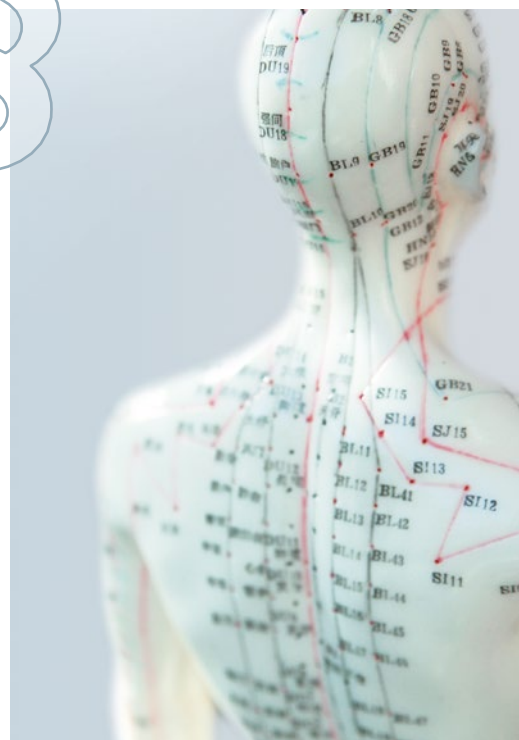
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Keine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

AKUPUNKTUR

✓	8.553	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	212	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	3.371	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📅	4.764	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)					8)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1.323	1.295	614	175	73	146	627	108	613	1.251	349	124	304	154	236	125	1.036	8.553
beschiedene Anträge ²⁾	45	84	58	8	5	15	64	4	9	16	33	8	5	5	8	2	76	445
– davon Genehmigungen	45	81	58	8	5	15	61	4	9	16	32	8	5	5	5	2	72	431
– davon Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	3	0	4	14
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	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	17	22
– wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6								0					0				0	0
– aus sonstigen Gründen								4					1				17	22
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	11	0	49	16	0	14	k.A.	4	52	8	44	2	21	1	14	4	30	270

➤ Fortsetzung nächste Seite

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

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	985	1.165	526	156	73	118	516	104	535	1.019	302	113	273	120	200	105	957	7.267
abrechnende Ärzte geprüft, in %	1,6*	0,9	**	**	6,8	5,9	2,1*	6,7	**	1,9	3,0*	6,2	6,6	7,5	6,5	4,8	6,6	11)
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	2*	7*	**	**	2	0	0*	0	**	15	5	0	9	3	4	1	6	54
– davon bestanden	2	4			2					15	5		9	2	4	1	5	49
– davon nicht bestanden	0	0			0					0	0		0	1	0	0	1	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	2	2	**	**	0	0	0*	0	**	0	2	0	0	0	0	0	0	6
– davon bestanden	2	9)									2							4
– davon nicht bestanden	0	9)									0							0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	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	14*	3*	**	**	3	7	11*	7	**	4	4	7	9	6	9	4	57	145
– davon bestanden	14	9)			2	7	10	7		4	4	7	8	5	9	3	51	131
– davon nicht bestanden	0	9)			1	0	1	0		0	0	0	1	1	0	1	6	11
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	2	0	**	**	0	0	0*	0	**	0	2	0	1	0	2	0	0	7
– davon bestanden	2										2		1		2			7
– davon nicht bestanden	0										0		0		0			0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	1	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)

geprüfte Dokumentationen – normale Fälle	192	37	**	**	48	70	128	0	**	86	108	84	142	99	143	68	717	1.922
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	0	9)			28	2	6	0		0	7	2	1	9	11	9	54	129
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5					20	0	3				7	2	0	9	11	0	53	105
– davon nicht nachvollziehbar					2	0	3				0	0	0	0	0	0	1	6
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar					6	2	0				0	0	1	0	0	9	0	18
geprüfte Dokumentationen – Ausnahmefälle	153				14	54	88	109		10	13	58	70	50	47	35	748	1.449
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	1				11	1	8	0		0	0	0	6	0	3	4	36	70
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0				9	0	6						1		3	2	35	56
– davon nicht nachvollziehbar begründet	0				0	0	2						5		0	0	1	8
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	1				2	1	0						0		0	2	0	6

PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.074*	1.292	**	k.A.	**	121	627*	104	**	**	**	99	83		224	56*	1.084	4.764
--	--------	-------	----	------	----	-----	------	-----	----	----	----	----	----	--	-----	-----	-------	-------

* 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) Enthalten sind 31 Änderungsanträge. 6) Davon 6 Erstgenehmigungen. 7) Davon 4 Umschreibungen. 8) Widerrufe erfolgten wegen fehlender Fortbildungsnachweise. 9) Ergebnisse der Dokumentationsprüfungen stehen noch aus. 10) Prüfung zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen. 11) Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

AMBULANTES OPERIEREN

✓ 33.043 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)					
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	4.748	5.579	2.395	892	499	961	2.428	497	3.098	3.413	1.358	488	1.104	741	1.125	671	3.046	33.043
beschiedene Anträge ²⁾	681	1.250	107	88	75	187	571	51	427	546	95	29	93	55	87	57	509	4.908
– davon Genehmigungen	681	1.196	107	88	75	187	569	50	426	540	95	29	91	55	87	57	509	4.842
– davon Ablehnungen	0	54	0	0	0	0	2	1	1	6	0	0	2	0	0	0	0	66
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	15
– davon ohne Beanstandungen								13							1			14
– davon mit Beanstandungen								1							0			1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	6	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	6	0	121	67	51	142	k.A.	38	158	419	202	36	29	63	67	56	248	1.703

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⁾ Enthalten sind 395 Änderungsanträge. ⁶⁾ Begehungen beinhalten die komplette Beratung auch in Hinsicht auf die Hygienevorgaben, inklusive Einbeziehung der Landesgesundheitsbehörden. ⁷⁾ Davon 240 Erstanträge. ⁸⁾ Differenzen zum Vorjahr wegen Abzug von Doppelt-Facharztbezeichnungen (Orthopädie und Unfallchirurgie) und Statuswechsel. ⁹⁾ Genehmigungen werden praxisbezogen erteilt, Vorjahresangabe bezieht sich auf Leistungsorte.

› APHERESSEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

✓ 1.314 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)																	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	141	133	49	75	21	47	57	44	157	157	83	24	60	59	51	44	112	1.314
beschiedene Anträge ²⁾	16	30	2	6	0	7	3	3	13	13	8	2	11	1	5	3	20	143
– davon Genehmigungen	16	28	2	6		7	3	3	13	13	8	2	11	1	4	3	11	131
– davon Ablehnungen	0	2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	9	12
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	4	0	7	k.A.	1	3	8	8	0	6	2	3	2	5	49

› 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	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	2	11
– davon angenommen	2	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	2	11
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Folgeanträge	6	12	9	0	1	6	3	1	5	14	12	1	5	13	0	1	3	92
– davon angenommen	6	12	9	0	1	6	3	1	5	14	12	1	5	13	0	1	3	92
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE

Erstanträge	0	14	2	26	0	2	3	13	17	50	0	0	18	4	3	5	19	176
– davon angenommen	0	12	0	15	0	2	3	9	12	42	0	0	4	4	3	4	3	113
– davon abgelehnt	0	2	2	11	0	0	0	4	5	8	0	0	14	0	0	1	16	63
Folgeanträge	33	134	43	157	1	12	61	73	55	505	20	4	105	158	31	33	131	1.556
– davon angenommen	31	134	43	157	1	12	61	73	53	505	20	4	104	158	31	33	129	1.549
– davon abgelehnt	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	7

LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER Lp(a)-ERHÖHUNG

Erstanträge	14	45	10	8	9	13	13	12	109	7	10	12	43	1	11	16	69	402
– davon angenommen	10	43	9	6	5	10	13	12	89	7	8	12	24	0	10	8	38	304
– davon abgelehnt	4	2	1	2	4	3	0	0	20	0	2	0	19	1	1	8	31	98
Folgeanträge	41	361	107	70	30	54	53	85	883	27	88	55	231	26	60	102	130	2.403
– davon angenommen	41	361	107	70	27	54	53	85	867	27	88	55	231	26	60	102	128	2.382
– davon abgelehnt	0	0	0	0	3	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	2	21

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.

ARTHROSKOPIE

✓	4.154	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	120	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	1.440	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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	608	917	225	78	47	74	355	60	356	396	190	96	169	66	128	89	300	4.154
beschiedene Anträge ²⁾	89	74	5	4	1	7	16	2	21	24	6	2	16	4	8	7	42	328
– davon Genehmigungen	85	61	5	4	1	7	16	2	21	24	6	2	14	4	8	7	42	309
– davon Ablehnungen	4	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	19
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	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	k. A.	0	8	2	0	7	k. A.	2	17	29	34	2	6	1	8	11	6	133

➤ Fortsetzung nächste Seite

ARTHROSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
						4)			5)	5)		6)						
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																		
Prüfungsfang																		
abrechnende Ärzte	360	596	131	61	27	33	221	60	207	252	104	45	99	42	76	54	159	2.527
geprüfte Ärzte	9	24	**	3	**	4	9	5	8	19	13	4	13	**	**	3	6	120
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	0	13		**		1	6	5	1	0	4	3	7			3	4	47
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	9*	11		3		3	3	0	7	19	9	1	6			0	2	73
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	2,5	4,0	**	4,9*	**	6,1	4,1	8,3	3,9	7,5	11,5	8,9	13,1	**	**	5,6	3,8	7)
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen		8				1	1	2	1		2	3	6			3	3	30
– geringe Beanstandungen		3				0	3	0	0		0	0	1			0	0	7
– erhebliche Beanstandungen		1				0	1	0	0		0	0	0			0	0	2
– schwerwiegende Beanstandungen		1				0	1	3	0		2	0	0			0	1	8
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 S. 2																		
– keine Beanstandungen	3	5		0		2	1		3	13	2	0	3				2	34
– geringe Beanstandungen	2	1		2		1	0		1	1	2	0	1				0	11
– erhebliche Beanstandungen	1	4		0		0	0		2	1	0	0	1				0	9
– schwerwiegende Beanstandungen	3	1		1		0	2		0	3	5	1	1				0	17
Maßnahmen																		
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	6	4		1		0	7	3	3	6	4	1	4			0	1	40
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0		0		0	6	3	3	3	4	0	0			0	0	19
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 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	3	1		0		3	0	0	0	0	0	1	0			0	0	8
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	3	1				0						1						5
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0	0				0						1						1
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	5		0		0	0	0	0	0	2	0	0			0	1	8
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1, § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 4f, § 10 Abs. 2, § 11 Abs. 8 sowie § 12 Abs. 2 und § 12 Abs. 6 S. 1	0	0		0		0	0	0	0	0	2	0	0			0	0	2
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel											2							2
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen											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⁾ In 3 Fällen kam es zu Abrechnungskorrekturen, da die abgerechneten Leistungen nicht in der Bilddokumentation abgebildet wurden. ⁵⁾ Eine Prüfung noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Maßnahmen: beide Gründe bei einem Arzt zutreffend. ⁷⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

BALNEOPHOTOTHERAPIE

✓ 905 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

⚡ 216 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 / RINGVERSUCH: zum Nach-
weis der regelmäßigen Wartung der Bestrahlungsgeräte und der Bestrahlungsstärke
der Leuchtmittel jährliche Stichprobenprüfungen im Umfang von mindestens
20 Prozent der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen
der Genehmigungserteilung

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

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
	4)					5)				6)			7)					

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	110	145	25	16	21	25	49	2	122	109	51	20	42	13	29	19	137	935
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	111	145	25	17	20	25	45	4	120	99	48	20	43	12	32	18	121	905
beschiedene Anträge ²⁾	9	19	3	1	1	0	1	2	8	4	1	0	6	0	3	0	27	85
– davon Genehmigungen	9	14	3	1	1		1	2	8	4	1		6		3		27	80
– davon Ablehnungen	0	5	0	0	0		0	0	0	0	0		0		0		0	5
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⁾	0	2	3	0	2	0	k.A.	0	14	5	5	0	5	1	0	2	2	41

⚡ PRÜFUNGEN WARTUNGSNACHWEISE § 8

abrechnende Ärzte	91	127	16	17	20	20	36	1	104	99	37	20	30	10	30	14	121	793
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	24	6*	6	17	4	8	12	2	**	21	10	20	9	3	6	4	47	199
– davon Nachweise erbracht	22	6	6	17	4	0	12	0		17	9	20	7	2	6	4	47	179
– davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	2	0	0	0	0	8	0	2		4	1	0	0	1	0	0	0	18
nochmalige Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	2	0	0	0	0	8	0	2	**	4	0	0	0	1	0	0	0	17
– davon Nachweise erbracht	2					8		2		4				1				17
– davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0					0		0		0				0				0
Ärzte mit Genehmigung geprüft, in %, (soll 20%)	21,6	4,1*	24,0	100,0	20,0	32,0	26,7	50,0	**	21,2	20,8	100,0	20,9	25,0	18,8	22,2	38,8	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⁾ Vorjahresangabe korrigiert. Prüfungen Wartungsnachweise noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Genehmigungen enthalten Statuswechsler u. ä. ⁷⁾ Überprüfung der Wartungsnachweise für 2 Ärzte noch nicht abgeschlossen. ⁸⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

✓ 2.869 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), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1

SGB V, Gültigkeit seit: 01.01.2019, zuletzt hierzu geändert zum: 01.01.2022

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 Versorgungsaufträgen 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 Patientinnen 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)												

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	246	906	122	75	20	57	265	67	211	213	133	27	105	105	63	78	176	2.869
beschiedene Anträge ²⁾	29	121	7	6	0	12	22	6	2	18	7	2	16	5	4	7	32	296
– davon Genehmigungen	29	119	7	6		12	22	6	2	18	7	2	16	5	3	7	28	289
– davon Ablehnungen	0	2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	7
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	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	k. A.	2	3	4	0	9	k. A.	4	20	8	15	0	14	8	3	3	5	98

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⁾ Neugenehmigungen in bestehenden Versorgungsaufträgen. Patienten sind Hämodialyse-Patienten. ⁶⁾ Genehmigungen inklusive Statuswechsel.

› BOTOXBEHANDLUNG BEI BESTIMMTEN BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN

✓ 1.015 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

📄 694 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	143	168	47	9	4	22	39	12	104	125	42	15	37	24	28	15	89	923
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	141	190	49	12	5	28	54	14	112	134	48	15	47	29	31	16	90	1.015
beschiedene Anträge ²⁾	17	24	5	4	1	6	15	6	9	16	6	1	10	8	3	1	30	162
– davon Genehmigungen	17	22	5	4	1	6	15	6	9	16	6	1	10	8	3	1	30	160
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	8	14
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	1	1	0	0	k.A.	4	4	7	0	1	0	3	0	1	1	23
📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	103	184	45	2	5	27	39	k.A.	**	112	**	15	22	⁴⁾	31	11	98	694

** 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⁾ Prüfung Fortbildung noch nicht abgeschlossen.

› DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME DMP

✓ 7.121	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP DIABETES MELLITUS TYP 1
✓ 51.616	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP DIABETES MELLITUS TYP 2
✓ 51.742	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP KORONARE HERZKRAKHEIT
✓ 6.748	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP BRUSTKREBS
✓ 50.455	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP ASTHMA
✓ 47.365	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP COPD

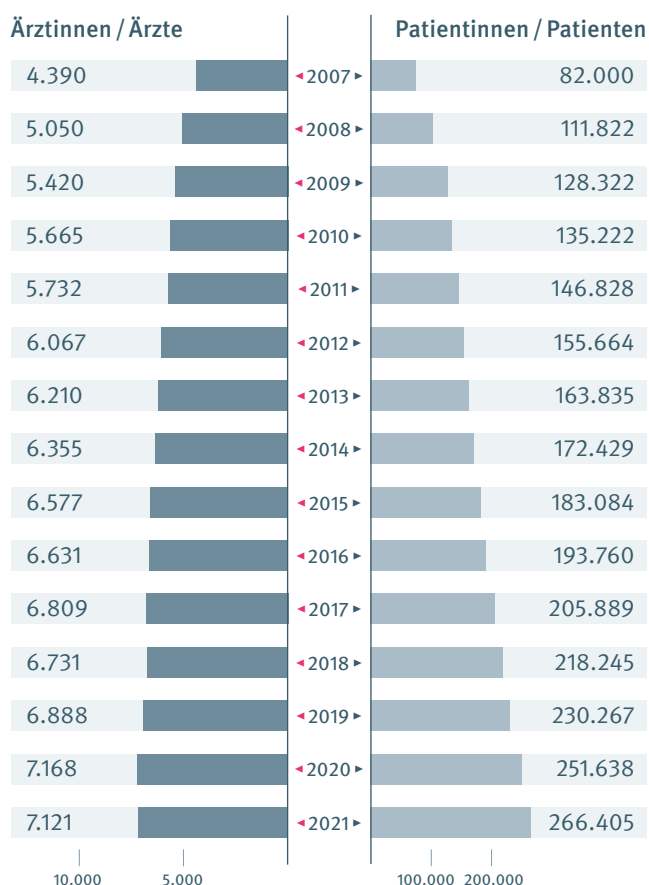
› ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, PATIENTINNEN UND PATIENTEN IM DMP

Ende des Jahres 2021 waren mehr als 7,8 Millionen Patientinnen und Patienten in Disease-Management-Programme (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 2021 insgesamt circa 9,3 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Ein großer Teil dieser Einschreibungen, etwa 4,7 Millionen,

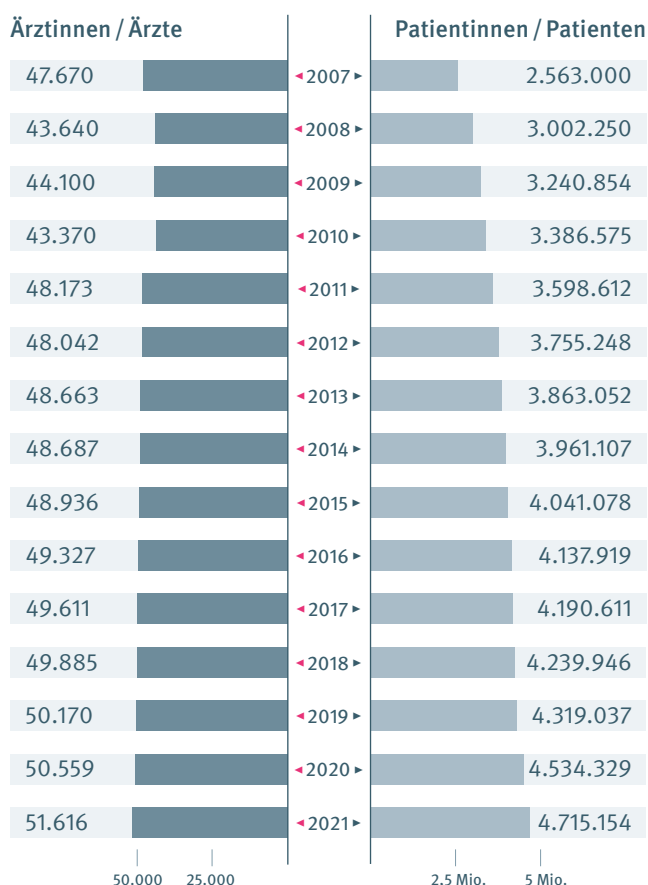
erfolgte im DMP Diabetes mellitus Typ 2. Zu beachten sind bei diesen Zahlen, dass für die Jahre 2020 und 2021 die Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie vom 27. März 2020 galten.

Im Folgenden werden die Zahlen der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung, sowie die Zahl der Patienten und Patientinnen in den einzelnen DMP im Verlauf von 2007 bis 2021 dargestellt.

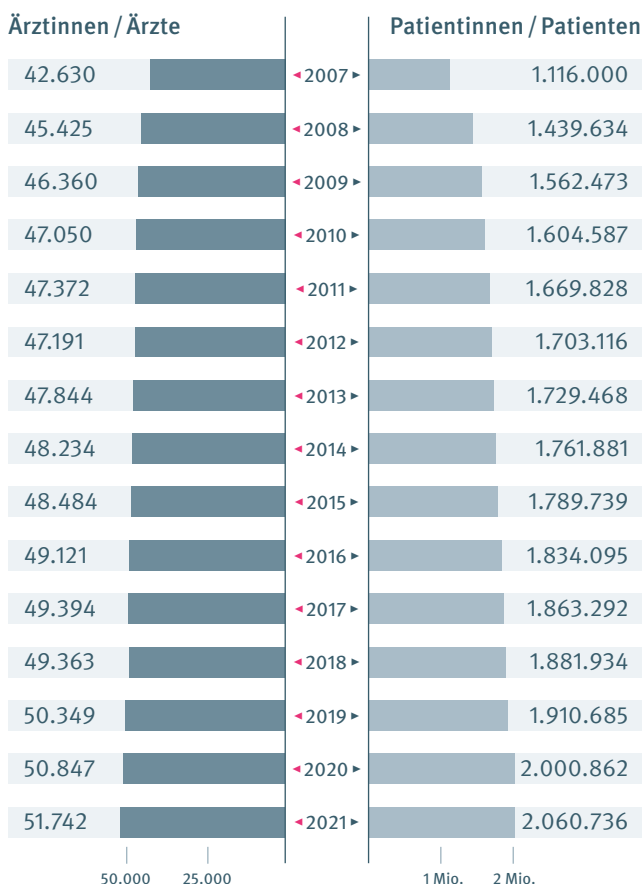
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



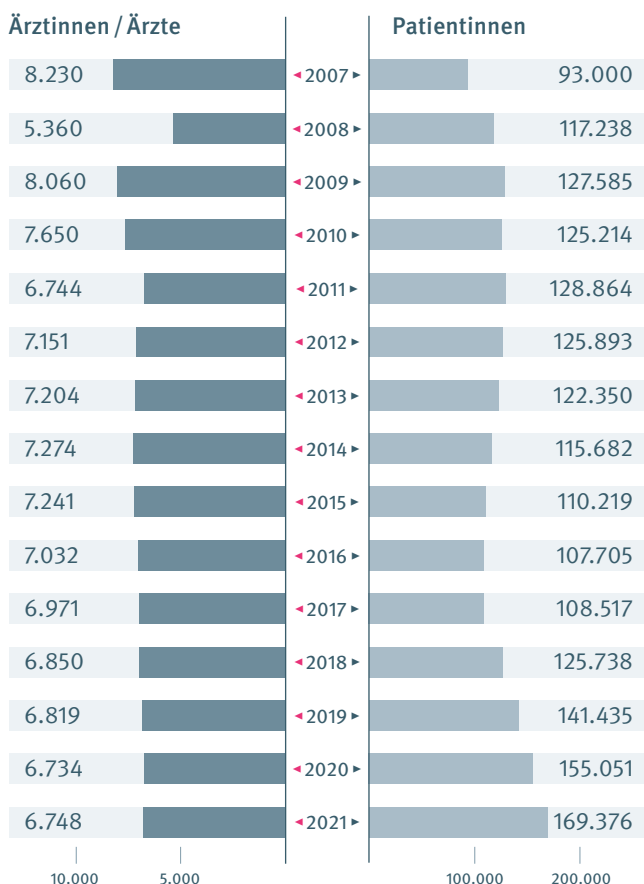
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



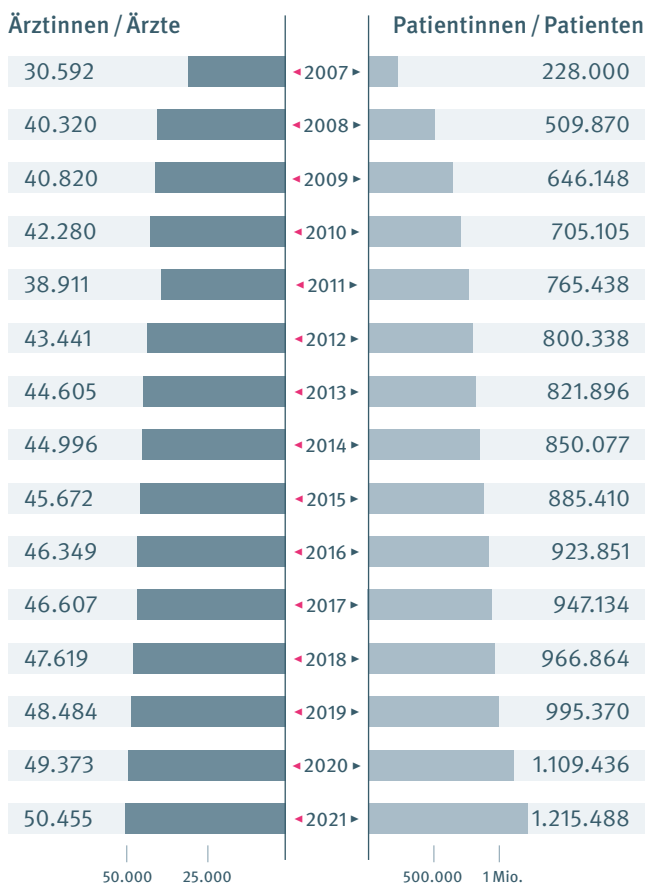
DMP KORONARE HERZKRANKHEIT



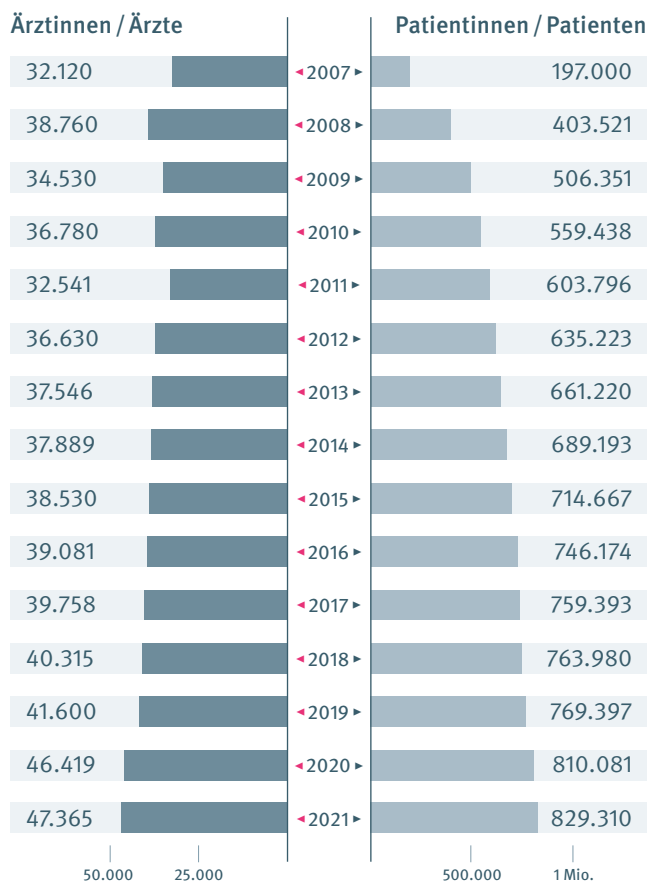
DMP BRUSTKREBS



DMP ASTHMA



DMP COPD



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



› AUSGEWÄHLTE QUALITÄTSZIELE IM DMP BRUSTKREBS: DAUERHAFTE ENDOKRINE THERAPIE

Seit dem 1. Oktober 2018 ist das DMP Brustkrebs mit einer medizinisch-inhaltlichen Neuausrichtung auf die Nachsorge in den teilnehmenden Arztpraxen umgesetzt. Der Fokus liegt in diesem DMP auf der Versorgung der längerfristigen Neben- und Folgewirkungen der Erkrankung. So sollen Patientinnen mit hormonabhängigem Brustkrebs (das heißt mit positivem Hormonrezeptorstatus) eine endokrine Therapie über die Dauer von mindestens fünf Jahren erhalten. Internationale Studien weisen auf hohe Therapieabbruchraten zwischen 30 Prozent und über 70 Prozent hin, was auf beeinträchtigende Nebenwirkungen wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Stimmungsschwankungen, vaginale Trockenheit oder verminderte Libido sowie Muskel- oder Gelenksbeschwerden zurückgeführt werden kann (Murphy et al., 2014; Francoi et al., 2021). Die stetige Motivation der Patientinnen zur konsequenten Fortführung der Therapie ist demnach ein wesentlicher Bestandteil der Nachsorge. Verträglichkeit und Nebenwirkungen sowie gegebenenfalls bestehende Umsetzungsbarrieren und individuelle Risikokonstellationen sind zu beachten und durch die koordinierenden Ärztinnen und Ärzte regelmäßig zu erfassen.

Das DMP zielt darauf ab, die Aufmerksamkeit auf die längerfristige endokrine Therapie und ihre Nebenwirkungen zu erhöhen und somit die Therapieadhärenz zu verbessern.

Zu diesem Zweck werden im DMP Brustkrebs drei Qualitätsziele zur endokrinen Therapie erfasst: Zum einen wird erhoben, wie viele Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus eine indizierte endokrine Therapie erhalten. Um die dauerhafte Therapieadhärenz zu stärken, sollen die Nebenwirkungen regelmäßig erfasst und entsprechend behandelt werden. Schließlich wird der Anteil an Patientinnen mit ausreichend lang andauernder endokriner Therapie über mindestens fünf Jahre dem Anteil an Patientinnen mit frühzeitig abgebrochener Therapie gegenübergestellt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den drei Qualitätszielen über den Zeitverlauf der Jahre 2018 bis 2020 dargestellt. Die durchschnittliche Zielerreichung wurde auf Basis der Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen aus Daten der Jahre 2018 bis 2020 der KVen berechnet.

QUALITÄTSZIEL > INDIZIERTE ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

Im Jahr 2019 und 2020 erhielten 82,2 Prozent beziehungsweise 82,3 Prozent der Patientinnen mit einem positiven Hormonrezeptorstatus eine indizierte adjuvante endokrine Therapie. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass Patientinnen mit frühzeitig abgebrochener Therapie nach wie vor die Indikation für die (Wieder-)Aufnahme der endokrinen Therapie haben. Durch den Fokus auf die Nachsorge in der Neuausrichtung des DMP könnte die längerfristige Adhärenz in den Jahren 2019 und 2020 gesteigert worden sein.

¹⁾ Patientinnen, die eine endokrine Therapie nach fünf Jahren regulär beendet haben und zum aktuellen Zeitpunkt keine Therapie mehr benötigen, wurden aus der Berechnung dieses Qualitätsziels ausgeschlossen.

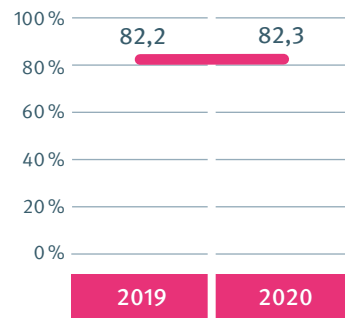


ABBILDUNG 1 / Aktuelle adjuvante endokrine Therapie bei Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus¹

QUALITÄTSZIEL > FORTFÜHRUNG DER ADJUVANTEN ENDOKRINEN THERAPIE ÜBER MINDESTENS FÜNF JAHRE

Die Ergebnisse zur Fortführung der endokrinen Therapie zeigen einen positiven Trend: Im ersten Erfassungsjahr (2018) wird die dauerhafte Therapie über fünf Jahre hinaus von rund 60 Prozent der Patientinnen erreicht, in den beiden Folgejahren ist ein Anstieg auf nahezu 75 Prozent zu verzeichnen. Im Vergleich zu den Abbruchraten aus internationalen Studien scheint die DMP-Versorgung mit einer sich stetig verbessernden Therapieadhärenz einherzugehen. Kausale Aussagen sind aufgrund des fehlenden Vergleichs zu Nicht-DMP-Teilnehmerinnen allerdings nicht möglich.

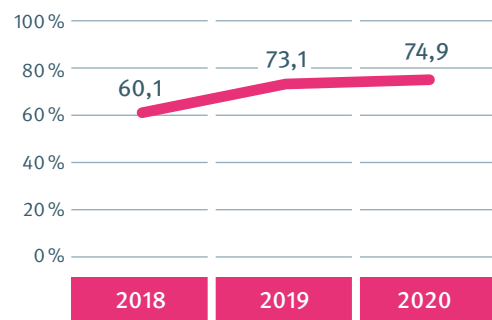


ABBILDUNG 2 / Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie über mindestens fünf Jahre

QUALITÄTSZIEL > ERFASSUNG DER NEBENWIRKUNGEN DER ENDOKRINEN THERAPIE

Seit der Neuausrichtung des DMP Brustkrebs wird erstmals systematisch erhoben, ob die Nebenwirkungen der endokrinen Therapie kontinuierlich erfragt werden. Nur bei kontinuierlicher Aufmerksamkeit gegenüber potenzieller Nebenwirkungen können diese frühzeitig erkannt, berücksichtigt und gegengesteuert werden, um eine dauerhafte Adhärenz zu unterstützen. Wie in Abbildung 3 dargestellt, wurden die Nebenwirkungen der endokrinen Therapie in allen drei Erhebungsjahren nahezu bei allen Patientinnen (97 – 98 Prozent) mit einer aktuellen endokrinen Therapie erfasst. Die Ergebnisse können in einem Zusammenhang zu der oben dargestellten hohen dauerhaften Therapieadhärenz stehen.

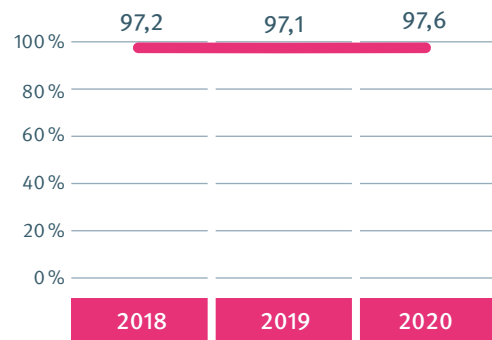


ABBILDUNG 3 / Erfassung der Nebenwirkungen der endokrinen Therapie

> DMP BRUSTKREBS: QUALITÄTSZIELERREICHUNG IM JAHR 2020

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu allen Qualitätszielen des DMP Brustkrebs für das Jahr 2020 dargestellt. Die durchschnittliche Zielerreichung wurde auf der Basis der Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen aus 13 KVen berechnet.

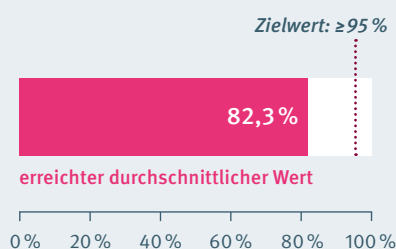
INDIZIERTE ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE

QUALITÄTSZIEL:

Mindestens 95 % der Teilnehmerinnen erhalten aktuell eine adjuvante endokrine Therapie

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMERINNEN:

Alle Teilnehmerinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus



n = 61.973 Teilnehmerinnen

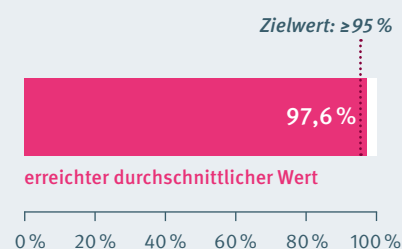
NEBENWIRKUNGEN ENDOKRINER THERAPIE ERFRAGT

QUALITÄTSZIEL:

Bei mindestens 95 % der Teilnehmerinnen wurden Nebenwirkungen endokriner Therapie erfragt

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMERINNEN:

Alle Teilnehmerinnen mit adjuvanter endokriner Therapie



n = 67.424 Teilnehmerinnen

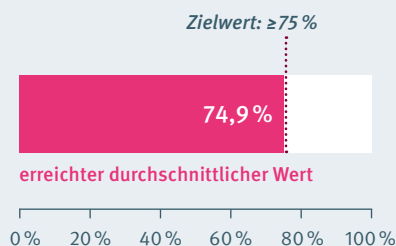
ENDOKRINE THERAPIE MINDESTENS FÜNF JAHRE FORTGEFÜHRT

QUALITÄTSZIEL:

Mindestens 75 % der Teilnehmerinnen führen eine endokrine Therapie mindestens fünf Jahre fort

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMERINNEN:

Alle Teilnehmerinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und adjuvanter endokriner Therapie



n = 21.039 Teilnehmerinnen

DXA ERGEBNIS BEKANNT

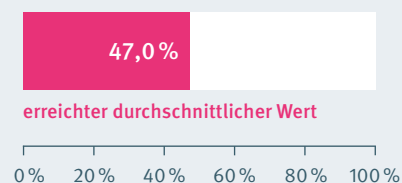
QUALITÄTSZIEL:

Angemessener Anteil von Teilnehmerinnen, bei denen das DXA Ergebnis bekannt ist

BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMERINNEN:

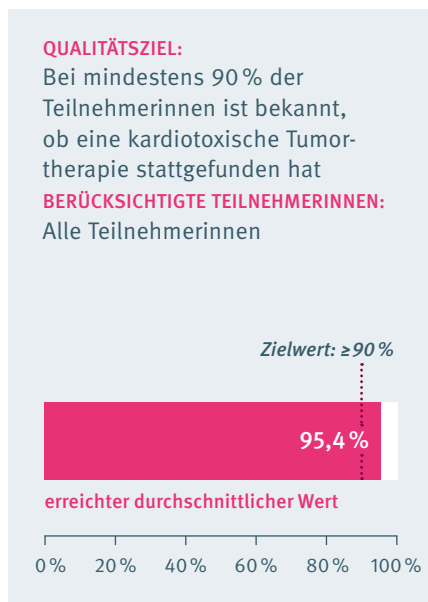
Alle Teilnehmerinnen mit adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren und der Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose

Kein Zielwert festgelegt



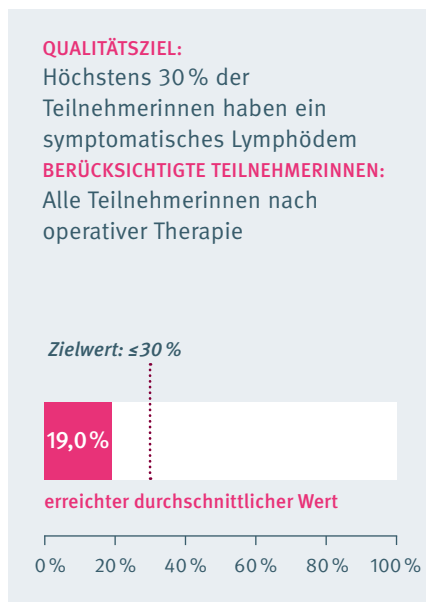
n = 33.793 Teilnehmerinnen

KARDIOTOXISCHE TUMORTHERAPIE BEKANNT



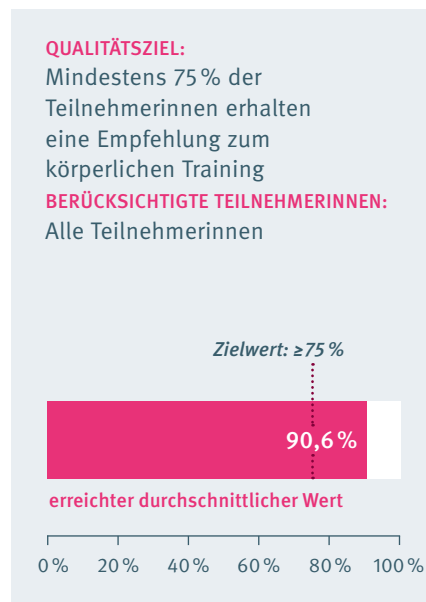
n = 109.156 Teilnehmerinnen

SYMPTOMATISCHES LYMPHÖDEM



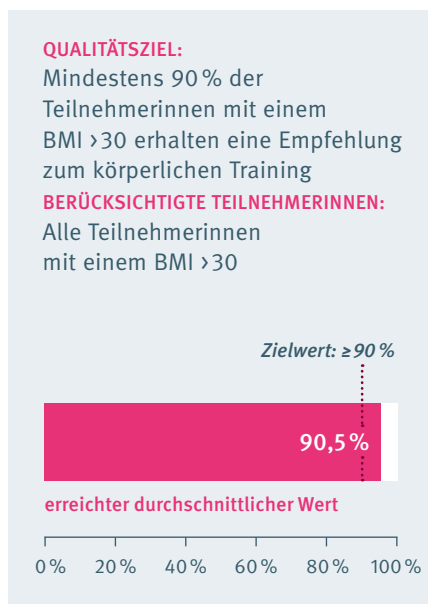
n = 81.645 Teilnehmerinnen

EMPFEHLUNG ZUM KÖRPERLICHEN TRAINING



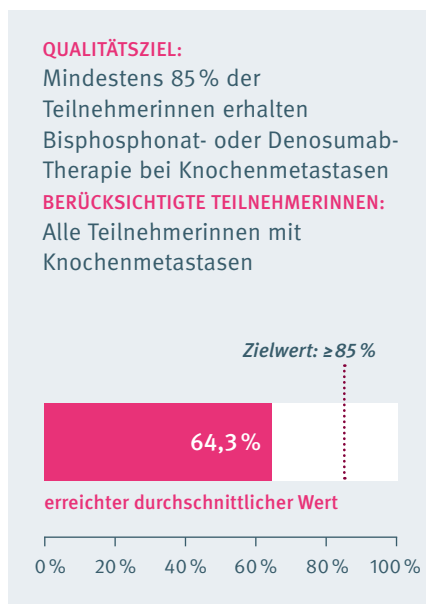
n = 109.171 Teilnehmerinnen

EMPFEHLUNG ZUM KÖRPERLICHEN TRAINING BMI >30



n = 27.364 Teilnehmerinnen

BISPHOSPHONAT ODER DENOSUMAB-THERAPIE BEI KNOCHENMETASTASEN



n = 2.392 Teilnehmerinnen

BIOPTISCHE SICHERUNG VISZERALER FERNMETASTASEN



n = 457 Teilnehmerinnen

› VERTRAGSUMFANG DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragspartner	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	258	27.300
Bayerns	KV – alle Kassen	2.861	37.970
Berlin	KV – alle Kassen	287	10.881
Brandenburg	KV – alle Kassen	95	8.565
Bremen	KV – alle Kassen	21	2.129
Hamburg	KV – alle Kassen	84	7.125
Hessen	KV – alle Kassen	289	19.411
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	55	4.712
Niedersachsen	KV – alle Kassen	242	30.139
Nordrhein	KV – alle Kassen	1.146	31.305
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	162	12.192
Saarland	KV – alle Kassen	37	2.589
Sachsen	KV – alle Kassen	187	13.396
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	232	7.797
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	85	11.756
Thüringen	KV – alle Kassen	83	7.205
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	997	31.933

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragspartner	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.579	553.808
Bayerns	KV – alle Kassen	8.677	602.687
Berlin	KV – alle Kassen	2.153	196.345
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.520	217.180
Bremen	KV – alle Kassen	440	36.723
Hamburg	KV – alle Kassen	898	77.836
Hessen	KV – alle Kassen	4.239	312.598
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.055	114.252
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.799	431.584
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.823	577.617
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.469	234.841
Saarland	KV – alle Kassen	626	65.842
Sachsen	KV – alle Kassen	2.868	350.559
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.444	198.179
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.906	133.007
Thüringen	KV – alle Kassen	1.381	169.389
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.739	442.707

DMP KORONARE HERZKRANKHEIT

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragspartner	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.568	257.899
Bayerns	KV – alle Kassen	8.796	259.335
Berlin	KV – alle Kassen	2.045	87.624
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.556	104.888
Bremen	KV – alle Kassen	442	14.817
Hamburg	KV – alle Kassen	880	29.076
Hessen	KV – alle Kassen	4298	103.155
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	980	50.836
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.846	205.957
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.840	260.809
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.481	94.904
Saarland	KV – alle Kassen	653	28.953
Sachsen	KV – alle Kassen	2.798	134.496
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.410	85.093
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.885	63.998
Thüringen	KV – alle Kassen	1.399	84.061
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.865	194.835

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragspartner	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	722	12.656
Bayerns	KV – alle Kassen	2.036	29.391
Berlin	kein Vertrag mit KV	–	5.649
Brandenburg	KV – alle Kassen	165	7.195
Bremen	KV – alle Kassen	56	1.128
Hamburg	KV – alle Kassen	44	793
Hessen	kein Vertrag mit KV	–	16.529
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	157	4.656
Niedersachsen	KV – alle Kassen	632	18.675
Nordrhein	KV – alle Kassen	874	19.187
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	287	5.775
Saarland	KV – alle Kassen	101	1.534
Sachsen	KV – alle Kassen	257	6.328
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	136	5.074
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	325	6.414
Thüringen	KV – alle Kassen	129	4.678
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	827	23.714

DMP ASTHMA / COPD

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragspartner	Erkrankung	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	6.722	126.679
		COPD	6.133	85.987
Bayerns	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	9.535	281.747
Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.789	79.662
		COPD	1.733	54.115
Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	1.040	66.663
		COPD	1.038	40.663
Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	503	11.729
		COPD	430	8.566
Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	764	38.268
		COPD	735	15.794
Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	4.216	60.874
		COPD	3.960	38.677
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	761	21.563
		COPD	708	15.372
Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	4.908	130.060
		COPD	4.503	95.268
Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	5.954	135.740
		COPD	5.375	126.685
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	2.444	27.080
		COPD	2.265	40.996
Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	638	10.290
		COPD	582	10.007
Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	1.948	89.924
		COPD	1.847	37.455
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	1.317	51.508
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.814	39.310
		COPD	1.676	22.071
Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	1.094	46.560
		COPD	1.004	29.428
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma	5.008	121.583
		COPD	4.524	84.474

¹⁾ Anzahl der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2021.

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

› 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 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 wurde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Frist für den Nachweis der fachlichen Fortbildung für Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mehrfach verlängert. Zuletzt, bis der Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite für beendet erklärt hatte.

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

✓ 424 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 31.12.2020	35	81	18	8	5	9	19	9	14	31	82	8	12	11	23	6	36	407
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	34	80	18	7	5	9	19	8	20	38	85	8	11	12	24	6	40	424
Institutsambulanzen mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	6	9	0	2	0	12	0	0	6	0	0	0	5	0	1	0	7	48

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

HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

✓	585	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
	293	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
	20	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	256	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

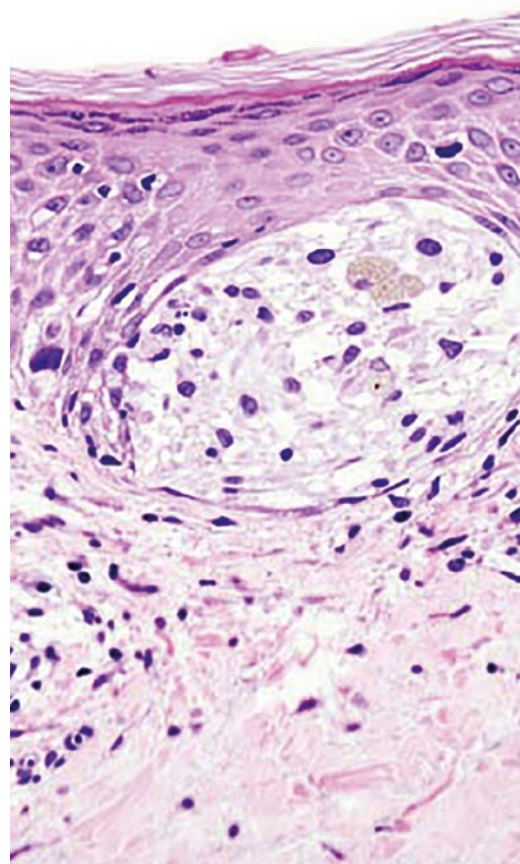
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei nicht eindeutiger Diagnose wird eine zweite Meinung bei einem qualifizierten Arzt oder einer qualifizierten Ärztin eingeholt; zweite Meinung und Konsens werden dokumentiert; standardisierter Befundbericht an den Einsendenden

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)					

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	74	93	26	9	5	15	45	14	59	58	25	7	27	22	11	24	62	576
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	72	92	24	10	4	15	44	15	59	63	28	7	30	22	11	24	65	585
beschiedene Anträge ²⁾	7	5	2	1	0	1	6	2	4	11	4	0	4	2	2	0	10	61
neu	7	5	2	1		1	6	2	4	11	4		4	2	2		10	61
– davon Genehmigungen	7	5	2	1		0	3	2	4	11	4		4	2	2		10	57
– davon Ablehnungen	0	0	0	0		1	3	0	0	0	0		0	0	0		0	4
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	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		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	1	0	0	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate															1			1
– wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5															0			0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	4	0	1	0	k.A.	1	4	5	1	0	1	2	1	0	1	21

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 5 Abs. 1 und 2

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration)																		
< 1.000	**	4	0	0	0	0	0*	14	**	**	**	0	0	2	1	**	4	25
≥ 1.000	**	81	22	9	4	15	44*	0	**	**	**	7	11	15	10	**	50	268

III DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	1,4*	5,4	7,7	**	0,0	13,3	4,4	**	5,1	**	4,0	**	3,7	4,5	9,1	**	**	9)
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	1*	5	2	**	0	2	2	**	3	**	1	**	1	1	1	**	**	19
– davon bestanden	1	5	2			2	2		3		1		1	1	1			19
– davon nicht bestanden	0	0	0			0	0		0		0		0	0	0			0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	**	0	0	0	**	0	**	0	**	1	0	0	**	**	1
– davon bestanden													8)					
– davon nicht bestanden													8)					
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 5 b	0	0	0	**	0	0	0	**	0	**	0	**	0	0	0	**	**	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen und zugehörige histopathologische Präparate	10	50	20	**	0	20	86	**	30	**	10	**	10	10	10	**	**	256
– davon vollständig und nachvollziehbar	9	50	20			20	86		30		10		10	9	10			254
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0	0			0	0		0		0		0	1	0			1
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	1	0	0			0	0		0		0		0	0	0			1
– 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 Statuswechseln etc. ⁵⁾ Prüfungen erfolgen alle 2 Jahre, 2022 wieder. ⁶⁾ Davon 3 Änderungsanträge. ⁷⁾ Prüfung Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. ⁸⁾ Wiederholungsprüfung nicht möglich, da keine abgerechneten Fälle. Erneut 2022. ⁹⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

> HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

✓	340	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
II	213	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
III	151	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE
IV	33	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
V	290	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)	5)											6)	7)				
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	35	39	76	1	8	30	31	2	17	40	9	6	13	5	1	2	13	328
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	37	40	80	1	9	30	33	2	17	42	9	5	12	5	1	2	15	340
beschiedene Anträge ²⁾	5	1	6	0	1	4	3	0	0	4	0	0	0	0	0	0	2	26
neu	5	1	6		1	4	3			4							2	26
– davon Genehmigungen	5	1	6		1	4	3			4							1	25
– davon Ablehnungen	0	0	0		0	0	0			0							1	1
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0		0	0	0			0							0	0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0		0	0	0			0							0	0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	2	0	0	3	k.A.	0	1	2	0	1	1	0	0	0	1	13
II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 10 Abs. 1 Nr. 1																		
Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																		
< 25	0	3	1	1	0	0	4	0	**	**	**	0	1	0	0	**	1	11
– davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) aufgrund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen, bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind		3	1	0			0						0				0	4
≥ 25	0	30	79	0	9	30	29	2	**	**	**	5	7	0	1	**	10	202
III PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 10																		
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	37	19	**	0	**	27	24*	2	**	**	**	5	8	3	1	**	11	137
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten gemäß § 10 Abs. 4	0	11	**	1	**	0	0	0	**	**	**	0	0	2	0	**	0	14
IV DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	**	10,3	**	0,0	12,5	10,0	12,9	100,0	17,6	10,0	**	83,3	15,4	**	100,0	50,0	23,1	8)
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	**	4	**	0	1	3	4	2	3	4	**	5	2	**	1	1	3	33
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	**		**	0	0	0	0	0	0	0	**	0	0	**	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	**		**	0	0	0	0	0	0	0	**	0	0	**	0	0	0	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte Dokumentationen					10	30	40	20	30	40		50	20		10	10	30	290
– davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität					10	30	40	20	30	40		44	20		10	10	25	279
– davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität					0	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0
– davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität					0	0	0	0	0	0		6	0		0	0	5	11
– davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität					0	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0
Beanstandungen der Behandlungsqualität					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⁾ Überprüfung zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. Ersatzweise Nachmeldung der Prüfergebnisse 2020: 4 Prüfungen, alle Anforderungen erfüllt. ⁶⁾ Prüfungen zur Frequenzregelung und Fortbildung noch nicht abgeschlossen. ⁷⁾ Prüfung zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. ⁸⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

› HÖRGERÄTEVERSORGUNG

✓ 4.048 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

🔊 3.643 PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE

📋 1.196 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 / RINGVERSUCH: 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

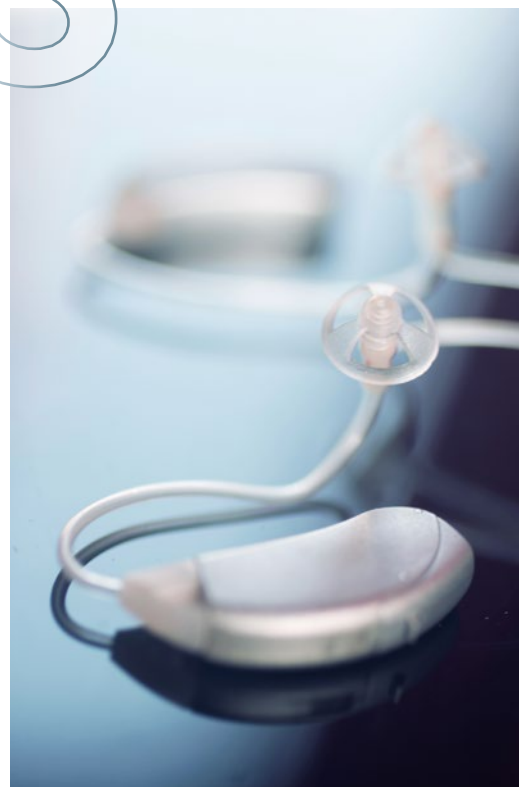
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen 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 KV

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an Qualitätssicherungskommission 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)			8)	9)	10)			
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	470	525	230	112	49	127	289	84	381	542	189	52	237	143	135	109	373	4.047
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	470	529	232	110	50	126	297	84	375	552	194	52	235	132	135	104	371	4.048
beschiedene Anträge ²⁾	19	77	23	6	2	7	19	2	11	39	15	1	17	9	5	6	63	321
– davon Genehmigungen	19	75	23	6	2	6	19	2	11	39	15	1	17	9	4	6	63	317
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
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	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen		0															0	0
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung		3															1	4
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	21	0	1	7	k.A.	2	34	29	20	1	19	11	4	3	9	161
🔊 PRÜFUNGEN MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1 Nr. 1																		
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	470	492	142	110	48	126	170	**	341	552	182	47	235		134	98	345	3.492
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	145	**	0	0	0	0	0		0	5	1	151
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	0*	**	0	0	0	0	0		0	0	0	0
📁 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1 Nr. 2																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	470	89	0	48	**	105	35	0	**	37*	**	3	174		19*	98	32	1.110
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	**	0	86	0	**	0*	**	0	0		0	0	0	86
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	**	1	0*	0	**	0*	**	0	0		0	0	1	2

* 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 Statuswechsellern etc. ⁵⁾ Nichterfolgte Fortbildung pandemiebedingt erneute Nachfrist von 12 Monaten für 1 Arzt. ⁶⁾ Fortbildung: Vorjahr vollzählig. ⁷⁾ Anzahl Ärzte Vorjahr seitens KV korrigiert. ⁸⁾ Prüfung Fortbildung noch nicht abgeschlossen. ⁹⁾ Prüfungen zu messtechnischen Kontrollen und Fortbildung noch nicht abgeschlossen. ¹⁰⁾ Nichterfolgte Fortbildung wird pandemiebedingt nicht sanktioniert.

› HÖRGERÄTEVERSORGUNG – KINDER

✓	409	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	384	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📄	114	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 / RINGVERSUCH: 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

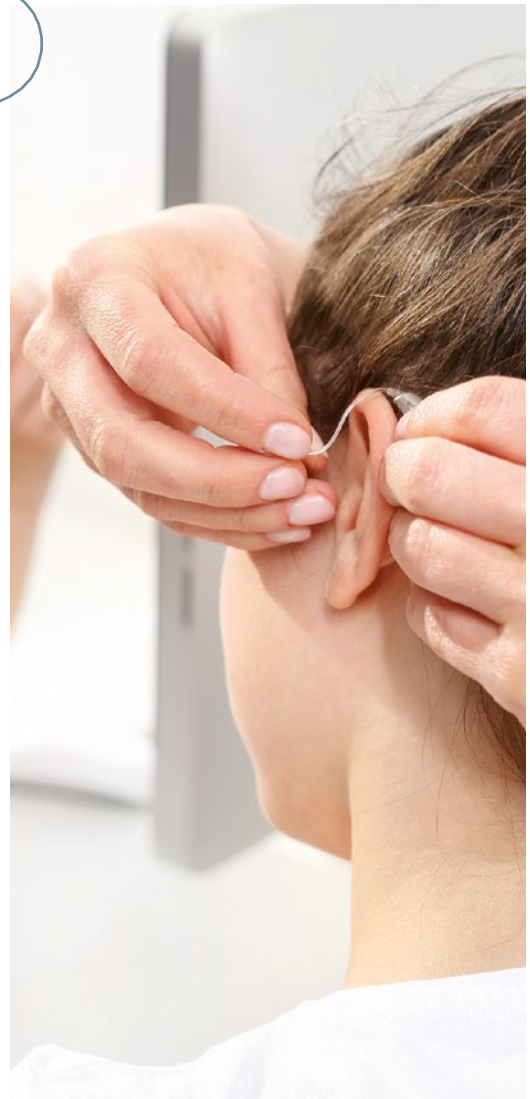
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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 KV

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)										
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	25	111	17	2	2	18	57	3	42	27	8	3	23	11	9	3	48	409
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	26	111	17	2	1	18	58	2	44	27	9	3	23	9	9	3	47	409
beschiedene Anträge ²⁾	3	20	0	0	2	0	2	0	2	1	2	0	1	1	1	0	2	37
– davon Genehmigungen	3	20			2		2		2	1	2		1	1	0		2	36
– davon Ablehnungen	0	0			0		0		0	0	0		0	0	1		0	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	0	0	1	1	k.A.	0	4	1	2	0	1	2	0	0	0	12
🔧 PRÜFUNGEN MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1 Nr. 1																		
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	26	109	17	2	1	18	31	**	43	27	8	2	22		9	3	44	362
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	22	**	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	0	0*	**	0	0	0	0	0		0	0	0	0
📁 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1 Nr. 2																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	26	13	0	1	**	13	8	0	**	1*	**	2	12		8	3	0	87
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	**	0	23	0	**	0*	**	0	4		0	0	0	27
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	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⁾ Fortbildung: Vorjahr vollzählig. ⁵⁾ Prüfungen zu messtechnischen Kontrollen und Fortbildung noch nicht abgeschlossen.

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 / RINGVERSUCH: 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 31.12.2020	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4
abrechnende Ärzte (GOP 30216 und 30218)	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.

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

✓ 243 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 126 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

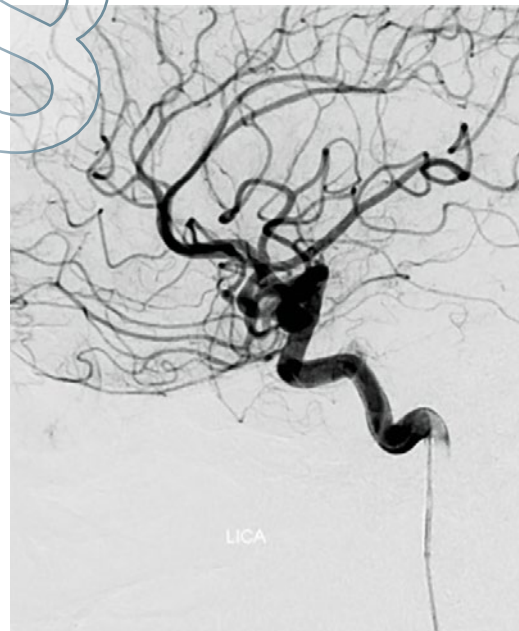
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

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 31.12.2020	3	3	0	0	0	1	1	0	3	5	1	0	2	0	0	0	10	29
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	2	2	0	0	0	0	1	0	3	5	1	0	2	0	0	0	19	35
beschiedene Anträge ²⁾	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	9	15
neu		1							3		0						9	13
– davon Genehmigungen		0							2								9	11
– davon Ablehnungen		1							1								0	2
erneut gemäß § 7 Abs. 6		0							0		2						0	2
– davon Genehmigungen											2							2
– davon Ablehnungen											0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0					0		0	0	0		0				0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0					0		0	0	0		0				0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0					0		0	0	0		0				1	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 diagnostische Katheterangiographien																	1	1
– aus sonstigen Gründen																	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0				1	k.A.		1	0	2		0				0	5

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	1	1					1		**	**	**		0				4	7
≥ 100	1	1					0		**	**	**		2				6	10

› 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)

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE

✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 2

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	25	30	9	7	4	8	18	11	29	21	13	5	3	1	7	1	25	217
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	26	26	10	5	4	9	14	9	31	16	9	5	3	0	7	1	33	208
beschiedene Anträge ²⁾	4	8	1	0	0	2	0	0	8	0	3	1	0	0	0	0	8	35
neu	4	8	1			2			6		0	1					8	30
– davon Genehmigungen	4	6	1			2			6			1					8	28
– davon Ablehnungen	0	2	0			0			0			0					0	2
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0			0			2		3	0					0	5
– davon Genehmigungen									2		3							5
– 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 § 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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen						0												0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe						0												0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe						0												0
– aus sonstigen Gründen						1												1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	2	0	0	0	0	k.A.	2	1	5	7	1	0	1	0	0	0	22

h PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	4 *	17 *	**	**	4	6	0	k.A.	**	**	**	1	1	0	**	**	0	33
≥ 100	22 *	8 *	**	**	0	3	14	k.A.	**	**	**	3	3	0	**	**	23	76
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 diagnostische kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 50	4 *	17 *	**	**	2	6	0	k.A.	**	**	**	1	3	0	**	**	3	36
≥ 50	22 *	8 *	**	**	2	3	14	k.A.	**	**	**	3	3	0	**	**	20	75

* 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⁾ Nachforderung zur Frequenzregelung steht noch aus.

INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

✓ 2.540	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
118	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
1.146	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 zu 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)

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

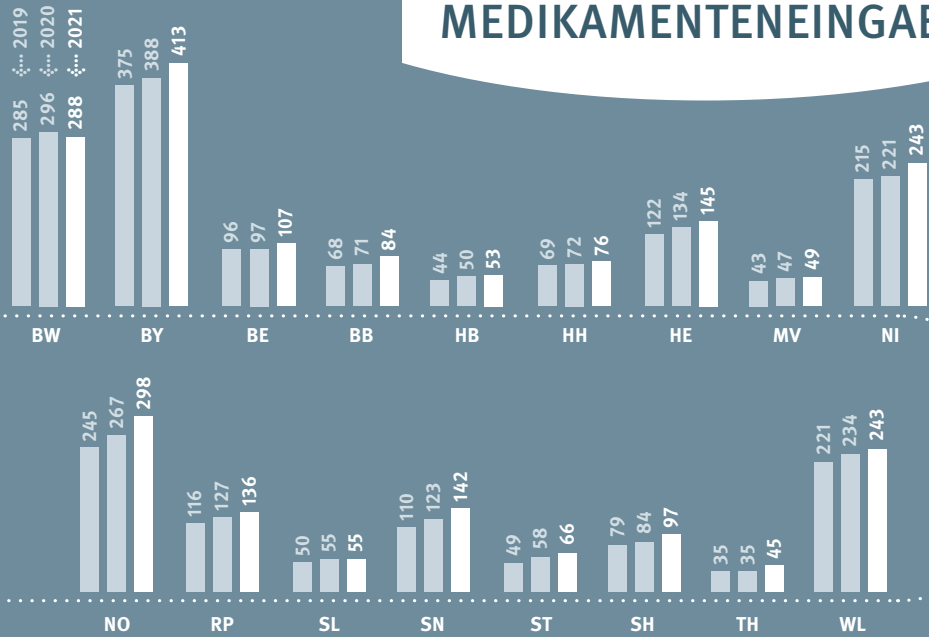
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)	5)							6)	7)								
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	296	388	97	71	50	72	134	47	221	267	127	55	123	58	84	35	234	2.359
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	288	413	107	84	53	76	145	49	243	298	136	55	142	66	97	45	243	2.540
abrechnende Ärzte	237	363	81	84	47	55	116	49	191	161	118	44	122	59	73	39	138	1.977
beschiedene Anträge ²⁾	24	171	16	18	14	12	21	3	69	83	14	5	30	11	14	7	104	616
– davon Genehmigungen	24	166	15	18	14	12	21	3	68	83	14	5	29	11	14	7	100	604
– davon Ablehnungen	0	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4	12
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	5	5	13	8	k.A.	1	11	0	18	5	10	3	1	3	14	97

➤ Fortsetzung übernächste Seite

FOKUS INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

ÄRZTINNEN / ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

2.222	2.359	2.540
2019	2020	2021



DIE INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE (IVM) KANN BEI AUGENERKRANKUNGEN MIT DEN FOLGENDEN INDIKATIONEN ANGEWENDET WERDEN:

- ✓ Neovaskuläre (feuchte) altersabhängige Makuladegeneration (nAMD)
- ✓ Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)
- ✓ Visusbeeinträchtigung infolge eines Makulaödems (MÖ) aufgrund eines retinalen Venenverschlusses [Venastverschluss (VAV) oder Zentralvenenverschluss (ZVV)]
- ✓ Chorioidale Neovaskularisation (CNV)
- ✓ Vitreomakuläre Traktion (VMT) bei Erwachsenen, auch im Zusammenhang mit einem Makulaloch ≤ 400 Mikrometer (μm) Durchmesser
- ✓ Nicht infektiöse Entzündung des posterioren Augensegments (Uveitis intermedia und/oder posterior)
- ✓ Proliferative diabetische Retinopathie (PDR)

ÄRZTINNEN / ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

278	262	251
2019	2020	2021

**PHOTODYNAMISCHE THERAPIE
AM AUGENHINTERGRUND**
MEHR AUF SEITE 94

ÄRZTINNEN / ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG

153	162	159
2019	2020	2021

**PHOTOTHERAPEUTISCHE
KERATEKTOMIE**
MEHR AUF SEITE 95

INTRAUTERINE MEDIKAMENTENEINGABE

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

9)

10), 11)

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 2 (Routineprüfung)

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte geprüft, in %	3,4*	4,1	6,2	9,5	**	9,1	10,3	4,1	**	**	9,3	13,6	10,7	10,2	11,0	10,3	4,3	8)
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	8*	15	5	8	**	5	12	2	**	**	11	6	13	6	8	4	6	109
– davon Anforderungen erfüllt	6	12	3	8		5	9	1			10	6	13	6	8	4	5	96
– davon Anforderungen nicht erfüllt	2	1	2	0		0	3	1			1	0	0	0	0	0	0	10

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	80	130	49	80	**	47	120	20	**	**	110	60	130	60	80	40	50	1.056
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– gemäß § 6 Abs. 3a	14	7	11	0		2	14	0			6	0	4	1	1	2	1	63
– gemäß § 6 Abs. 3b	2	4	1	0		0	3	0			2	0	0	0	1	0	1	14
– gemäß § 6 Abs. 3c	0	0	1	0		0	1	0			0	0	0	0	0	0	0	2
– gemäß § 6 Abs. 3d	3	3	12	0		0	1	3			0	0	0	0	0	0	0	22
– gemäß § 6 Abs. 3e	2	0	1	0		0	0	5			0	0	0	0	0	0	0	8
– gemäß § 6 Abs. 3f	1	0	0	0		0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	1
– gemäß § 6 Abs. 3g	1	2	1	0		0	2	0			0	0	0	0	1	0	0	7
– gemäß § 6 Abs. 3h	3	0	5	0		0	0	5			0	0	0	0	0	0	0	13
– gemäß § 6 Abs. 3i	1	0	0	0		0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	1
– gemäß § 6 Abs. 3j	1	0	0	0		0	0	0			0	0	0	0	0	1	0	2

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 6 (erneute Überprüfung)

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 6	0	1	0	1	**	1	2	2	**	**	1	0	0	0	1	0	0	9
– davon Anforderungen erfüllt		1		1		0	0	2			0				1			5
– davon Anforderungen nicht erfüllt		0		0		1	2	0			1				0			4

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	0	10	0	10	**	10	20	20	**	**	10	0	0	0	10	0	0	90
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– gemäß § 6 Abs. 3a		1		0		2	8	0			9				0			20
– gemäß § 6 Abs. 3b		1		0		3	2	0			0				0			6
– gemäß § 6 Abs. 3c		0		0		0	2	0			0				0			2
– gemäß § 6 Abs. 3d		0		0		0	2	0			0				0			2
– gemäß § 6 Abs. 3e		0		0		0	0	0			0				0			0
– gemäß § 6 Abs. 3f		0		0		0	0	0			0				0			0
– gemäß § 6 Abs. 3g		0		0		0	1	0			0				0			1
– gemäß § 6 Abs. 3h		0		0		0	2	0			0				0			2
– gemäß § 6 Abs. 3i		0		0		0	0	0			0				0			0
– gemäß § 6 Abs. 3j		0		0		0	0	0			0				0			0

Kolloquien

Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	**	0	1	0	**	**	1	0	0	0	0	0	0	2
– davon bestanden							1				1							2
– davon nicht bestanden							0				0							0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 7	0	0	0	0	**	0	0	0	**	**	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen 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) 2 Prüfungen noch nicht abgeschlossen. 6) Davon 33 Erstanträge. 7) Genehmigungen enthalten Statuswechsler u. ä. 8) Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig. 9) Weitere Prüfungen § 6 Abs. 2 konnten pandemiebedingt nicht abgeschlossen werden. 10) Eine Dokumentationsprüfung wurde wegen Beendigung der Zulassung nicht weitergeführt. 11) Geringer Prüfungsumfang da Leistung i.d.R. nicht gemäß EBM sondern nach Landesvertrag erbracht wird (dort 100 % QS-Prüfung mit sehr guten Ergebnissen). Nur ein Bruchteil der Ärzte hat 10 Patientenfälle nach dem EBM erbracht, desweiteren Reduktion aufgrund Befreiung der Ärzte, die zuvor ohne Beanstandung geprüft wurden (gemäß QS-V).

INVASIVE KARDIOLOGIE

✓ 680 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 468 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
	4)	5)	6)			7)						8)	9)		6)			

DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 2

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	11	2	2	0	0	3	2	1	12	14	2	0	2	4	4	1	14	74
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	11	1	2	0	0	3	1	1	11	13	2	0	2	2	4	0	12	65
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	6
neu											0				1			1
– davon Genehmigungen															1			1
– davon Ablehnungen															0			0
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3											5				0			5
– davon Genehmigungen											5							5
– davon Ablehnungen											0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	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
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0	0	0	0	0	0		0	0	0		2	2
– wegen Nichterreichens Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen																	2	2
– aus sonstigen Gründen																	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0			0	k.A.	0	1	0	5		0	0	1	0	0	7

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	1*	0*	0*			3	0	0	**	**	**		2	0	0	**	5	11
≥ 150	10*	0*	1*			0	1	1	**	**	**		0	2	0	**	7	22

› 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)		6)			

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 1

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	83	115	22	17	21	28	96	4	54	63	21	1	18	5	6	1	51	606
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	89	117	20	18	22	28	97	5	53	67	22	1	19	4	6	1	46	615
beschiedene Anträge ²⁾	8	78	0	1	2	2	11	2	3	4	5	1	1	0	0	0	9	127
neu	8	78		1	2	1	11	2	3	4	2	1	1				9	123
– davon Genehmigungen	8	43		1	2	1	11	2	3	4	2	1	1				9	88
– davon Ablehnungen	0	35		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	35
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0		0	0	0	0	0	0	0	3	0	0				0	3
– davon Genehmigungen											3							3
– davon Ablehnungen											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	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
– wegen Nichterreichens Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen						0											2	2
– wegen Nichterreichens Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen						0											0	0
– wegen Nichterreichens Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen						0											0	0
– aus sonstigen Gründen						1											0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	2	1	2	0	4	9	k.A.	1	4	0	4	1	0	1	0	0	3	32

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	9*	0*	7*	3	5	21	0	0	**	**	**		6	0	0	**	6	57
≥ 150	80*	97*	11*	14	15	7	97	5	**	**	**		10	4	0	**	38	378
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	11*	0*	7*	3	0	21	0	0	**	**	**		6	0	**	**	14	62
≥ 50	78*	97*	11*	14	20	7	97	5	**	**	**		10	4	**	**	30	373

* 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⁾ Frequenzregelung: Anerkennung gemäß Infektionsschutzgesetz. ⁶⁾ Nichterfüllung der Frequenzvorgaben pandemiebedingt sanktionslos. ⁷⁾ Nachforderung zur Frequenzregelung steht noch aus. ⁸⁾ Frequenzüberprüfungen finden erst 2022 wieder statt. ⁹⁾ Prüfung Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen.

› KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

- ✓ 579 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (APPLIZIERENDE)
- ✓ 556 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (AUSWERTENDE)
- 44 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE UND ÄRZTINNEN / APPLIZIERENDE)
- 🔍 44 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

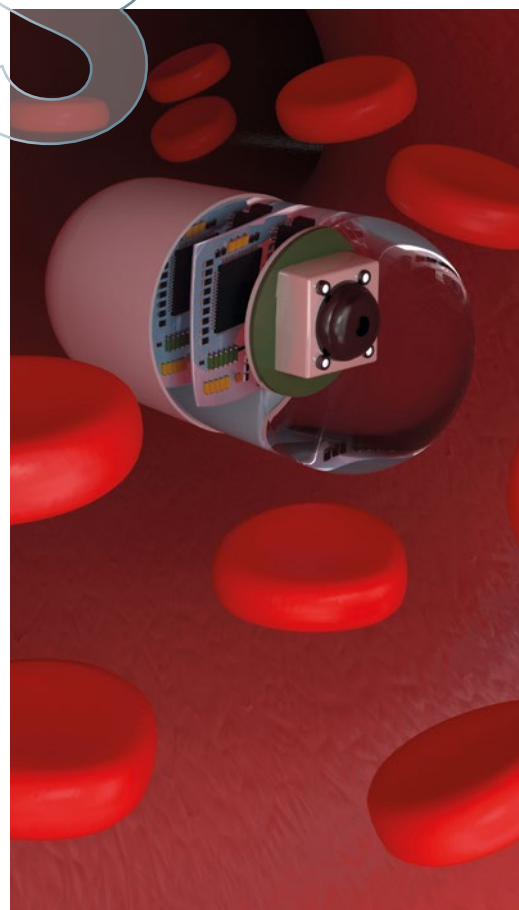
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: wenn applizierender und auswertender Arzt oder Ärztin nicht identisch sind, gelten Vorgaben zur Übermittlung von aufgezeichnetem Material sowie Rückmeldung eines definierten Auswertebereichs

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 31.12.2020	84	112	20	9	6	7	38	7	59	64	25	7	19	12	23	16	64	572
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	85	111	19	10	8	8	41	6	58	67	26	7	19	12	24	15	63	579
abrechnende Ärzte	62	85	16	8	8	3	19	6	42	67	21	7	17	11	21	12	40	445
beschiedene Anträge ²⁾	3	16	0	2	2	7	3	0	3	3	5	0	1	0	2	0	7	54
– davon Genehmigungen	3	15		2	2	7	3		3	3	4		1		2		7	52
– davon Ablehnungen	0	1		0	0	0	0		0	0	1		0		0		0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	k.A.	2	1	1	0	5	k.A.	1	4	0	3	0	1	0	1	0	4	23
✓ GENEHMIGUNGEN AUSWERTER																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	81	94	20	9	6	7	37	7	59	64	25	7	19	12	23	16	63	549
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	82	94	19	10	7	8	40	6	58	67	25	7	19	12	24	15	63	556
abrechnende Ärzte	61	81	16	8	7	3	18	6	42	67	21	7	17	11	21	12	40	438
beschiedene Anträge ²⁾	3	16	0	2	0	7	3	0	3	3	4	0	1	0	2	0	7	51
– davon Genehmigungen	3	15		2		7	3		3	3	4		1		2		7	50
– davon Ablehnungen	0	1		0		0	0		0	0	0		0		0		0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	k. A.	2	1	1	0	5	k. A	1	4	0	4	0	1	0	1	0	4	24
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (fakultativ)																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß § 7 Abs. 6 (auf Verlangen der KV)																		
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	**	0	0	9	0	0	0	0	0	**	0	0	0	0	0	13	0	22
– davon Anforderungen erfüllt				9												12		21
– davon Anforderungen nicht erfüllt				0												1		1
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß § 8 Abs. 4 bzw. Anlage 1 Nr. 10.2 (anlässlich der Prüfung der Jahresstatistik)																		
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 4	**	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	21	0	0	22
– davon Anforderungen erfüllt													1		20			21
– davon Anforderungen nicht erfüllt													0		1			1
📊 JAHRESSTATISTIK § 8																		
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	15	80	9	2	5	4	8	1	42	54	10	6	15	7	20	2	10	290

** 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 je 3 Erstgenehmigungen. ⁶⁾ Jahresstatistiken werden auch betriebsstättenbezogen vorgelegt.

> KOLOSKOPIE

✓	2.582	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
	1.235	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
	1.064	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	21.280	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
🧼	3.457	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: 01.01.2022

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)

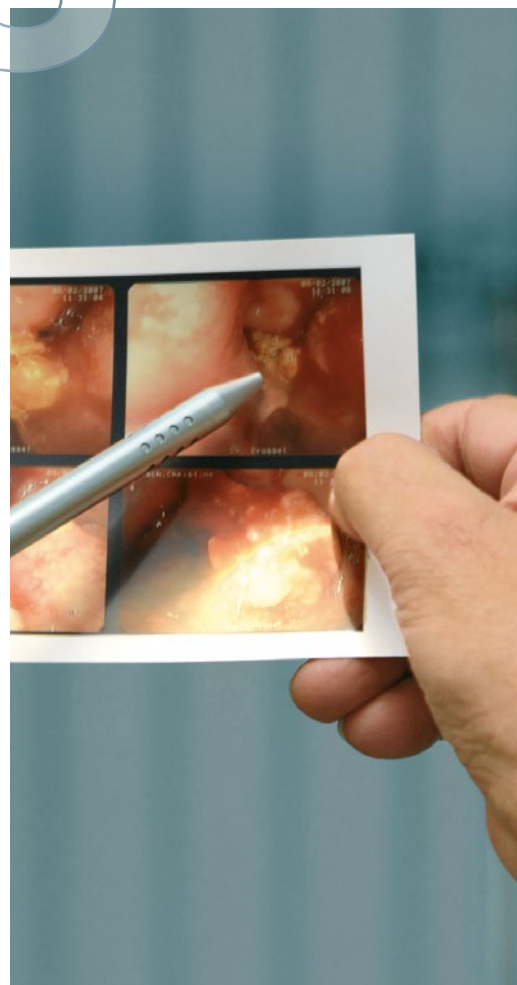
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: unangemeldete Hygieneprüfung durch
anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Praxisbegehungen gegebenenfalls
im Rahmen der Genehmigungserteilung

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)														
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte 1) 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 ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2021	9	7	0	1	1	2	0	1	18	0	2	2	0	1	9	2	6	61
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
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2021	349	478	97	72	26	71	224	43	256	258	122	30	91	50	84	56	214	2.521
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) 2)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
neu				1							1	1						3
– davon Genehmigungen				1							1	1						3
– davon Ablehnungen				0							0	0						0
erneut gemäß § 6 Abs. 5				0							0	0						0
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) 2)	19	73	8	8	2	18	18	1	16	20	23	1	11	2	9	3	47	279
neu	19	34	8	8	2	18	18	1	16	20	10	1	11	2	9	3	45	225
– davon Genehmigungen	19	34	8	8	2	18	18	1	13	20	10	1	10	2	9	3	2	178
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	4
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	13
– davon Genehmigungen											13							13
– davon Ablehnungen											0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
– davon bestanden																	2	2
– davon nicht bestanden																	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 Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3
– wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7									1	2								3
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e ausschließlich bei totalen Koloskopien									0	0								0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien									0	0								0
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b–c ausschließlich bei Polypektomien									0	0								0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien									0	0								0
– sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängel gemäß § 6 Abs. 4b–c bei Polypektomien									0	0								0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien									0	0								0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen 3)	22	0	5	11	0	14	k. A.	0	1	12	25	2	3	3	6	3	2	109

► Fortsetzung nächste Seite

► KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	6)										8)	9)	10)	7)				

TOTALE KOLOSKOPIE

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																		
< 200	**	7*	0	**	0	0	0*	**	**	**	**	1	42	7	0	3	1	61
≥ 200	**	333*	69	**	26	60	226*	**	**	**	**	27	4	46	93	48	242	1.174

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a–e	44*	348*	69	18*	0	24	62*	20	**	113	72	12	61	53	44	12	70	1.022
– davon bestanden	44	136	69	15		24	54	20		110	66	12	57		41	12	68	728
– davon nicht bestanden	0	0	0	3		0	8	0		3	6	0	4		3	0	2	29
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	0	0	0	3	0	1	8	0	**	0	3	0	0	0	1	0	2	18
– davon bestanden				7)		1	6			2					1		2	12
– davon nicht bestanden				7)		0	2			1					0		0	3
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	0	3	0	0	0	0	0	0	**	0	1	0	0	0	0	0	1	5
– davon bestanden		2								1							1	4
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c–e		1								0							0	1
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl		0								0							0	0

POLYPEKTOMIEN

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																		
< 10	**	15	0	**	1	0	0*	**	**	**	**	1	43	1	0	1	1	63
≥ 10	**	333	69	**	24	60	226*	**	**	**	**	27	3	52	91	49	242	1.176

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a–c	43*	348*	69	18*	0	23	62*	20	**	113	72	12	61	0	44	10	70	965
– davon bestanden	41	136	68	13		23	50	17		113	71	12	56		41	10	68	719
– davon nicht bestanden	2	0	1	5		0	12	3		0	1	0	5		3	0	2	34
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	1	0	0	5	0	1	5	0	**	0	2	0	0	0	2	2	1	19
– davon bestanden	1			7)		1	5			2					2	0	1	12
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b–c	0			7)		0	0			0					0	2	0	2
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0			7)		0	0			0					0	0	0	0

PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT

überprüfte Einrichtungen	542	433	57	75	13	43	124	31	177	166	87	21	71	45	68	53	159	2.165
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	271	866	113	136	26	86	248	50	351	332	144	42	142	85	147	100	318	3.457
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	25,0	100,0	99,1	90,7	100,0	100,0	100,0	80,6	99,2	100,0	82,8	100,0	100,0	94,4	108,1	94,3	100,0	79,8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	7	24	7	3	3	4	6	2	20	11	19	4	1	1	4	1	18	135
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	2,6	2,8	6,2	2,2	11,5	4,7	2,4	4,0	5,7	3,3	13,2	9,5	0,7	1,2	1,0	1,0	5,7	3,9
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	2	0	3	0	0	1	0	0	2	3	1	0	0	0	0	0	2	14
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,7	0,0	2,7	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,6	0,9	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	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) Genehmigungen präventiv und kurativ enthalten 4 nur präventiv. 6) Frequenzregelung pandemiebedingt abgebrochen, Fortführung 2022. Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 7) Dokumentationen noch nicht überprüft. 8) 28 Einrichtungen wurden aufgrund von Beendigung oder Neubeginn nur einmal im Berichtsjahr geprüft. Für 2 Einrichtungen Einschränkungen aufgrund der Hochwasserkatastrophe. 9) Frequenzregelung Polypektomie: Arzt hat seine Tätigkeit 2021 beendet. 10) Prüfung Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen.

› SPEZIAL-LABOR

✓ 10.426 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

1.237 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 / RINGVERSUCH: 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)		5)		6)			7)							

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1.240	1.860	703	171	116	336	602	142	936	1.519	510	187	483	151	260	133	1.077	10.426
abrechnende Ärzte	1.050	1.610	462	152	116	263	460	99	899	1.078	376	114	338	125	200	109	849	8.300
beschiedene Anträge ²⁾	139	354	166	108	7	54	31	9	103	42	31	29	31	9	11	11	430	1.565
davon Genehmigungen	135	281	166	106	7	51	31	9	102	35	31	27	31	9	11	11	408	1.451
– darunter erstmals erteilte Genehmigungen	61	175	34	9	4	37	22	4	45	32	11	7	27	7	11	5	51	542
davon Ablehnungen	4	73	0	2	0	3	0	0	1	7	0	2	0	0	0	0	22	114
Kolloquien (Antragsverfahren) gemäß § 3 Abs. 2	24	28	9	1	4	8	9	0	29	26	2	2	1	1	0	0	40	184
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	5	0	0	0	0	10
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	145	44	2	0	27	k.A.	2	63	67	11	7	29	18	16	15	31	477

■ ÜBERPRÜFUNG DER INTERNEN UND EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG § 5

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

überprüfte Ärzte gemäß § 5 Abs. 1	55*	129*	35	0	8	0	32	9	32	42	3	7	7	11	0	1	66	437
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5)	38	107	24		5		30	0	20	17	3	4	7	3		1	66	325
– davon mit Beanstandungen	0	10	0		0		0	0	0	12	0	0	0	7		0	0	29
– davon Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5	17	12	11		3		2	9	12	13	0	3	0	1		0	0	83
überprüfte Ärzte gemäß § 5 Abs. 3	46*	63*	72	14	20	43	69*	**	123	43	53	12	81	24	0	9*	128	800
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5)	45	34	68	11	18	2	64		115	28	33	8	11	11		6	102	556
– davon mit Beanstandungen	1	28	0	3	2	25	0		6	12	9	0	14	10		3	20	133
– davon Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5	0	1	4	0	0	16	5		2	3	11	4	56	3		0	6	111

* 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⁾ Weitere 150 Ärzte pandemiebedingt nicht gemäß § 5 Abs. 1 geprüft, (ausgesetzt). ⁵⁾ Ärzte mit neu erteilter Genehmigung, die in bereits bestehende Labore mit geprüftem Handbuch gehen oder diese übernehmen, werden nicht geprüft. ⁶⁾ In Folge der Dokumentationsprüfungen hat 1 Arzt die Genehmigung zurückgegeben und 1 Arzt die Tätigkeit beendet. ⁷⁾ Die Widerrufe enthalten 3 Teilwiderrufe.

› LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

✓ 32.437 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)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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	414	763	423	660	493	2.688	21.363
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2021	2.117	3.600	1.021	518	155	355	1.166	312	2.342	3.540	1.163	359	794	447	682	507	2.637	21.715
beschiedene Anträge ²⁾	301	896	95	46	12	58	123	31	350	333	198	18	86	48	81	40	304	3.020
– davon Genehmigungen	290	850	95	46	12	56	123	31	347	333	198	18	79	48	81	40	304	2.951
– davon Ablehnungen	11	46	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	7	0	0	0	0	69
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	9
– davon bestanden													8					8
– davon nicht bestanden													1					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	0	59	24	0	64	k.A.	20	103	364	190	26	36	28	72	13	30	1.029

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⁾ Softwareumstellung. ⁶⁾ Davon 229 Erstanträge. ⁷⁾ Vorjahreswert wurde von KV korrigiert. ⁸⁾ Zusätzlich haben bundesweit zum Ende des Berichtsjahres 10.722 Ärzte eine Genehmigung nur zur Aufzeichnung (10.979 zum 31.12.2020).

LASERBEHANDLUNG BEIM BENIGNEN PROSTATASYNDROM

✓ 26 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 begründetem Zweifel 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 durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung erfolgt
REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH: 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 begründetem Zweifel 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
RÜCKMELDESYSTEME / 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	11	4	0	0	0	0	2	0	1	1	2	0	0	0	1	0	1	23
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	11	4	0	0	0	0	2	0	1	3	2	0	0	0	2	0	1	26
abrechnende Ärzte	8	4	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	2	0	1	19
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	3
– davon Genehmigungen										2					1			3
– davon Ablehnungen										0					0			0
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.

LIPOSUKTION BEI LIPÖDEM IM STADIUM III

✓ 47 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung der Ärztin oder des Arztes; Erfüllung der Vorgaben zu organisatorischen und in definierten Fällen räumlichen Voraussetzungen

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung, die eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische beziehungsweise operative Behandlung der Patientin gewährleistet, ist nachzuweisen

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Überprüfung der Erfüllung der Mindestanforderungen durch Stichprobenprüfungen, im Umfang von vier Prozent der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte gemäß der Abschnitte 2 und 4 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Berichterstattung der Ergebnisse der Stichprobenprüfungen an den G-BA

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 31.12.2020	6	3	0	1	0	3	0	0	2	8	3	0	2	0	0	2	0	30
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	10	5	1	0	0	3	2	0	3	11	4	0	2	0	1	2	3	47
beschiedene Anträge ²⁾	4	2	1	0	0	0	2	0	1	7	3	0	0	0	1	0	3	24
– davon Genehmigungen	4	2	1				2		1	7	3				1		3	24
– davon Ablehnungen	0	0	0				0		0	0	0				0		0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	1		0	0		0	4	0		0		0	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.

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE ALLGEMEIN:

- ✓ 4.366 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 122 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 1.464 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA:

- ✓ 424 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 276 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 hierzu geändert zum: 23.05.2020

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

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)	6)							7)			8)						

ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	505	691	235	104	61	130	358	78	404	603	217	58	183	92	114	98	435	4.366
beschiedene Anträge ²⁾	68	1.202	43	8	3	12	21	5	55	48	19	10	15	10	11	4	277	1.811
– davon Genehmigungen	68	1.147	43	8	3	12	21	5	53	48	19	10	14	10	11	4	248	1.724
– davon Ablehnungen	0	55	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	29	87
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden	1									2								3
– davon nicht bestanden	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	32	5	3	18	k.A.	1	38	0	59	5	7	4	11	5	0	188

KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	75	72	12	8	5	9	28	3	35	54	12	8	23	11	13	8	45	421
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	75	76	12	9	5	8	28	4	37	51	12	9	22	10	14	8	44	424
beschiedene Anträge ²⁾	6	65	1	2	0	2	2	1	3	5	2	2	4	1	2	0	7	105
– davon Genehmigungen	6	42	1	2		2	2	1	3	2	2	2	3	1	2		7	78
– davon Ablehnungen	0	23	0	0		0	0	0	0	3	0	0	1	0	0		0	27
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	12	1	0	0	1	2	0	3	2	2	2	0	1	2	0	2	31
– davon bestanden	1	12	1			1	2		3	2	0	2		1	2		2	29
– davon nicht bestanden	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⁾	1	0	1	1	0	3	k.A.	1	4	1	0	1	3	2	1	1	0	20

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2																		
– mindestens 50 Untersuchungen	73	63	11	0	5	6	28 *	4	**	**	**	6	18	**	5	6	40	265
– weniger als 50 Untersuchungen	2	4	0	0	0	2	0 *	0	**	**	**	0	1	**	0	2	0	11

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang

abrechnende Ärzte	501	672	215	97	61	128	332	78	379	533	211	60	174	83	112	95	396	4.127
geprüfte Ärzte	6 *	29	3 *	**	3	7	11 *	7	18	**	9	3	8	1 *	6	2	9	122
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	5	27	3		3	7	11	7	17		9	3	8	1	6	2	9	118
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	1	2	0		0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	4
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	1,0 *	4,0	1,4 *	**	4,9	5,5	3,3 *	9,0	4,5	**	4,3	5,0	4,6	1,2 *	5,4	2,1	2,3	9)

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	5	15	1		3	7	11	5	14		8	3	7	1	5	0	8	93
– geringe Beanstandungen	0	7	1		0	0	0	2	2		1	0	1	0	1	2	1	18
– erhebliche Beanstandungen	0	5	0		0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	6
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0	1		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen	0	1							0									1
– geringe Beanstandungen	1	0							1									2
– erhebliche Beanstandungen	0	1							0									1
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0							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. 3a und Nr. 4a	1	7	2		0	1	0	0	13		0	0	1	0	1	0	1	27
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0		0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	1
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	8	1		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	9
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel		8	1															9
– davon wegen Nichtbebringung angeforderter Dokumentationen		0	0															0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	0	0		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. 4f, § 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	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⁾ Umfang der Frequenzregelung pandemiebedingt reduziert. ⁶⁾ Aufgrund Frequenzregelung hatten 7 Ärzte nicht ganzjährig die Genehmigung. ⁷⁾ MRT: 29 Erstanträge. ⁸⁾ Genehmigung Allgemeine Kernspintomographie enthalten 2 Umschreibungen. ⁹⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

✓	3.545	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	414	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	5.091	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)										5)							
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	447	522	172	89	57	113	271	56	304	472	202	52	162	74	97	84	371	3.545
beschiedene Anträge ²⁾	37	766	28	5	3	10	13	6	24	130	59	9	15	7	9	7	251	1.379
neu	37	766	28	5	3	10	13	6	24	46	18	9	15	7	9	7	251	1.254
– davon Genehmigungen	37	715	28	5	3	10	13	6	24	43	18	9	14	7	9	7	233	1.181
– davon Ablehnungen	0	51	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	18	73
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	0	0	0	0	0	0	41
– davon Genehmigungen											41							41
– davon Ablehnungen											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 Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	21	0	2	16	k. A.	3	34	0	52	3	6	4	9	4	0	154

➤ 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

6)

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	413	542	145	83	55	107	260	56	291	397	177	43	143	69	91	73	327	3.272
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	23*	45	5*	**	11	26	12*	12	52*	35*	45	9	34	7*	21	7*	52	396
– davon bestanden	20	22	5		11	25	10	12	52	34	42	9	32	6	21	5	38	344
– davon nicht bestanden	3	23	0		0	1	2	0	0	1	3	0	2	1	0	2	14	52
abrechnende Ärzte geprüft, in %	5,6*	8,3	3,4*	**	20,0	24,3	4,6*	21,4	17,9*	8,8*	25,4	20,9	23,8	10,1*	23,1	9,6*	15,9	7)
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	6	8	0	**	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	18
– davon bestanden	6	8					1									1		16
– davon nicht bestanden	0	0					1									1		2
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	1	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)	195	542	50		92	279	88	92	542	248	313	84	322	36	163	66	344	3.456
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	180	477	49		92	279	73	86	542	248	268	84	316	36	161	66	344	3.301
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	180	542	49		92	279	73	86	542	248	268	84	316	36	160	66	301	3.322
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	180	542	49		92	279	73	86	542	248	268	84	316	36	161	66	301	3.323
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	180	477	45		92	279	73	86	521	188	268	84	315	31	160	49	284	3.132
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	2	44	4		0	0	3	0	18	52	30	0	2	5	0	13	13	186
– insgesamt nicht nachvollziehbar	13	21	1		0	0	12	6	3	8	15	0	5	0	3	4	47	138
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2, 3, 4, 6, 7)	141	97	10		40	33	80	51	63	171	227	22	79	67	89	43	146	1.359
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	134	81	9		40	33	71	51	63	171	210	22	79	67	89	43	139	1.302
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	134	97	9		40	33	71	51	63	171	210	22	79	67	89	43	139	1.318
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	134	97	9		40	33	71	51	63	171	210	22	78	67	88	43	140	1.317
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	134	81	8		40	33	71	51	56	167	210	22	77	62	86	36	132	1.266
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	1	13	1		0	0	8	0	6	3	15	0	1	5	2	4	7	66
– insgesamt nicht nachvollziehbar	6	3	1		0	0	1	0	1	1	2	0	1	0	1	3	7	27
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Venen)	0	18	0		0	0	0	11	19	68	37	15	67	26	6	4	5	276
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1		14						11	19	68	37	15	66	26	6	4	5	271
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2		18						11	19	68	37	15	66	26	6	4	5	275
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3		18						11	19	68	37	15	67	26	6	4	5	276
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar		4						11	18	66	37	15	67	26	6	4	4	258
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar		14						0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	17
– insgesamt nicht nachvollziehbar		0						0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

* 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 2 Umschreibungen. 6) Nicht bestandene Wiederholungsprüfung: Kolloquium noch nicht terminiert, laufendes Widerspruchsverfahren. 7) Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

✓	2.279	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	808	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	8.080	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN) Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
📋	643	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: 01.01.2023

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 / RINGVERSUCH: alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	318	364	100	55	27	41	187	34	204	281	106	26	124	73	88	59	192	2.279
beschiedene Anträge ²⁾	10	259	27	3	2	5	13	1	15	6	10	1	14	2	10	2	58	438
neu	10	259	5	3	2	5	13	1	7	6	8	1	10	2	10	2	58	402
– davon Genehmigungen	10	258	5	3	2	5	10	1	7	6	6	1	10	2	10	2	53	391
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5	11
erneut	0	0	22	0	0	3	0	0	8	0	3	0	4	0	0	0	0	40
– davon Genehmigungen			22			3			8		3		4					40
– davon Ablehnungen			0			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	19	26	3	4	1	2	10	1	9	7	8	2	6	2	9	2	11	122
– davon bestanden	12	19	2	2	0	2	7	0	6	4	7	1	3	1	8	2	7	83
– davon nicht bestanden	7	7	1	2	1	0	3	1	3	3	1	1	3	1	1	0	4	39
Wiederholungsprüfungen	10	5	1	2	1	0	0	1	4	2	2	0	5	0	2	0	8	43
– davon bestanden	9	4	1	2	1			1	4	1	2		4		2		4	35
– davon nicht bestanden	1	1	0	0	0			0	0	1	0		1		0		4	8

FALLSAMPLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT D (FORTBILDUNGSPRÜFUNGEN)

Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	69	122	25	15	6	11	20	8	78	37	54	15	48	18	27	19	55	627
reguläre Prüfungen	68	118	22	15	6	11	19	8	78	36	53	15	45	18	27	19	53	611
– davon bestanden	63	115	22	14	6	11	19	8	75	34	49	15	44	17	26	19	50	587
– davon nicht bestanden	5	3	0	1	0	0	0	0	3	2	4	0	1	1	1	0	3	24
Wiederholungsprüfungen	1	4	3	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	0	0	2	16
– davon bestanden	1	2	3				0			0	1		3				1	11
– davon nicht bestanden	0	2	0				1			1	0		0				1	5
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									0									0
– davon nicht bestanden									1									1
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	1	1
– davon bestanden																	1	1
– davon nicht bestanden																	0	0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT E

Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	122	117	9*	8*	19	24	56	15	120	58	41	0	66	7	42	8	70	782
– davon erfüllt	115	108	7	8	19	24	50	15	115	55	35		63	7	40	4	69	734
– davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe III und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	2	3	0	0	0	0	1	0	2	0	0		0	0	1	2	1	12
– davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	5	6	2	0	0	0	5	0	3	3	6		3	0	1	2	0	36
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	4	1	0	0	0	0	4	2	3	0	0	0	0	2	0	0	0	16
– davon erfüllt	4	1					4	2	3					2				16
– davon nicht erfüllt	0	0					0	0	0					0				0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	1	0	0	0	0	0	3	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	10
– davon erfüllt	1						2		5						1			9
– davon nicht erfüllt	0						1		0						0			1
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

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

Ärzte, die ihrer Verpflichtung nicht nachgekommen sind																		
– gemäß § 3 Abs. 2a	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	5
– gemäß § 3 Abs. 2b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– gemäß § 3 Abs. 2c	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	13	9	6	1	13	k. A.	1	16	8	18	1	6	2	7	8	1	110

* 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.

› MAMMOGRAPHIE-SCREENING

✓ 1.246 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: 01.01.2023

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

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 / RINGVERSUCH: 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 der Genehmigung; 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 / RINGVERSUCH: 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
	3)																	4)
✓ GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2021																		
Screeningseinheiten ¹⁾	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	12	95
Programmverantwortliche Ärzte ²⁾	19	22	8	10	3	4	12	8	15	20	8	2	14	7	7	4	22	185
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	12	14	6	10	1	3	2	8	8	14	4	2	9	5	6	4	9	117
kooperierende Ärzte	192	224	36	14	26	18	72	25	173	152	60	13	60	34	31	32	87	1.249
Befunder von Mammographie-aufnahmen	76	103	20	10	14	9	40	14	81	72	27	10	40	21	23	20	92	672
histopathologische Beurteilung	22	31	8	4	4	5	15	5	32	22	10	3	11	11	8	4	34	229
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	16	25	2	0	3	0	17	5	22	16	7	3	9	2	0	0	33	160
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	15	13	2		3		17	1	22	16	7	3	9	2			33	143

¹⁾ Eine Screeningeinheit ist KV-übergreifend organisiert, dadurch haben Bremen und Niedersachsen zusammen 9 Screeningeinheiten. ²⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ³⁾ Kooperierende Ärzte einschließlich Krankenhausärzte. ⁴⁾ Ärzte sind teilweise für mehrere Screeningeinheiten tätig.

DEUTSCHES
MAMMOGRAPHIE-
SCREENING-
PROGRAMM
31.12.2020

Alle zwei Jahre haben Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren Anspruch auf eine Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screenings. In 2020 erhielten fast fünfeinhalb Millionen anspruchsberechtigte Frauen hierzu eine Einladung.

5.445.380 EINLADUNGEN

SCREENING

MAMMOGRAPHIE

CA. 1.700
RADIOLOGISCHE FACHKRÄFTE

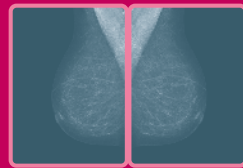
CA. 600
RÖNTGENGERÄTE

340
STANDORTE

70
MAMMOBILE

DOPPELBEFUNDUNG JEDER AUFNAHME

672
BEFUNDENDE ÄRZTINNEN
UND ÄRZTE



ABKLÄRUNG

BILDGEBENDE ABKLÄRUNG

ULTRASCHALL, PALPATION ETC.

185
PROGRAMMVERANTWORTLICHE
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

MINIMAL-INVASIVE ABKLÄRUNG

BIOPSIE, HISTOPATHO-
LOGISCHE UNTERSUCHUNG

345
PROGRAMMVERANTWORT-
LICHE UND KOOPERIERENDE
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

229
PATHOLOGINNEN
UND PATHOLOGEN

6:1.000

DURCHSCHNITTLLICH
WURDEN 6 KARZINOME
JE 1.000 FRAUEN
ENTDECKT.

2.646.723
TEILNEHMENDE

111.129
MIT AUFFÄLIGEM
BEFUND BEI DER
MAMMOGRAPHIE-
UNTERSUCHUNG

29.864
MIT AUFFÄLIGEM
BEFUND BEI DER
BILDGEBENDEN
ABKLÄRUNG

16.096
MIT EINER DIAGNOSE
BRUSTKREBS NACH
HISTOPATHOLOGISCHER
UNTERSUCHUNG

TÄGLICHE TECHNISCHE PHYSIKALISCHE
ÜBERWACHUNG DER GERÄTE.
HERSTELLERUNABHÄNGIGE
JÄHRLICHE KONSTANZPRÜFUNG ALLER
EINGESETZTEN GERÄTE VOR ORT.



BENACHRICHTIGUNG
DES ERGEBNISSES:
INNERHALB VON
7 WERKTAGEN
✓ ERFÜLLT ZU 97 %



TERMIN ZUR
ABKLÄRUNG:
INNERHALB
1 WOCHE
✓ ERFÜLLT ZU 96 %



BEGINN DER
ABKLÄRUNG BIS
ZUR DIAGNOSE:

INNERHALB
1 WOCHE
ERFÜLLT ZU 85 %

INNERHALB
2 WOCHEN
ERFÜLLT ZU 91 %



METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA

✓ 14.156 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 / HYGIENEPÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation
RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährlich erstellter quartalsbezogener 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)									

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	1.068	1.331	257	187	275	302	556	722	2.462	1.346	709	278	656	585	711	496	2.551	14.492
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1.048	1.314	267	181	283	287	601	704	2.380	1.281	687	275	645	551	692	480	2.480	14.156
beschiedene Anträge ²⁾	32	71	16	2	8	26	21	20	28	27	15	4	10	6	12	11	138	447
– davon Genehmigungen	29	69	16	2	8	25	21	20	28	27	15	4	10	6	12	11	133	436
– davon Ablehnungen	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	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	6	8	0	37	k.A.	38	186	72	80	7	21	40	31	25	56	607

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⁾ Genehmigungen enthalten Statuswechsler u.ä. ⁶⁾ Vorjahresangaben zur Arztzahl von KV korrigiert.

› MOLEKULARGENETIK

✓ 530 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 / RINGVERSUCH: 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



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 31.12.2020	82	56	34	11	9	40	34	14	49	46	45	5	26	11	5	9	61	537
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	76	56	34	11	8	33	35	13	50	48	46	5	27	9	7	8	64	530
beschiedene Anträge ²⁾	6	29	8	0	0	8	3	2	4	2	2	0	2	0	2	1	13	82
– davon Genehmigungen	6	29	6			8	3	2	4	2	2		2		2	1	12	79
– davon Ablehnungen	0	0	2			0	0	0	0	0	0		0		0	0	1	3
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	2	6	0	1	4	k.A.	1	3	0	7	0	1	2	0	2	1	30

■ **JAHRESSTATISTIK § 9 Abs. 4**

elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	6	16	3	1	1	5	2	2	9	6	3	1	9	4	3	1	6	78
abrechnende Betriebsstätten	12	16	4	1	1	7	5	3	9	9	7	1	9	4	2	2	6	98
Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0	0	7
– davon nachvollziehbar begründet													5	2				7
– davon nicht nachvollziehbar begründet													0	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.

➤ NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

✓ 246 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 hierzu geändert zum: 22.07.2020

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

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

KOLLOQUIUM: ab 1. Juli 2022 gilt: bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung, welche in einem Stellungnahmeverfahren nicht ausreichend begründet werden konnten

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: ab 1. Juli 2022 gilt: Dokumentationsprüfung auf Anforderung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: ab 1. Juli 2022 gilt: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrages

BERATUNG: ab 1. Juli 2022 gilt: 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 31.12.2020	28	43	7	4	2	8	28	6	24	24	7	4	7	2	16	5	15	230
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	28	46	7	4	2	10	33	6	23	27	9	4	7	2	16	5	17	246
beschiedene Anträge ²⁾	1	4	1	0	0	2	5	0	0	3	2	0	0	0	1	0	1	20
– davon Genehmigungen	1	k.A.	1			2	5			3	2				1		1	16
– davon Ablehnungen	0	k.A.	0			0	0			0	0				0		0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	k.A.	1	0	0	0	k.A.	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	4

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.

ONKOLOGIE

✓	4.103	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	238	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	4.760	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
📋	2.868	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: 01.01.2023

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

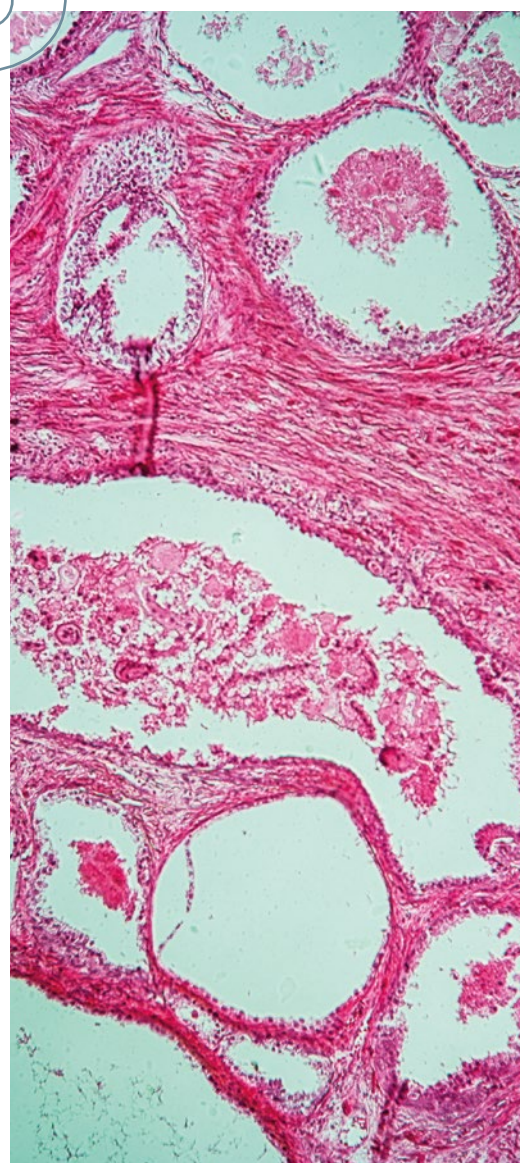
FREQUENZREGELUNG: Fachärzte und Fachärztinnen für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie: Pro Quartal und Arzt oder Ärztin gilt als Soll die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden Tumoren oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patientinnen und Patienten, 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: befristete pandemiebedingte Sonderregelung 2020 und 2021: Nachweis von 30 (statt 50) Fortbildungspunkten aus der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen mit onkologischen Inhalten; jährlich einmalige (statt 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
	4)	6)	7)							8)						10)	12)	
GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	571	504	285	135	42	136	234	62	412	509	149	32	239	104	152	96	441	4.103
– darunter Ärzte in Neu- / Jungpraxen	5)	83	38	27	5	12	26	5	10	73	0	4		15	3	0	24	325
– darunter Ärzte in Praxen, die aus Sicherheitsgründen zugelassen wurden	0	13	228	13	0	50	0	6	156	261	0	0		0	3	0	441	1.171
beschiedene Anträge ²⁾	45	83	22	12	4	18	22	3	21	44	22	2	18	11	10	8	48	393
– davon Genehmigungen	44	82	22	12	4	17	22	3	21	44	21	2	16	10	10	8	48	386
– davon Ablehnungen	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	7
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4	8
– davon bestanden														3			4	7
– davon nicht bestanden														1			0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	2	1	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0	9
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	2	9	8	0	17	k.A.	5	33	38	14	3	8	2	3	10	0	155
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	20	40	22	**	5	12	18	6	34	38	15	4	9)	11	13	11)	0	238
– davon bestanden	20	28	16*		5	11	18	6	31	38	13	4		10	13			213
– davon nicht bestanden	0	12	0*		0	1	0	0	3	0	2	0		1	0			19
PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, welche die Nachweise gemäß § 7 Nr. 1.– 3. erbracht haben	571		236	135	42*	127	216	62	403	323	141	29	9)	k.A.	142	11)	441	2.868

* 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⁾ Aufgrund regionaler Vereinbarungen ist eine Differenzierung nach Jungpraxen nicht vorgesehen. ⁶⁾ Fortbildung wird noch geprüft. ⁷⁾ 6 weitere Überprüfungen der Dokumentationen § 10 konnten pandemiebedingt nicht abgeschlossen werden. ⁸⁾ Bezüglich Sicherheitsgründen gilt zusätzlich eine nordrheinische Vereinbarung, seit 01.04.2014. ⁹⁾ Keine Angabe, da nicht Bestandteil der regionalen Onkologie-Vereinbarung. ¹⁰⁾ Aufgrund regionaler Vereinbarungen liegt ein Teil der abgefragten Angaben nicht vor, eine Darstellung der aus Sicherheitsgründen zugelassenen Praxen ist nicht möglich. ¹¹⁾ Keine Dokumentationsprüfung i. S. d. Onkologie-Vereinbarung. Ab 01.01.2020 gilt gesonderte regionale Vereinbarung. ¹²⁾ Alle erteilten Genehmigungen wurden auf Basis der Ergänzungsvereinbarung aus Sicherheitsgründen erteilt.

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

✓ 4.086 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)																		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	458	638	244	96	50	130	300	77	393	546	192	52	189	104	134	83	400	4.086
beschiedene Anträge ²⁾	20	150	22	6	3	6	16	2	32	37	17	0	22	3	7	5	47	395
– davon Genehmigungen	20	134	22	6	3	6	16	2	32	37	17		20	3	6	5	47	376
– davon Ablehnungen	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	0	1	0	0	19
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	k. A.	0	17	5	2	7	k. A.	3	18	8	20	0	12	1	5	2	9	109

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.

» BESONDERS QUALIFIZIERTE UND KOORDINIERTES PALLIATIV-MEDIZINISCHE VERSORGUNG

✓ 4.433 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

📋 1.479 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 palliativ-medizinische 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)				5)		7)			
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	501	437	98	131	28	46	321	100	331	1.731	170	49	144	176	75	80	15	4.433
beschiedene Anträge ²⁾	38	123	6	4	0	4	27	4	49	43	12	6	12	15	18	8	5	374
– davon Genehmigungen	37	115	6	4		4	27	4	48	43	12	6	11	15	14	8	2	356
– davon Ablehnungen	1	8	0	0		0	0	0	1	0	0	0	1	0	4	0	3	18
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	3	3	0	1	k.A.	1	15	111	14	0	3	11	5	0	0	167
📋 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung im Berichtsjahr erbracht haben	451*	181	83	k.A.	**	45	265	**	221	**	**	0	115	k.A.	46	61	11	1.479

* 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⁾ Prüfungsumfang der Fortbildungsnachweise pandemiebedingt reduziert. ⁵⁾ Überprüfung der Fortbildungsnachweise nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Davon 43 Erstanträge. ⁷⁾ Differenz zu Vorjahr wegen Korrektur.

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

✓ 251 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: zweijährliches Prüfintervall; Aussetzen der Prüfungsverpflichtung bis 31. Dezember 2022

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)		4)			4)	4)	4)				4)		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	24	39	15	7	3	7	8	7	32	19	8	8	19	6	14	3	43	262
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	21	36	15	6	3	7	7	7	31	19	8	8	19	5	14	3	42	251
beschiedene Anträge ²⁾	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4
neu		2							1								1	4
– davon Genehmigungen		2							1								1	4
– davon Ablehnungen		0							0								0	0
erneut gemäß § 6 Abs. 6		0							0								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	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	k.A.	0	0	k.A.	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3	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⁾ Vorjahresangabe gegenüber Veröffentlichung korrigiert.

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

✓ 159 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur photo-therapeutischen 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

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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	15	36	9	3	0	2	4	3	12	21	3	4	8	3	4	1	31	159
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	12	36	9	3	1	2	4	4	13	21	3	4	8	2	5	1	31	159
beschiedene Anträge ²⁾	0	12	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	2	21
– davon Genehmigungen		9			1		1	1	1		1	1			1		2	18
– davon Ablehnungen		3			0		0	0	0		0	0			0		0	3
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	k.A.	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.	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	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⁾ Davon 1 Neuantrag.

› POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE PET UND PET/CT

- ✓ 237 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 82 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 984 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
- 36 **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**

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

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

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

RÜCKMELDESYSTEME / 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)			6)					
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Ärzte 1) mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	14	28	16	7	8	6	9	4	18	20	2	5	11	17	1	11	49	226	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	14	28	18	7	8	6	11	4	20	26	2	4	11	15	1	11	51	237	
abrechnende Ärzte	9	28	16	7	7	6	6	3	16	18	2	1	11	11	1	9	36	187	
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs.1 2)	1	15	0	0	0	0	0	0	2	8	0	0	0	0	0	1	12	39	
neu	1	15							2	8						1	12	39	
– davon Genehmigungen	1	12							2	8						1	12	36	
– davon Ablehnungen	0	3							0	0						0	0	3	
erneut gemäß § 7 Abs. 4	0	0							0	0						0	0	0	
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs.2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
neu			2				2											4	
– davon Genehmigungen			2				2											4	
– davon Ablehnungen			0				0											0	
erneut gemäß § 7 Abs. 4			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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kolloquien gemäß § 8 Abs.6 Nr.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	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	2	0	0	0	0	k.A.	0	2	0	0	1	0	2	0	1	0	8	
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																			
insgesamt geprüfte Ärzte gemäß § 8	6	11	5*	5	7	2	0	0	1	**	2	0	4	9	0	7)	0	52	
– davon bestanden	6	9	5	4	7	2			1		2		4	9				49	
– davon nicht bestanden	0	2	0	1	0	0			0		0		0	0				3	
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr.1 (24 Monate)	6	0	0	0	7	2			0	**	2		3	9				29	
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr.2 (12 Monate)	0	0	0	0	0	0			1	**	0		0	0				1	
📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																			
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs.2 (zweijährlich) vorgelegt haben	8	*	0	5	8	3	0	0	**	**	**	0	8	0	1	7)	3	36	
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten vorgelegt haben	0	*	0	0	0	0	0	0	**	**	**	0	0	0	0		0	0	
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	

* 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⁾ Stichprobenprüfungen erfolgen 2022. ⁶⁾ Für 2 Ärzte ist der Fortbildungszeitraum wegen Zeitpunkt Genehmigungserteilung nicht relevant. ⁷⁾ Nächste Überprüfung von Dokumentationen und Fortbildungsnachweisen erfolgt 2022.



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⁾	2.777	3.601	2.263	490	382	1.020	2.469	280	1.777	3.368	913	278	1.011	426	641	365	2.175	24.236
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	905	1.249	393	178	79	198	614	101	693	850	295	69	287	155	179	154	673	7.072
Ärztliche Psychotherapeuten	937	1.196	512	121	78	234	542	81	417	830	242	61	176	55	208	86	397	6.173
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten	117	168	66	28	14	59	70	17	141	158	45	13	40	24	51	19	122	1.152
Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)	819	948	401	181	74	200	411	124	605	780	269	86	336	171	224	163	559	6.351

¹⁾ Quelle: Bundesarztregister, Stand: 31.12.2021. 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 zum 1. Januar 2023 erneut 654 Gutachterinnen und Gutachter bestellt. 223 Gutachterinnen und Gutachter übernehmen erstmals diese Aufgabe. 431 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurden erneut bestellt. Das Antrags- und Gutachterverfahren zur Genehmigung von Psychotherapien soll durch ein neues Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung abgelöst werden. Damit ist jedoch frühestens zum 1. Januar 2025 zu rechnen.

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 und 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				
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
2021	251 Gutachter – davon 60 für Kinder und Jugendliche	17.698 Gutachten – davon 5.352 für Kinder und Jugendliche	2,8	11,6
	– davon 23 für Zweitgutachten	328 Zweitgutachten	12,8	27,1
SYSTEMISCHE THERAPIE SEIT 01.07.2020				
2020 ²⁾	41 Gutachter	8 Gutachten	3)	3)
	– davon 2 für Zweitgutachten	0 Zweitgutachten	3)	3)
2021	39 Gutachter	204 Gutachten	3)	3)
	– davon 2 für Zweitgutachten	0 Zweitgutachten	3)	3)
TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE				
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
2021	349 Gutachter – davon 89 für Kinder und Jugendliche	65.997 Gutachten – davon 11.333 für Kinder und Jugendliche	1,9	5,9
	– davon 26 für Zweitgutachten	632 Zweitgutachten	18,7	22,3
VERHALTENSTHERAPIE				
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
2021	195 Gutachter – davon 55 für Kinder und Jugendliche	121.356 Gutachten – davon 19.848 für Kinder und Jugendliche	3,1	9,2
	– davon 40 für Zweitgutachten	1.678 Zweitgutachten	19,7	27,1

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

ERGEBNISSE DER STICHPROBENERHEBUNG 2021 – UMSETZUNG VON QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Die elfte Stichprobenerhebung erfolgte in 2021 gemäß der seit 2016 sektorenübergreifend geltenden und in 2020 überarbeiteten QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Gefordert ist, alle zwei Jahre stichprobenhaft den Umsetzungsstand der Methoden, Instrumente und Anwendungsbereiche von Qualitätsmanagement (QM) in mindestens vier Prozent der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Einrichtungen zu erheben. Die KBV erhält die anonymisierten Daten der Stichprobe und berichtet die bundesweiten Ergebnisse an den G-BA, welcher den ausführlichen Ergebnisbericht auf seiner Website veröffentlicht.

Die Stichprobenerhebung erfolgt bundeseinheitlich mit einem standardisierten Erhebungsinstrument im Sicheren Netz der KVen. Erstmals wurde in 2021 ein in der Richtlinie verankerter neuer Erhebungsbogen verwendet und technisch eine einheitliche Ziehungsfunktion über das dafür von der KBV bereitgestellte Webportal angewandt. Rege genutzt wurden die im neuen Erhebungsbogen verwendeten 13 Freitextfelder sowie die beiden freiwilligen Angabefelder, in denen ergän-

zende Informationen und Anmerkungen eingegeben oder ein Beratungswunsch vermerkt werden konnte. Insgesamt gab es fast 7.000 Freitextmeldungen, die belegen, dass die Praxen/MVZ sich intensiv mit QM auseinandersetzen.

Trotz fortdauernder COVID-19-Pandemie wurde eine hohe Einreichungsquote von 72 Prozent aller gezogenen Stichprobenteilnehmenden erreicht, bei einem breiten Spektrum von Einzelpraxen (etwa 74 Prozent), Berufsausübungsgemeinschaften (etwa 17 Prozent) bis hin zu großen Medizinischen Versorgungszentren (etwa drei Prozent). Die Zufallsstichprobe von vier Prozent bestand in 2021 aus insgesamt 4.568 Einrichtungen, von denen 3.500 (77 Prozent) aktiv teilgenommen haben; Bayern hat aufgrund der Pandemie und der damit einhergehenden Impfpflichtigkeit ausgesetzt. 86 Prozent der Teilnehmenden waren bereits über drei Jahre zum 1. Januar 2021 zugelassen. Die Stichprobe enthielt etwa 70 Prozent Vertragsärzte und -ärztinnen und 30 Prozent Vertragspsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen.

Die Ergebnisse der QM-Stichprobe 2021 zeigen, dass die in der Richtlinie definierten Instrumente und Methoden sowohl in etablierten als auch in jüngeren Praxen und Einrichtungen (kürzer als drei Jahre zugelassen) umgesetzt werden.

§ 4 QM-RICHTLINIE METHODEN, INSTRUMENTE UND ANWENDUNGSBEREICHE

- › 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 Hilfe bei Gewalt und Missbrauch

ZEITSCHIENE ZUR QM-DARLEGUNG 2021

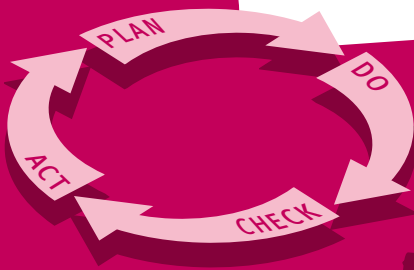


VORTEILE DER DIGITALISIERTEN ERHEBUNG MIT QM WEB

- ✓ Nutzerfreundlich durch Filter- und Notizmöglichkeiten
- ✓ Sofortige Rückmeldung vor Einreichung, wenn Daten falsch eingegeben wurden
- ✓ Hilfreiches Auswertungstool mit standardisierten Grafiken
- ✓ Webportal spart Zeit und Papier

QM-RL

QUALITÄTSMANAGEMENT- RICHTLINIE

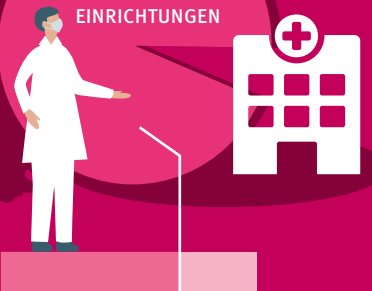


STICHPROBENERGEBNISSE 2021/2022 UMSETZUNG VON QM

- ➔ BUNDESWEIT EINHEITLICH HOHER UMSETZUNGSSTAND
- ➔ HOMOGENITÄT ZWISCHEN DEN KV-REGIONEN
- ➔ NUR GERINGFÜGIGE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN KLEINEN UND GROSSEN EINRICHTUNGEN

HOHE RÜCKLAUFQUOTE
DER AKTIV TEILNEHMENDEN
TROTZ PANDEMIE

94%
TEILNEHMENDE
EINRICHTUNGEN



70%
ÄRZTINNEN/
ÄRZTE

30%
PSYCHOTHERA-
PEUTINNEN/
-THERAPEUTEN

BEISPIEL HOMOGENITÄT: ARZNEIMITTEL- THERAPIESICHERHEIT

BW	98 %
BY	–
BE	98 %
BB	100 %
HB	100 %
HH	100 %
HE	98 %
MV	97 %
NI	100 %
NO	98 %
RP	96 %
SL	100 %
SN	97 %
ST	97 %
SH	99 %
TH	98 %
WL	97 %



99%

BEISPIEL HOHER
UMSETZUNGSSTAND:
HYGIENEMANAGEMENT

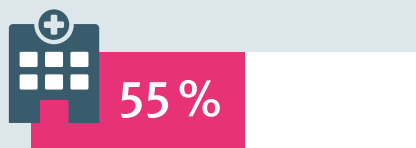


QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®



QEP® IN ZAHLEN

Etwa 55 Prozent aller Praxen und MVZ nutzen QEP® als Grundlage für ihr internes Qualitätsmanagement. Optionale Angabe der Stichprobenerhebung 2021, n= 1.816 Einrichtungen



Praxen und MVZ wurde bisher über 2.100 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 72.000 Mal heruntergeladen.



Gut 19.000 Abonnentinnen und Abonnenten lesen den QEP®-Newsletter.



In den KVen haben 2021 etwa 30 QEP®-Einführungsseminare stattgefunden. Seit der Einführung von QEP® waren es mehr als 1.700 Seminare mit über 35.000 Teilnehmenden.

Die QEP®-Website wurde 2021 mehr als 10.000 Mal aufgerufen.



Mehr Infos unter:

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

QEP-ZERTIFIZIERUNG

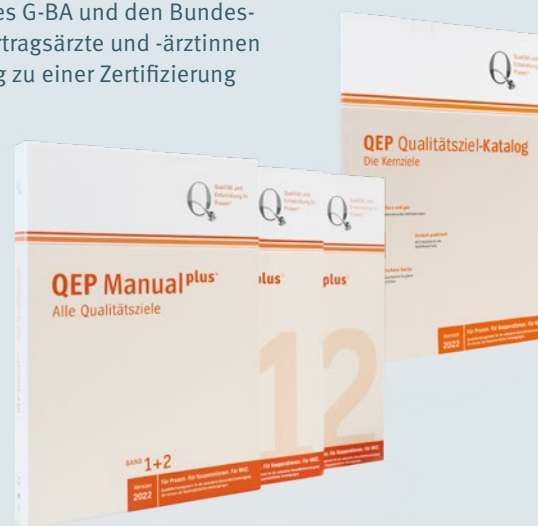
Damit an einer Zertifizierung interessierten Praxen und MVZ weiterhin ein entsprechendes Angebot gemacht werden kann, hat die KBV 2021 einen Antrag auf Feststellung der Akkreditierungsfähigkeit von QEP bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) gestellt. Seit Oktober 2022 ist das QEP-Zertifizierungsverfahren als akkreditierungsfähig nach DIN EN ISO/IEC 17065 anerkannt.

Hintergrund: Aus berufsrechtlichen Vorschriften, dem SGB V, Richtlinien des G-BA und den Bundesmantelverträgen mit Qualitätssicherungsvereinbarungen ergibt sich für Vertragsärzte und -ärztinnen sowie Vertragspsychotherapeuten und -therapeutinnen keine Verpflichtung zu einer Zertifizierung ihres internen Qualitätsmanagements.

QEP – NEUAUFLAGE 2022

Der QEP-Qualitätsziel-Katalog® und das QEP-Manualplus® wurden umfassend überarbeitet sowie aktualisiert und sind in 2022 in einer neuen Auflage erschienen.

Der Qualitätsziel-Katalog enthält nun 62 Kernziele mit Erläuterungen und einem kurzen Serviceteil. Das zweibändige QEP-Manualplus bietet Zugang zum passwortgeschützten Webportal OnlinePlus mit über 200 Musterdokumenten und weiterführenden Informationen zum Download.



› MEIN PRAXISCHECK – THEMA HYGIENE ÜBERARBEITET

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

Eine sofortige Auswertung steht am Ende jeder Selbstbewertung als PDF-Dokument zum Download bereit. Diese enthält neben hilfreichen Tipps zur Verbesserung des QM eine Graphik, die zeigt, wie die eigene Praxis im Vergleich zu anderen Teilnehmenden abgeschnitten hat. Zusätzlich bietet die Webapplikation eine direkte Feedbackmöglichkeit für die Nutzer. Über 85 Prozent derjenigen, die der KBV ein Feedback gegeben haben, bewerten Mein PraxisCheck als hilfreich.

In 2021 wurde Mein PraxisCheck Hygiene komplett überarbeitet und durch QEP mit aktualisierten Musterdokumenten zu Hygiene und Infektionsschutz unterstützt. Im Check werden die für Praxen und MVZ wichtigsten Hygienethemen abgedeckt, wie zum Beispiel Hygieneplan, Reinigungs- und Desinfektionsplan, Flächenreinigung und -desinfektion, persönliche Schutzausrüstung, Hautschutz und Händehygiene.

Jetzt testen:

➔ www.kbv.de/praxischeck



› 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



„MEIN PRAXISCHECK“ FAST 246.000 ZUGRIFFE SEIT DER VERÖFFENTLICHUNG

THEMEN ZUGRIFFE GESAMT Stand: Mai 2022

	Datenschutz und Informationssicherheit 72.000 Online seit 11/2012
	Qualitätsmanagement 33.700 Online seit 09/2016
	Patientensicherheit 13.000 Online seit 02/2017
	Impfen 33.000 Online seit 02/2015
	Hygiene 81.000 Online seit 03/2014, 2021 überarbeitet
	Prävention Wundinfektionen 12.100 Online seit 10/2017, 2021 in Überarbeitung

AUSWERTUNGEN IN eZAP ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTEN MIT:

- › 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.

Ein besonderes Feature von eZAP ist, 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. 2021 wurde das Modul „Arzt-Patienten-Kommunikation“ überarbeitet und in zweiter Auflage veröffentlicht. Darüber hinaus wurde das Modul „Moderatorenausbildung“ um Inhalte zur Durchführung von Online-Moderatorenausbildungen ergänzt. Hier erlernen die Teilnehmenden neben den Grundlagen der klassischen Moderatorenausbildung auch Techniken zur abwechslungsreichen Durchführung von Zirkelsitzungen per Videokonferenz.

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 auch 2021 Einfluss auf die Qualitätszirkelarbeit. Treffen in Präsenz waren nicht immer möglich, trotzdem bestand der Wunsch nach Austausch. Viele Zirkel haben in dieser Zeit ihre Sitzungen digital mit Videokonferenzsystemen durchgeführt. Neben dem Leitfaden zur Durchführung von Online-Qualitätszirkeln bietet die KBV seit 2021 ein digitales Plakat zur Gestaltung aktiver Pausen an. Die oft als ermüdend empfundenen Videokonferenzen können durch verschiedene Aktivierungstechniken in einer kurzen Pause angenehmer gestaltet werden. Das Plakat bietet dazu verschiedene Anregungen wie Entspannungs- und Atemübungen, macht aber auch spielerische Vorschläge.



Trotz der Möglichkeit zur Nutzung von Videokonferenzsystemen haben sich die Pandemiebeschränkungen auf die Zahl der Zirkelsitzungen und der Teilnehmenden ausgewirkt.

2021 engagierten sich bundesweit fast 6.700 Moderatorinnen und Moderatoren in circa 7.150 Qualitätszirkeln, an denen rund 55.000 Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten teilnahmen.

Hingegen wurden in 2021 wieder deutlich mehr Moderierende ausgebildet (ein Zuwachs von 27 Prozent gegenüber 2020). Offensichtlich haben sich Online-Fortbildungen weiter durchgesetzt und Präsenzveranstaltungen wurden auf die Sommermonate verlegt. Auch die Anzahl der Fortbildungen ist deutlich gestiegen. Sie fanden darüber hinaus wieder ausschließlich in Präsenz statt.

Ein regelmäßig erscheinender Newsletter informiert Qualitätszirkel-Interessierte über neue Themen, aber auch über methodische und didaktische Unterstützungsangebote. Der Newsletter ist 2021 vier Mal erschienen und hatte Ende des Jahres mehr als 13.000 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 erneut nicht als zweitägige Präsenzveranstaltung durchgeführt werden. Dennoch nahmen mehr als 40 Teilnehmende die Gelegenheit wahr, sich an einem Nachmittag digital über aktuelle Themen, Projekte und Ideen auszutauschen.

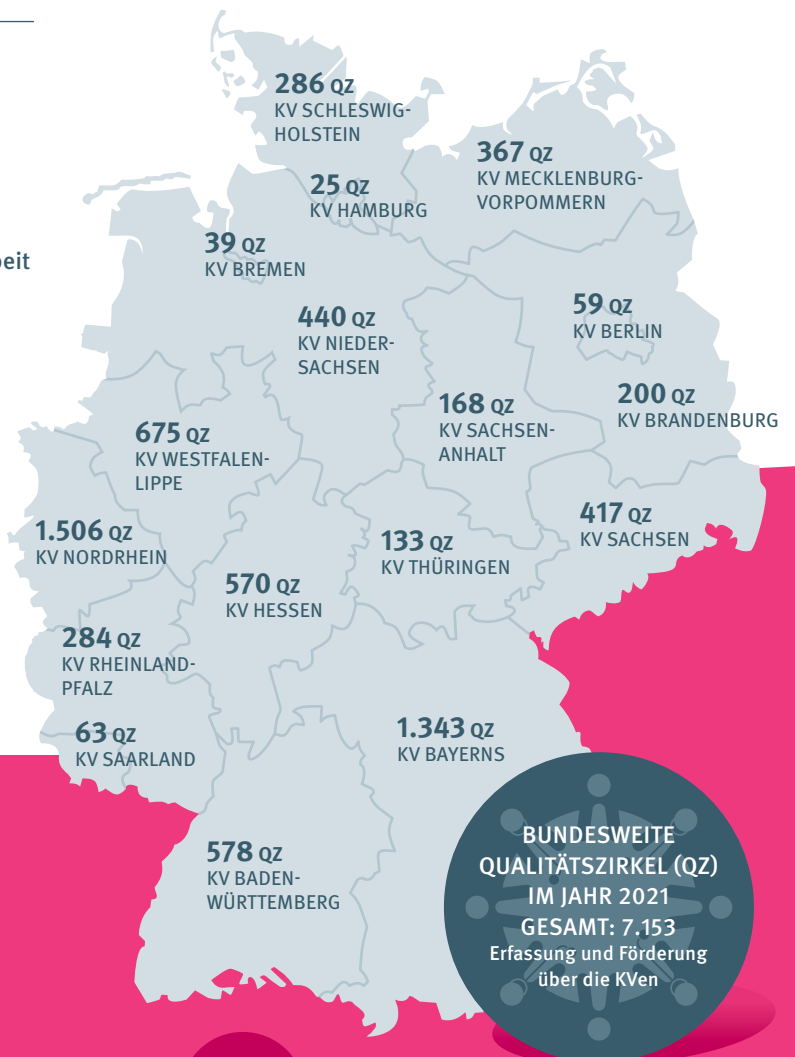
Qualitätszirkel haben einen hohen Stellenwert für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, in erster Linie als freiwillige Initiative der Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, zunehmend auch als Option in Sonderverträgen, Richtlinien oder Qualitätssicherungsvereinbarungen. Alle KVen unterstützen und fördern die Zirkelarbeit. Dies reicht von finanziellen Anreizen über Informations- und Fortbildungsangebote für Moderierende 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

- **7.153 Qualitätszirkel und ca. 55.000 Teilnehmende**
- **73 Tutorinnen und Tutoren unterstützen aktiv die regionale Zirkelarbeit**
- **435 neu ausgebildete Moderatorinnen und Moderatoren bundesweit**
- **18 Fortbildungsveranstaltungen für Moderatorinnen und Moderatoren in den KVen**
- **Etwa 2.500 Downloads der Qualitätszirkel-Module**



› RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

✓	3.160	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	185	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	3.634	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📅	1.111	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

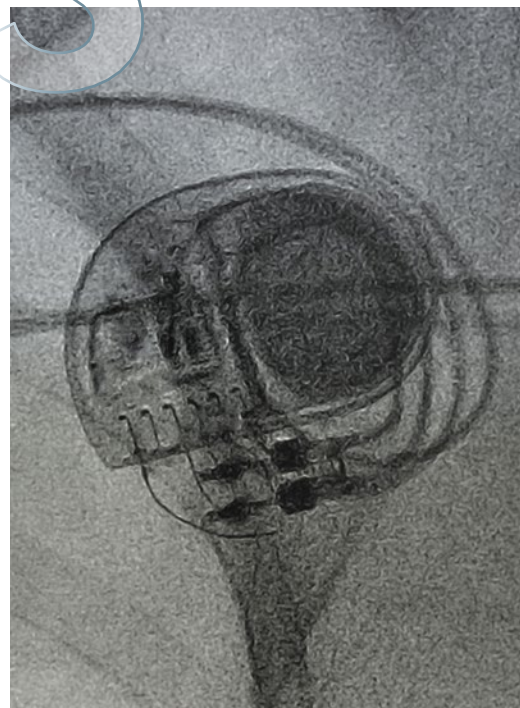
AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; im zutreffenden Fall Vorgaben gemäß Anhang 1 der Anlage 31 BMV-Ä sowie weitere organisatorische Voraussetzungen
KOLLOQUIUM: bei erfolglosem Stellungnahmeverfahren in Folge Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung Kolloquium zu den konkreten Fällen; bei abweichender, aber gleichwertiger 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 Zufallsprinzip ausgewählten abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patientinnen und Patienten

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



➤ RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

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

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	16	24	8	10	0	3	1	3	7	8	0	4	2	6	7	7	8)	106
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	14	29	8	0	0	2	1	3	7	6	0	4	2	5	7	6	8)	94
beschiedene Anträge ²⁾	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	1	2																3
– davon Ablehnungen	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	0			1	k.A.	0	0	2		0	0	1	0	1		5
abrechnende Ärzte	14	22	8			k.A.	1	3	3	6		k.A.	2	4	7	5	8)	75

📋 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0	21	0			0	0	1	**	**		0		**	0	**		22
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	3	0			0	0	2	**	**		0		**	0	**		5
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0	0			0	0	0				0			0			0

📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfungsumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	0	1	1			1	0	0	6)	0		0	0	0	**	1		4
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9		20	20			20										20		80
davon ohne Beanstandungen		20	2			20										20		62
davon mit Beanstandungen		0	18			0										0		18
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3			18															18
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung gemäß § 9 Abs. 3			0															0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden			1															1
Kolloquien																		
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0			0	0	0	6)	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)				7)									

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE UND ICD

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	4	8	0	10	1	2	1	5	5	2	0	4	0	4	3	4	8)	53
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	4	8	0	1	0	2	0	3	4	3	0	4	1	4	3	4	8)	41
beschiedene Anträge ²⁾	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	2	0	0		8
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)		1						2	1	1			1	2				8
– 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
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0		0	1	0	k.A.	5	3	0		0	0	2	0	0		11
abrechnende Ärzte	4	7		1	0	k.A.	0	3	4	2		9)	1	4	2	4	8)	32

📋 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0	4		1		0	0	1	**	**		0		**	0	**		6
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	1		0		0	0	2	**	**		0		**	0	**		3
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0		0		0	0	0				0			0			0

📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfungsumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	0	0		1		1	0	1	6)	0		0	0	0		1		4
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9				6		20		20								20		66
davon ohne Beanstandungen				3		17		20								20		60
davon mit Beanstandungen				3		3		0								0		6
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3				1		3												4
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung gemäß § 9 Abs. 3				0		0												0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden				0		1												1
Kolloquien																		
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 3	0	0		0		0	0	0	6)	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)	10)	11)			5)			6)	12), 13)			7)				8)	

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE, ICD UND CRT

GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	392	520	107	79	39	65	256	57	295	360	167	23	148	75	95	54	293	3.025
beschiedene Anträge ²⁾	33	111	10	5	3	9	29	2	37	51	11	1	10	4	4	4	41	365
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	33	106	10	5	3	9	29	2	37	18	11	1	10	4	4	4	41	327
– davon Ablehnungen	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	2	0	6	7	k.A.	10	19	13	15	2	6	3	6	1	0	90
abrechnende Ärzte	364	462	96	79	37	51	211	43	224	339	171	9)	137	73	91	46	297	2.721

PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	379	432	9	81	39	15	5	29	**	**	**	4		**	12	**	29	1.034
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	13	0	0	0	0	0	0	28	**	**	**	0		**	0	**	0	41
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0	0	0	0	0	0	0				0			0		0	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	15	14	13*	12	6	18	0*	8	**	24*	12	6	23	0	**	7	19*	177
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9	500	280	260	84	120	360	0*	160		448	240	120	456	0		140	320	3.488
davon ohne Beanstandungen	484	278	248	60	79	266		159		382	209	108	403			140	285	3.101
davon mit Beanstandungen	16	2	12	24	41	94		1		8	31	12	53			0	35	329
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3	15	2	12	24	41	91		1		8	15	12	53			0	35	309
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung gemäß § 9 Abs. 3	1	0	0	24	0	3		0		0	16	0	0			0	0	44
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	2	0	1	3	2	6	0*	1		0	1	1	1	0		0	0	18
Kolloquien																		
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 3	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 Statuswechseln etc. ⁵⁾ Keine Differenzierung der abrechnenden Ärzte nach Genehmigungsbereichen. ⁶⁾ Stichprobenprüfungen werden kumuliert im dritten Genehmigungsbereich dargestellt. ⁷⁾ Verschiebung der Überprüfung der Fortbildungsnachweise nach 2022. ⁸⁾ Keine Differenzierung der Genehmigungsinhaber und der abrechnenden Ärzte nach Genehmigungsarten. ⁹⁾ Es haben abgerechnet: Herzschrittmacher: 30 Ärzte; ICD: 22 Ärzte; CRT: 19 Ärzte; ICD telemed.: 5 Ärzte; CRT telemed.: 3 Ärzte. ¹⁰⁾ 14 Prüfungen: bei 5 weiteren Prüfungen steht das Ergebnis noch aus. ¹¹⁾ 13 Prüfungen: 2 weitere Ärzte pandemiebedingt nicht geprüft. ¹²⁾ Dokumentationsprüfung: Davon 3 Ärzte und 58 Dokumentationen noch in Prüfung. Angaben zu Stellungnahmen und Kolloquien daher unter Vorbehalt. ¹³⁾ Davon 32 wegen Erweiterung/ Statuswechsel o. ä.

> SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

✓ 5.464 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: 01.04.2022

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)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2021	593	944	213	112	42	124	326	90	450	995	289	52	231	108	182	98	615	5.464
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	526	878	195	85	40	113	293	82	392	929	268	44	226	87	150	92	524	4.924
– davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	58	65	18	26	2	11	32	5	40	61	1	8	5	20	29	6	91	478
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9	1	0	1	0	0	1	3	18	5	20	0	0	1	3	0	0	62
beschiedene Anträge ²⁾	45	309	31	3	1	19	79	8	46	188	17	2	25	10	21	15	96	915
– davon Genehmigungen	45	275	30	3	1	19	78	8	46	187	17	2	24	10	21	14	90	870
– davon Ablehnungen	0	34	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	6	45
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	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	k. A.	0	13	7	2	13	k. A.	1	15	19	24	0	6	6	9	7	25	147

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 45 Neuanträge.

› SCHMERZTHERAPIE

✓	1.366	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■ ■ ■	170	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	2.040	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 schmerzkranken Patienten oder Patientinnen pro Quartal

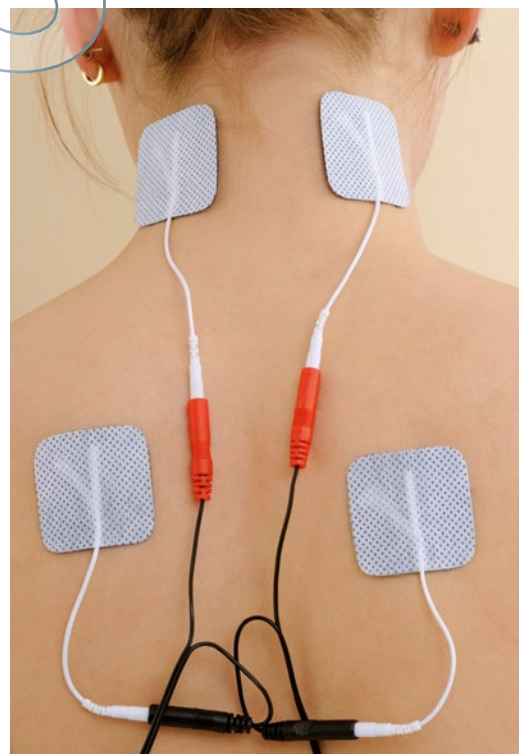
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: mindestens halbjährliche Information über den Behandlungsverlauf an den Hausarzt oder die Hausärztin; Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen; konsiliarische Beratung der kooperierenden Ärzte und Ärztinnen; schmerztherapeutische Einrichtungen: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

RÜCKMELDESYSTEME / 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 31.12.2020	175	198	87	82	14	29	84	33	70	155	71	19	94	38	42	31	107	1.329	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	170	207	94	77	14	34	93	36	78	153	70	19	95	40	43	34	109	1.366	
beschiedene Anträge ²⁾	18	55	27	3	2	6	17	4	16	39	8	0	8	2	2	5	12	224	
neu (erstmalig)	13	31	13	3	2	2	8	4	9	20	5		8	2	2	5	12	139	
– davon Genehmigungen	12	27	7	3	2	2	8	4	9	14	3		7	2	2	4	12	118	
– davon Ablehnungen	1	4	6	0	0	0	0	0	0	6	2		1	0	0	1	0	21	
erneut gemäß § 5 Abs.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
neu (wegen Statuswechsel u.ä.)	5	24	14	0	0	4	9	0	7	19	3		0	0	0	0	0	85	
– davon Genehmigungen	5	23	14			4	9		7	19	3							84	
– davon Ablehnungen	0	1	0			0	0		0	0	0							1	
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	1	3	0	4	0	0	0	0	0	0	4	12	
– davon bestanden							1	3		4							4	12	
– davon nicht bestanden							0	0		0							0	0	
Kolloquien gemäß § 4 Abs.3 Nr. 4	0	8	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	16	
– davon bestanden		7	1				2						4					14	
– davon nicht bestanden		1	1				0						0					2	
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
– davon ohne Beanstandungen								4										4	
– davon mit Beanstandungen								0										0	
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2	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	0	8	2	1	k.A.	1	5	5	7	0	5	0	1	0	7	46	
☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7 Abs. 2 (fakultativ)																			
geprüfte Ärzte	2	0	7	0	0	36	0	8	3	0	0	0	0	0	20	4	0	80	
– davon Anforderungen erfüllt	2		7			36		8	3						20	4		80	
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0		0			0		0	0						0	0		0	
☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																			
geprüfte Ärzte	10	9	6	4	3	8	7	2	5	3	3	0	10	2	7	4	7	90	
– davon Anforderungen erfüllt	6	4	6	4	2	7	7	2	5	3	3	0	9	1	7	4	2	72	
– davon Anforderungen nicht erfüllt	4	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	18	
geprüfte Dokumentationen	120	108	72	38	36	96	84	24	60	36	36	0	120	24	84	50	84	1.072	
– davon ohne Beanstandungen	86	77	72	38	30	84	84	21	58	36	36	0	108	12	83	46	68	939	
– davon mit Beanstandungen	34	31	0	0	6	12	0	3	2	0	0	0	12	12	1	4	16	133	
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	4	5	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	5	25	
– davon ohne Beanstandungen	4	5	3		0	0							1	⁷⁾		3	5	21	
– davon mit Beanstandungen	0	0	0		1	1							1	⁷⁾		0	0	3	
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
– davon ohne Beanstandungen					1													1	
– davon mit Beanstandungen					0													0	
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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. 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⁾ Erstmals erteilte Genehmigungen enthalten Anerkennung zur Fortbildungsstätte und Behandlungsfällzahlhöhung. ⁶⁾ Fortbildung ausgesetzt: 9 Ärzte haben unverlangt eingereicht. ⁷⁾ Stellungnahmen noch in 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.

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 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 Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) gegründet. Diese regionalen Landesarbeitsgemeinschaften 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 die Einleitung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu empfehlen.

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 -therapeutinnen offen, in einem Expertengremium beim IQTIG mitzuwirken. Die Expertengremien unterstützen das IQTIG in der Weiterentwicklung von QS-Verfahren. Interessierte Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen finden auf der Homepage 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

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 drei Datenquellen:

1. Qualitätssicherungsdokumentation durch die Ärztinnen und Ärzte
2. Sozialdaten, die als Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen vorliegen
3. Patientenbefragung (seit 1. Juli 2022)

Seit 1. Juli 2022 findet eine Befragung der Patientinnen und Patienten statt. Bei der Befragung können zufällig ausgewählte Betroffene, bei denen ein Herzkatheter-Eingriff durchgeführt wurde, anonym Fragen zu ihrem Behandlungserfolg beantworten. Diese Daten werden in die Gesamtbewertung der Ergebnisse miteinfließen.

Alle Daten der 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 1. Januar 2016 für alle invasiv tätigen Kardiologinnen und Kardiologen die Pflicht zur Datenerhebung und -übermittlung.

ERGEBNISSE 2020

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den G-BA freigegeben und veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2021 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2020 berücksichtigt werden.

Die aktuellen Ergebnisse enthalten zudem Auswertungen von zwei sozialdatenbasierten Indikatoren, rückwirkend für Indexeingriffe aus dem Jahr 2019. 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 ausgewertet, wie hoch die 30-Tage-Sterblichkeit und die 1-Jahres-Sterblichkeit nach einer perkutanen Koronarintervention (PCI) isoliert oder einzeln im Jahr 2019 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. Zudem wurden bei vier sozialdatenbasierten Indikatoren Probleme bei der Auslösung bekannt, sodass diese überarbeitet werden müssen, bevor eine Veröffentlichung der Daten in Betracht kommt.

Aktuell werden die Ergebnisse zu 14 auf fallbezogene Dokumentation basierende Indikatoren des Erfassungsjahres 2020 sowie zwei sozialdatenbasierten Indikatoren für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2019 durch das IQTIG veröffentlicht. 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 2020 haben 263 kardiologische Praxen beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und 813 Krankenhäuser sowie 29 selektivvertragliche Ärztinnen und Ärzte Daten zu durchgeführten Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen geliefert. Die Auswertungsgrundlage beläuft sich auf 721.810 Datensätze, davon knapp 64.000 Datensätze von Vertragsärztinnen und -ärzten. Insgesamt sind circa zehn Prozent weniger Datensätze als 2019 eingegangen. Dieser Rückgang lässt sich vermutlich durch die COVID-19-Pandemie erklären. Ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte erbrachten 10,6 Prozent der erfassten Koronarangiographien und 4,3 Prozent der perkutanen Koronarinterventionen (PCI), Belegärztinnen und -ärzte 0,4 Prozent der Koronarangiographien und 0,3 Prozent der perkutanen Koronarinterventionen (PCI). Bei den erbrachten Leistungen durch Belegärzte und -ärztinnen reduzierten sich die Fallzahlen von 1,2 Prozent (2019) auf 0,4 Prozent für die Koronarangiographien und von 1,4 Prozent (2019) auf 0,4 Prozent für die PCI. Zudem sank die Zahl der teilnehmenden Belegärzte und -ärztinnen von 33 auf 20.

PROZEDUREN NACH LEISTUNGSERBRINGERGRUPPE / ERFASSUNGSAHR 2020

		Isolierte Koronarangiographie	Isolierte PCI	Koronarangiographie mit nachfolgender PCI
Ambulant	VERTRAGSÄRZTE UND -ÄRZTINNEN	48.467	1.029	11.533
	KRANKENHAUS	33.046	55	1.241
Stationär	BELEGÄRZTE UND -ÄRZTINNEN	1.809	69	1.252
	KRANKENHAUS	369.387	22.778	260.386
SELEKTIVVERTRAGLICH TÄTIGE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN		3.326	175	921
DEUTSCHLAND (GESAMT)		456.035	24.106	275.333

Die Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse des auf fallbezogene Dokumentation 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 (siehe 2019: 94,45 Prozent) auf einem hohen Niveau. Bei 94,5 Prozent der Patienten und Patientinnen konnte 2020 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 Kontrastmittelmengen über 150 ml“ für das Erfassungsjahr 2020. Bei Qualitätsindikatoren, die die Kontrastmittelmengen messen, ist das Qualitätsziel immer, dem Patienten oder der Patientin 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 2020 fällt auch hier positiv aus: Nur bei 5,23 Prozent aller Patientinnen und Patienten wurden mehr als 150 ml Kontrastmittel injiziert. Der Höchstwert von 11,57 Prozent wurde hierbei weit unterschritten.

Aufgrund der noch wenig belastbaren Ergebnisse und der mangelnden Vergleichbarkeit werden in diesem Bericht für das Erfassungsjahr 2020 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 erzielten 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 bei nahezu allen Patientinnen und Patienten wie gefordert standardmäßig durchgeführt wird, sodass der Indikator ab dem Erfassungsjahr 2020 gestrichen wird.

STELLUNGNAHMEVERFAHREN DER ERGEBNISSE 2019

Neben den Ärztinnen und Ärzten erhalten auch die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), welche sich aus ambulant und stationär tätigen Fachexpertinnen und -experten zusammensetzen, die Ergebnisse, um diese zu bewerten. Bei „rechnerischen“ Auffälligkeiten kann ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden, in dem der Arzt beziehungsweise die Ärztin die Möglichkeit hat, die auffälligen Ergebnisse seiner oder ihrer 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 oder die Vertragsärztin qualitätsfördernde Maßnahmen festgelegt werden, um die detektierten Qualitätsdefizite zu beseitigen.

ABBILDUNG 1
QI „ERREICHEN DES WESENTLICHEN
INTERVENTIONSZIELS BEI PCI“

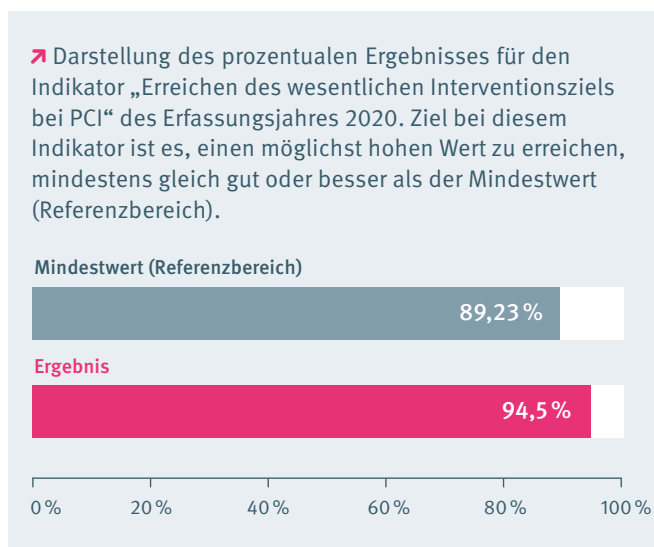
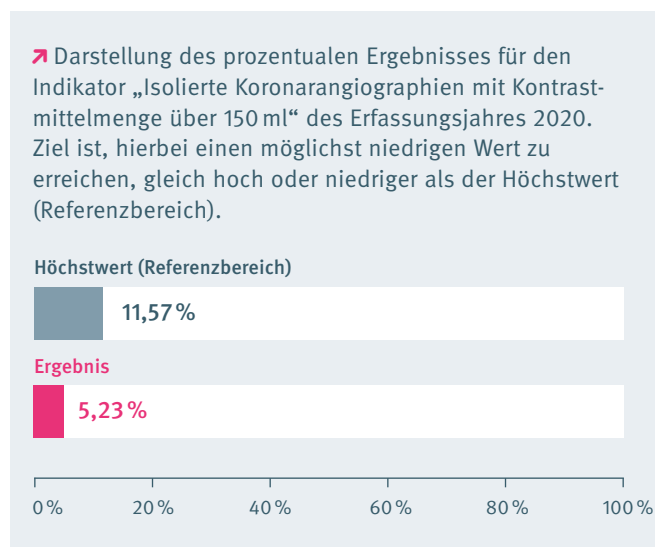


ABBILDUNG 2
QI „ISOLIERTE KORONARNANGIOGRAPHIEN
MIT KONTRASTMITTELMENGE ÜBER 150 ML“



› 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 Datenlieferfristen 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 wurden bislang noch keine Referenzwerte für die Ergebnisse zu den potentiellen postoperativen Wundinfektionen definiert.

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 Teil am Krankenhaus

„STATIONÄRER FRAGEBOGEN“

für die belegärztlich Tätigen und
den stationären Teil am Krankenhaus

Aufgrund der komplexen Zusammenführung der stationär und ambulant erhobenen Daten mit Sozialdaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten wurde zunächst eine Erprobungs-Richtlinie auf den Weg gebracht, die für einen Zeitraum von sieben Jahren gilt. Während dieser Erprobungsphase wird das sQS-Verfahren auf Basis von Hinweisen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie durch den regelmäßigen Einbezug von Fachleuten 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 dem G-BA, 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 entfiel für die Krankenhäuser die nur dort erforderliche, fallbezogene QS-Dokumentation als auch die Sozialdatenlieferung der Krankenkassen für das Kalenderjahr 2021. Aufgrund des großen Überarbeitungsbedarfs verlängerte sich der ursprünglich fünfjährige Erprobungszeitraum um weitere zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2023.

ERGEBNISSE 2020

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den G-BA diskutiert und im Anschluss veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2021 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2020 berücksichtigt werden.

Aufgrund der Aussetzung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 liegen im Berichtsjahr 2021 keine Ergebnisse zum zweiten Verfahrensabschnitt, dem „Hygiene- und Infektionsmanagement“, vor.

Dafür wurden im Berichtsjahr 2021 erstmals Auswertungen der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen aus den Erfassungsjahren 2018 und 2019 vorgenommen. Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2017 werden aufgrund mangelnder Validität der Datengrundlage nicht dargestellt. Da auch für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 noch nicht sämtliche Sozialdaten bei den Krankenkassen spezifiziert übermittelt worden sind und vom IQTIG bislang weder Referenzbereiche empfohlen noch Risikoadjustierungsmodelle entwickelt werden konnten, sind die Interpretierbarkeit und die Vergleichbarkeit der Indikatorergebnisse eingeschränkt.

ERGEBNISSE ZU DEN NOSOKOMIALEN POSTOPERATIVEN WUNDINFEKTIONEN AUS DEM ERFASSUNGSJAHR 2019

Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden definierte operative Eingriffe entweder 30 Tage oder 90 Tage dahingehend nachbeobachtet, ob im Anschluss eine stationär behandlungsbedürftige postoperative Wundinfektion diagnostiziert wurde. Die definierten operativen Eingriffe stammen aus den Fachgebieten Chirurgie / Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädie / Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie und für den stationären Bereich zusätzlich aus der Herzchirurgie.

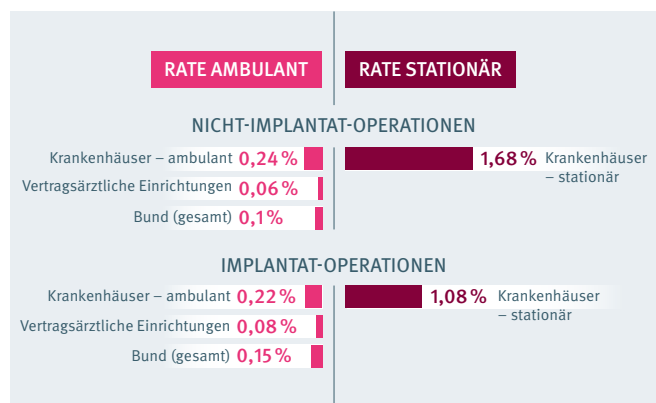
Die unten dargestellten Wundinfektionsraten zeigen den Vergleich zwischen dem ambulanten Sektor (vertragsärztliche Einrichtungen und ambulante Einrichtungen am Krankenhaus) und dem stationären Sektor (stationäre Einrichtungen am Krankenhaus). Insgesamt liegen die verursachten Wundinfektionen nach Operation zwischen 0,1 Prozent und 0,15 Prozent im Bundesdurchschnitt. Die vertragsärztlichen Einrichtungen schneiden bei den Implantat-Operationen (90 Tage Nachbeobachtung) und bei den Nicht-Implantat-Operationen (30 Tage Nachbeobachtung) im Vergleich mit den ambulanten Einrichtungen

am Krankenhaus besser ab. Die Ergebnisse zu den Indikatoren der postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) sowie der 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen liegen zwischen 0,00 Prozent und 0,02 Prozent und sind damit auf sehr niedrigem Niveau.

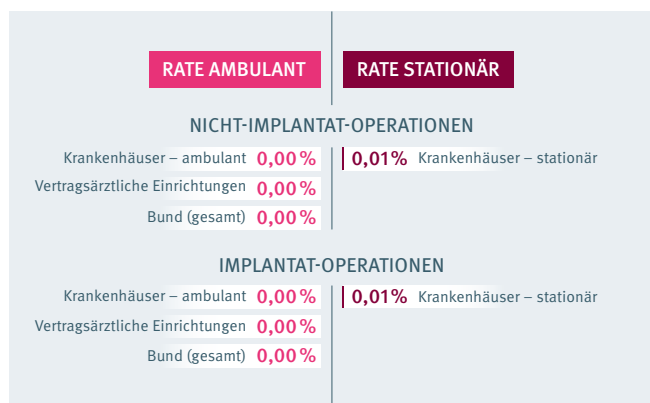
Weiterhin sind die Wundinfektionsraten der stationären Einrichtungen am Krankenhaus gegen die Raten der ambulanten Einrichtungen dargestellt. Es zeigt sich deutlich, dass in den stationären Einrichtungen mehr postoperative Wundinfektionen auftreten als in ambulanten Einrichtungen. Auch die 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen Wundinfektionen liegt im stationären Bereich wesentlich höher. Da jedoch das IQTIG bislang keine Risikoadjustierung vorgenommen hat, ist die Aussagekraft der Ergebnisse nur eingeschränkt beurteilbar. Des Weiteren sind in der stationären Wundinfektionsrate ausschließlich die Krankenhäuser – und nicht wie üblich in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auch die Belegärzte und -ärztinnen – abgebildet. Bislang ist es dem IQTIG technisch nicht möglich, Belegärzte und -ärztinnen abzubilden. Das IQTIG hat aufgrund der unvollständigen Datenbasis der Sozialdaten im ersten Auswertungsjahr keine Referenzbereiche empfohlen.

AMBULANTE WUNDINFEKTIONS-RATEN AUS DEM ERFASSUNGSJAHR 2019 IM VERGLEICH ZU STATIONÄREN WUNDINFEKTIONS-RATEN

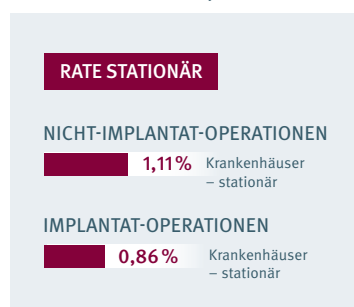
➤ Nosokomiale postoperative Wundinfektionsraten nach ambulanten / stationären Operationen



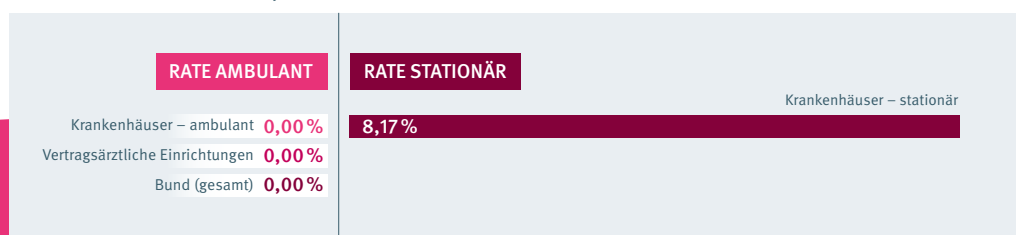
➤ Postoperative Wundinfektionsraten mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten / stationären Operationen



➤ Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen



➤ 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante / stationäre Operationen)



STELLUNGNAHMEVERFAHREN DER ERGEBNISSE 2018

Parallel zur Versendung der Rückmeldeberichte an die Ärztinnen und 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 oder ihrer 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 oder 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 115 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten 72 schriftliche Stellungnahmen durchgeführt. Insgesamt wurden 23 Einrichtungen als qualitativ auffällig eingestuft und anschließend zwölf qualitätsfördernde Maßnahmen der Stufe 1 für den ambulanten Bereich eingeleitet. Für den stationären Bereich (stationär am Krankenhaus) wurden auf Basis von 41 rechnerischen Auffälligkeiten 36 schriftliche Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Insgesamt wurden sieben Einrichtungen als qualitativ auffällig eingestuft und zwei Maßnahmen der Stufe 1 empfohlen.



WEBPORTAL FÜR DIE EINRICHTUNGSBEFRAGUNG

Die einbezogenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können seit Beginn der Dokumentationspflicht 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 und dem „Kompetenzzentrum für Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV“.

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
- 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 die bis dahin sektoral getrennten Regelungen des G-BA „Sicherung der Qualität von von Dialysebehandlungen (QSD-RL)“ für den vertragsärztlichen Sektor und „Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) – Leistungsbereich Nieren- sowie Nieren- und Pankreastreansplantation“ in ein neues sektorenübergreifendes Verfahren zur Qualitätssicherung der Nierenersatztherapie überführt. In den Startjahren 2020 und 2021 ging es zunächst darum, das Verfahren in der Versorgung zu etablieren, Probleme zu identifizieren und zu lösen sowie die Voraussetzungen für einen reibungslosen softwarebasierten Datenfluss zu schaffen. Erste Ergebnisse für den ambulanten Sektor werden im Herbst 2023 erwartet.

Neben den Indikatoren zur dauerhaften Dialyse enthält das Verfahren Indikatoren zur Versorgung während und nach einer Nieren- und / oder Pankreastreansplantation, die ausschließlich den stationären Sektor betreffen. Darüber hinaus gibt es Kennzahlen, die sich auf die Dialyseversorgung von Kindern und Jugendlichen beziehen. Im Unterschied zu den Qualitätsindikatoren sind diese jedoch nicht für eine Veröffentlichung vorgesehen, sondern dienen lediglich einrichtungsinternen Zwecken der Qualitätsverbesserung.

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 zum einen 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). Als weitere Datenquelle steht voraussichtlich ab 2024 eine Patientenbefragung für den Einsatz im QS-Verfahren zur Verfügung.

AUSBLICK 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. 2021 fand von Mitte Mai bis Ende Dezember die lang erwartete Machbarkeitsprüfung statt. Am 31. März 2022 hat das IQTIG den Abschlussbericht zur Machbarkeitsprüfung an den G-BA übergeben. Bei Einhaltung der bisher bekannten Fristen kann mit der flächendeckenden Ausrollung des Qualitätssicherungsverfahrens Schizophrenie ab 2025 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 auch Indikatoren zur Struktur- und Ergebnisqualität erarbeitet werden. Außerdem soll es neben einer fallbezogenen QS-Dokumentation durch den Psychotherapeuten oder die Psychotherapeutin eine Patientenbefragung geben. Die Abschlussberichte zur QS-Dokumentation durch die Psychotherapeutinnen und -therapeuten und zur Patientenbefragung wurden dem G-BA bereits vom IQTIG vorgelegt. Sie sind mittlerweile veröffentlicht und auf der Internetseite des Instituts (siehe unten) einsehbar. Vor dem Start des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie sind noch weitere Entwicklungsarbeiten notwendig, insbesondere die der Softwareanwendungen. Mit einem Start ist daher nicht vor 2025 zu rechnen.

Am 16. April 2020 hat der G-BA die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zum „Lokal begrenzten Prostatakarzinom“ beauftragt. Den Abschlussbericht hat der G-BA im Juni 2022 zur Veröffentlichung freigegeben. 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. Für die Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies, dass sie im Unterschied zu den bereits laufenden QS-Verfahren keine zusätzliche Dokumentation für die Qualitätssicherung bereitstellen müssen. 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 2024 zu rechnen.

Abschlussberichte zur QS-Dokumentation durch die Psychotherapeutinnen und -therapeuten und zur Patientenbefragung:

➤ <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpsycht-abschlussbericht>

SOZIALPSYCHIATRIE

✓ 964 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	82	146	57	22	10	49	46	11	128	153	40	7	23	12	33	19	89	927
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	85	152	61	25	11	49	53	11	127	159	42	7	24	14	34	19	91	964
beschiedene Anträge ²⁾	5	13	7	3	2	4	10	0	10	9	2	1	2	2	5	1	1	77
– davon Genehmigungen	5	13	7	3	2	4	10		10	9	2	1	2	2	4	1	1	76
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	1	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	10	3	0	1	4	k.A.	0	16	3	1	1	1	0	3	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.

SOZIOThERAPIE

✓ 3.318 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 Betreuungsplans; 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 31.12.2020	573	304	195	33	85	66	102	61	99	241	241	82	288	132	89	29	218	2.838
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2021	595	349	254	39	95	71	140	62	112	335	264	98	322	154	104	35	289	3.318
beschiedene Anträge ²⁾	55	75	29	6	11	12	42	6	23	95	30	19	46	22	24	6	103	604
– davon Genehmigungen	55	75	29	6	11	12	42	6	22	95	30	19	43	22	24	6	101	598
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	2	6
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	30	11	0	1	7	k. A.	5	0	1	19	4	9	0	9	1	10	107

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⁾ Im Vorjahresbestand 2020 waren 41 Psychotherapeuten nicht enthalten. ⁵⁾ Inklusive Statuswechsler. ⁶⁾ Davon 18 Erstanträge.

STOßWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

✓ 1.087 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	151	246	4	9	21	16	62	13	121	153	56	24	23	24	29	13	122	1.087
beschiedene Anträge ²⁾	3	46	0	0	0	2	4	0	1	10	2	0	1	1	0	1	11	82
– davon Genehmigungen	3	19				2	4		1	10	2		1	1		1	8	52
– davon Ablehnungen	0	27				0	0		0	0	0		0	0		0	3	30
Kolloquien (Antragstellung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	k. A.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	k. A.	4	7	1	2	3	k. A.	1	1	0	3	1	1	1	1	0	1	27

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.

› STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE

› KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK:

- ✓ 20.002 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 534 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 6.408 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

› COMPUTERTOMOGRAPHIE:

- ✓ 5.251 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 118 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 1.416 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

› OSTEODENSITOMETRIE:

- ✓ 1.326 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

› STRAHLENTHERAPIE:

- ✓ 1.277 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

› NUKLEARMEDIZIN:

- ✓ 1.294 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)								5)		6)		7)					

✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 5

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	2.573	3.127	750	438	269	477	1.369	412	1.985	2.648	912	308	941	467	650	504	2.172	20.002
beschiedene Anträge ²⁾	295	5.474	50	29	28	59	88	16	235	163	171	22	84	29	42	35	442	7.262
– davon Genehmigungen	286	4.874	43	29	28	55	88	16	226	163	167	22	71	29	39	34	403	6.573
– davon Ablehnungen	9	600	7	0	0	4	0	0	9	0	4	0	13	0	3	1	39	689
Kolloquien (Antragsverfahren)	33	0	8	0	0	9	1	0	0	0	24	0	0	8	20	0	12	115
– davon bestanden	27		6			8	1				24			8	19		12	105
– davon nicht bestanden	6		2			1	0				0			0	1		0	10
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	0	0	0	0	0	9	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	12
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	5	83	60	51	25	65	k.A.	4	161	39	179	20	67	34	52	27	260	1.132

■ STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfungsfang

abrechnende Ärzte	2.440	3.003	703	412	229	437	1.127	229	1.864	2.500	786	223	845	334	593	416	1.811	17.952
geprüfte Ärzte	87*	128	6*	7*	5	17	26*	8*	75	21*	18*	9	41	7*	13	**	66*	534
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	85	128	6	6	5	17	26	8	72	21	18	9	40	7	13		66	527
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	2	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0		0	7
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	3,5*	4,3	0,9*	1,5*	2,2	3,9	2,3*	3,5*	3,9	0,8*	2,3*	4,0	4,7	2,1*	2,2	**	3,6*	8)

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	80	66	2	5	2	4	14	6	44	14	14	9	33	7	11		58	369
– geringe Beanstandungen	2	42	3	1	2	8	8	2	26	7	4	0	7	0	2		7	121
– erhebliche Beanstandungen	1	15	0	0	1	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0		1	24
– schwerwiegende Beanstandungen	2	5	1	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0		0	13
anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen	2			0					3				1					6
– geringe Beanstandungen	0			0					0				0					0
– erhebliche Beanstandungen	0			1					0				0					1
– schwerwiegende Beanstandungen	0			0					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. 3a und Nr. 4a	5	42	1	1	2	15	12	0	28	0	4	0	7	0	0		8	125
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	2
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 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	1	20	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	22
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0	20	1															21
– davon wegen Nichtbebringung angeforderter Dokumentationen	1	0	0															1
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	0	0	0	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. 4f, § 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	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 120 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 53 Erstgenehmigungen. ⁷⁾ Genehmigungen enthalten 9 Umschreibungen. ⁸⁾ 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)										5)							

GENEHMIGUNGEN § 4 und § 7

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	591	790	308	117	69	178	371	88	470	738	261	77	204	110	140	148	591	5.251
beschiedene Anträge ²⁾	80	912	32	13	4	31	24	6	31	51	22	10	14	10	18	8	317	1.583
– davon Genehmigungen	80	832	32	13	4	31	24	6	31	52	22	10	14	10	15	8	292	1.474
– davon Ablehnungen	0	80	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	25	109
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	6	22	16	5	8	k.A.	4	73	0	63	9	10	2	16	8	16	258

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfungsfang

abrechnende Ärzte	474	597	214	114	69	146	367	58	342	668	237	51	191	107	101	136	413	4.285
geprüfte Ärzte	17*	25	2*	2	2	7	10*	1*	15	**	5*	3	12	3	3*	**	11*	118
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	17	25	2	2	2	7	10	1	15		5	3	11	3	3		11	117
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1	0	0		0	1
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	3,6*	4,2	0,9*	1,8*	2,9	4,8	2,7*	1,7*	4,4	**	2,1*	5,9	5,8	2,8	3,0*	**	2,7*	6)

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	17	17	2	2	2	4	10	1	13		5	3	11	3	3		10	103
– geringe Beanstandungen	0	8	0	0	0	1	0	0	2		0	0	0	0	0		1	12
– erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	0	2	0	0	0		0	0	0	0	0		0	2
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen													1					1
– geringe Beanstandungen													0					0
– erhebliche Beanstandungen													0					0
– schwerwiegende Beanstandungen													0					0

Maßnahmen

Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	8	0	0	0	2	0	0	2		0	0	0	0	0		0	12
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	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 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0	0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	0	0	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. 4f, § 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	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⁾ Genehmigungen enthalten 2 Umschreibungen. ⁶⁾ 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)								5)						6)			
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	167	156	64	38	22	16	104	12	92	122	109	21	113	27	17	43	203	1.326
abrechnende Ärzte	138	154	56	20	16	11	75	9	79	99	93	12	100	24	18	31	142	1.077
beschiedene Anträge ²⁾	40	89	5	1	10	1	5	0	14	15	13	1	6	3	0	9	36	248
– davon Genehmigungen	37	46	5	1	10	1	5		10	15	13	0	6	3		9	35	196
– davon Ablehnungen	3	43	0	0	0	0	0		4	0	0	1	0	0		0	1	52
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	4	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	9
– davon bestanden	1	4	2							1							1	9
– davon nicht bestanden	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	2	3	4	0	4	3	k. A.	0	12	0	14	1	5	1	1	1	2	53

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 9 Erstanträge. ⁶⁾ Angabe abrechnende Ärzte für das gesamte Berichtsjahr.

STRALENTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								5)									
✓ GENEHMIGUNGEN § 9																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	176	177	71	27	15	32	78	24	120	168	65	22	58	32	28	38	146	1.277
abrechnende Ärzte	174	183	61	26	11	32	68	5	113	177	62	13	58	34	32	36	136	1.221
beschiedene Anträge ²⁾	17	246	7	1	2	2	10	2	13	11	4	1	7	3	4	2	49	381
– davon Genehmigungen	17	243	7	1	2	2	10	2	13	11	4	1	7	3	4	2	48	377
– davon Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
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	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	9	1	0	2	k. A.	6	21	0	20	3	3	3	3	1	13	87

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⁾ Angabe abrechnende Ärzte für das gesamte Berichtsjahr.

► NUKLEARMEDIZIN

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 § 10																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	170	216	64	29	17	38	91	23	115	187	74	16	41	27	28	36	140	1.312
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	167	205	64	26	20	35	91	24	117	187	75	16	42	26	27	35	137	1.294
abrechnende Ärzte	138	191	70	25	15	31	84	16	109	151	67	20	38	27	30	29	107	1.148
beschiedene Anträge ²⁾	19	210	4	2	2	3	4	1	22	12	5	0	2	1	2	1	39	329
– davon Genehmigungen	19	187	4	2	2	2	4	1	19	12	5		2	1	2	1	39	302
– davon Ablehnungen	0	23	0	0	0	1	0	0	3	0	0		0	0	0	0	0	27
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	5	4	5	1	1	k.A.	0	11	5	12	0	1	2	3	2	11	63

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 11 Erstanträge. ⁶⁾ Abrechnende Ärzte: Quartal I/2021 ⁷⁾ Angabe abrechnende Ärzte für das gesamte Berichtsjahr.

› SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

✓ 3.003 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

1.180 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

3.622 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 hierzu 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 und Medizinprodukte; 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)						10)	11)				
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	324	415	156	40	52	107	205	47	387	383	87	14	68	100	104	33	481	3.003
– abrechnende = aktive Ärzte (z. B. III. Quartal 2021)	322	225	113	16	45	74	196	22	240	313	61	14	33	40	104	18	345	2.181
beschiedene Anträge ²⁾	24	42	9	2	1	14	27	2	21	56	2	2	6	1	5	2	45	261
– davon Genehmigungen	24	41	9	2	1	14	27	2	21	54	2	2	6	1	5	2	43	256
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	5
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0	0	0	k. A.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon ohne Beanstandungen										0								0
– davon mit Beanstandungen										1								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⁾	45	0	6	1	8	17	k. A.	0	15	14	5	0	6	1	7	6	16	147
Ärzte im Konsiliarverfahren	219	188	21	2	17	14	39	33	164	74	40	2	36	58	60	11	134	1.112
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	2	0	0	1	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	4	16
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 Abs. 3																		
geprüfte Ärzte	117*	52*	32	7	41	49	167	16	140*	232	32	13	18	17	58	8	181	1.180
geprüfte Fälle	169*	131*	265	18	239	170	535	39	499*	443	163	50	60	27	232	14	507	3.561
– keine Beanstandungen	95	122	245	18	153	134	380	29	453	273	122	43	44	25	188	11	486	2.821
– geringe Beanstandungen	10	5	16	0	44	16	93	8	38	127	20	6	4	2	39	3	10	441
– erhebliche Beanstandungen	2	0	4	0	31	1	46	2	0	36	21	1	1	0	5	0	¹²⁾	150
– schwerwiegende Beanstandungen	1	4	0	0	11	0	16	0	8	7	0	0	0	0	0	0	11	58
📋 2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 Abs. 11																		
geprüfte Fälle	40	⁵⁾	21	0	0	0	⁸⁾	0	0	⁹⁾	0	0	0	0	0	0	0	61
– davon ohne Änderung der Behandlung	40		21															61
– davon mit Änderung der Behandlung	0		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⁾ 51 Dokumentationen wegen Nachforderungen noch nicht beschieden. Prüfungsumfang pandemiebedingt auf 1/4 der Vorgabe reduziert. ⁵⁾ Überprüfungen nach § 3 Abs. 11 sind noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Zu 19 Fällen Nachforderung von Unterlagen um abschließend beurteilen zu können. Diamorphinpatienten werden mit in der 2%-Stichprobe berücksichtigt. ⁷⁾ Anzahl Ärzte enthält 26 ermächtigte Institutsambulanzen, gerechnet jeweils als 1 Arzt. ⁸⁾ 2-Jahres-Überprüfung erfolgt im Rahmen von § 8 Abs. 3. ⁹⁾ Davon 12 Neuanträge. ¹⁰⁾ Zu 11 Fällen Nachforderung von Unterlagen um abschließend beurteilen zu können. ¹¹⁾ Ärzte mit Genehmigung: Umstellung der Zählweise auf „alle“ Genehmigungen (einschließlich bis 10 Patienten). ¹²⁾ Beurteilungskategorie wird in KV nicht erfasst.

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK:

✓	93.872	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	12.152	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
⋮	2.407	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	12.046	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE:

✓	8.071	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	1.175	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	13.920	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: 01.07.2022

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 / RINGVERSUCH: 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 Prüfvolumens 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
	4)				9)				13)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2021	12.506	17.415	3.555	1.822	1.122	1.830	6.613	1.316	9.337	11.982	4.665	1.339	3.976	1.770	3.140	2.166	9.318	93.872
beschiedene Anträge (Ärzte) ²⁾	2.142	6.076	1.320	247	79	449	765	119	2.033	2.838	676	112	381	173	406	197	2.275	20.288
neu	1.115	4.434	381	6)	79	449	765	83	724	2.505	286	78	325	104	406	197	2.275	13.757
– davon Genehmigungen	862	3.984	343		79	408	734	83	706	2.443	280	69	320	103	289	189	2.250	13.142
– davon Ablehnungen	253	450	38		0	51	31	0	18	761	6	9	5	1	117	8	25	1.773
erneut gemäß § 11 Abs. 7	0	0	0		0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
– davon Genehmigungen																	0	0
– davon Ablehnungen																	1	1
neu (wg. Statuswechsel u. ä.)	1.027	1.642	939		16	k. A.	1.474	37	1.309	333	390	34	56	69	k. A.	75	4)	7.401
– davon Genehmigungen	1.027	1.480	908		16		1.474	37	1.305	333	390	34	56	69		75		7.204
– davon Ablehnungen	0	162	31		0		0	0	4	60	0	0	0	0		0		257
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	4.468	27.782	4.392	k. A.	231	k. A.	2.358	410	8.578	7.245	2.065	224	1.219	300	961	1.052	11.041	72.326
neu	4.468	19.074	1.006		231		2.358	206	2.984	6.411	931	224	1.219	300	961	790	11.041	52.204
– davon Genehmigungen	3.776	17.237	930		197		1.680	182	2.714	4.480	925	206	1.160	299	670	495	11.006	45.957
– davon Ablehnungen	692	1.837	76		34		678	24	270	1.931	6	18	59	1	291	295	35	6.247
erneut	0	8.708	3.386		0		0	0	5.594	834	1.134	0	0	150	0	262	0	20.068
– davon Genehmigungen		8.016	3.340						5.492	770	1.134			150		252		19.154
– davon Ablehnungen		692	46						102	64	0			0		10		914
Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	122	321	33	36	0	6	42	1	56	76	37	3	1	72	55	15	214	1.090
– davon bestanden	119	294	27	27		6	40	1	56	72	36	3	1	71	48	15	176	992
– davon nicht bestanden	3	27	6	9		0	2	0	0	4	1	0	0	1	7	0	38	98
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	1	0	1	k. A.	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
– davon bestanden	1		0		4												0	5
– davon nicht bestanden	0		1		0												1	2
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	16	30	0	1	0	3	5	0	4	0	1	8	8	0	3	4	18	101
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) ³⁾	18	33	283	2	0	k. A.	k. A.	62	583	2.360	629	k. A.	217	88	193	159	k. A.	4.627

► 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 31.12.2021																		
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	475	613	80	50	33	61	268	26	411	342	243	52	125	49	95	78	289	3.290
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	242	362	44	28	30	66	99	25	215	288	84	35	102	29	57	28	192	1.926
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	170	376	34	27	33	53	97	26	94	303	106	36	102	28	59	23	221	1.788
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	176	674	187	60	29	276	263	59	308	500	164	43	231	91	114	101	360	3.636
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.605	2.533	452	192	140	491	751	82	1.021	1.590	450	108	638	107	290	354	670	11.474
3.3 Schilddrüse, B-Modus	5.408	7.966	1.154	756	373	1.237	3.049	457	4.019	5.380	2.168	564	1.849	747	1.289	1.010	4.520	41.946
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	699	1.091	209	132	40	119	462	74	611	619	290	76	220	122	127	106	375	5.372
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	262	247	43	27	38	67	233	8	343	211	AB 21.2	19	67	n. a.	50	16	113	1.744
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	67	73	24	13	5	15	33	9	54	AB 4.1	84	2	18	12	15	16	52	492
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	5	2	2	0	1	30	8	0	129	s. AB 4.2	AB 21.4	0	2	n. a.	0	0	1	180
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	395	482	117	53	36	140	224	41	252	351	138	37	124	17	76	46	231	2.760
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	11	6	0	1	0	29	2	0	AB 4.5	s. AB 4.5	k.A.	0	4	2	0	1	6	62
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	2.034	2.622	409	206	114	528	1.491	155	1.482	1.905	573	92	827	28	361	329	2.065	15.221
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	18	9	2	0	14	3	19	1	AB 5.1	10	k.A.	10	2	n. a.	2	1	17	108
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.467	1.447	510	201	132	259	921	97	1.115	1.346	490	152	403	227	276	230	1.142	10.415
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7.400	10.407	1.932	951	518	1.019	3.954	624	5.787	7.855	2.961	801	2.322	881	1.875	1.293	5.547	56.127
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	259	35	39	10	33	14	48	9	AB 7.1	77	k.A.	36	52	5	38	26	55	736
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	120	35	26	6	44	6	32	8	AB 7.1	s. AB 7.2	k.A.	AB 7.2	26	n. a.	8	14	48	373
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.263	1.407	293	120	61	540	639	73	763	s. AB 7.1	564	233	264	97	220	171	648	7.356
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	4.546	7.757	825	621	218	800	2.048	125	2.995	4.306	1.230	495	1.506	126	273	621	2.650	31.142
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	569	566	177	85	79	95	130	64	AB 8.1	434	k.A.	145	199	n. a.	110	95	333	3.081
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.652	2.324	696	308	141	1.035	939	218	1.185	1.512	585	162	649	286	401	287	1.216	13.596
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.516	1.907	652	304	138	367	914	209	1.112	1.493	543	136	581	275	406	282	1.179	12.014
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.334	1.545	502	219	115	285	773	164	934	1.242	483	128	458	234	334	225	1.014	9.989
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	752	814	541	38	58	136	476	28	589	421	233	126	69	69	134	86	595	5.165
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.225	2.027	494	151	106	304	599	102	929	1.232	434	128	404	119	262	199	902	9.617
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.162	1.551	263	148	89	128	639	85	791	1.126	364	125	356	116	266	175	748	8.132
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.536	1.540	333	142	107	266	859	66	1.187	1.407	369	159	357	83	301	99	622	9.433
12.1 Haut, B-Modus	674	5	1	0	1	10	6	5	61	95	3	4	6	5	2	9	15	902
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	194	20	3	1	8	0	37	12	AB 12.1	s. AB 12.1	4	8	55	5	4	32	17	400

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	5)			7)			8)	7), 11)										
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.439	2.401	333	191	101	280	740	81	1.246	1.083	481	173	228	132	265	145	1.189	10.508
20.2 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1.284	1.884	174	106	71	0	459	44	1.294	741	481	137	201	0	132	138	908	8.054
20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	209	in AB 20.2	173	61	1	203	97	1	AB 20.2	42	AB 20.2	AB 20.2	154	85	4	45	5	1.080
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	253	340	105	CW-1, PW-18	33	34	163	17	221	96 / 186	85	26	65	30	55	31	148	1.606
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	412	573	91	41	38	113	239	41	304	362	141	62	75	31	82	46	253	2.904
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.051	1.534	261	162	89	235	547	95	817	947	319	80	291	117	204	100	614	7.463
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	304	313	64	49	47	67	169	16	195	342	119	42	79	28	83	58	132	2.107
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	861	1.077	240	131	61	144	487	59	633	726	244	48	228	0	128	80	431	5.578
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	207	in AB 20.8	238	71	4	0	127	3	AB 20.8	54	AB 20.8	AB 20.8	194	77	6	33	8	1.022
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	1.075	1.222	263	139	94	143	653	52	800	820	323	77	247	67	168	136	549	6.828
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	457	650	179	33	40	144	298	16	382	461	111	73	153	23	41	80	452	3.593
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	674	1.054	204	130	40	112	425	75	509	570	264	74	220	119	111	102	351	5.034
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	257	236	45	27	38	67	234	9	343	168	143	20	67	n. a.	46	14	114	1.828
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	70	76	24	12	5	69	32	10	57	s. AB 21.1	86	2	19	12	16	17	52	559
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	6	in AB 21.2	2	0	1	30	10	0	129	s. AB 21.2	32	2	2	n. a.	0	0	2	216
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	151	158	65	19	14	55	64	19	112	172	40	33	26	12	33	28	125	1.126
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	660	732	171	75	64	191	332	49	580	584	219	101	285	98	125	154	576	4.996
23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	19	5	3	1	1	1	6	1	9	7	8	1	7	0	1	1	9	80

🔊 GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG

Ultraschall-Systeme																		
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2020)	15.693	26.235	16.539	1.789	888	1.924	17.685	1.241	15.229	11.610	10.189	1.291	3.680	4.173	3.047	4.815	18.128	154.156
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2021)	16.238	26.376	16.995	1.724	896	1.637	17.888	1.196	15.358	12.243	9.518	1.324	3.675	4.231	3.048	4.912	18.440	155.699
Konstanzprüfungen § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	677	980	172	99	11	591	248	25	436	15	1.367*	0	2.124	107	48	58	225	7.183
Konstanzprüfungen § 13 Abs. 3 (Bildokumentation) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	579	1.054	331	112	2	562	290	39	663	6	1*	0	75	123	173	194	765	4.969

► Fortsetzung nächste Seite

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

10)

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11

Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2a (gesamt)

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte	184	110*	14	6*	61	109	102*	82	400*	115*	188*	79	245	105	121*	18*	216*	2.155
– davon ohne Beanstandung	70	30	6	0	30	18	14	2	258	52	111	49	166	55	47	18	61	987
– davon mit geringer Beanstandung	72	76	5	1	23	59	43	62	104	51	73	27	71	35	69	0	104	875
– davon mit erheblicher Beanstandung	16	2	2	3	3	13	18	15	15	3	4	2	7	5	3	0	18	129
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	26	2	1	2	5	19	27	3	23	9	0	1	1	10	2	0	33	164
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	1,5*	0,7*	0,4*	0,3*	5,8	5,5	1,6*	6,4	4,3*	1,0*	4,1*	5,9	6,3	6,0	4,0*	0,8*	2,3*	2,3

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	920	585	70	31	305	545	510	410	1.998	575	950	395	1.225	522	605	90	1.080	10.816
– davon ohne Beanstandung	522	368	40	3	150	210	238	68	1.500	260	751	321	1.012	354	393	90	551	6.831
– davon mit geringer Beanstandung	236	172	14	9	115	221	125	266	323	255	183	59	195	98	187	0	344	2.802
– davon mit erheblicher Beanstandung	57	26	15	16	15	70	75	65	52	15	14	9	12	32	19	0	89	581
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	105	19	1	3	25	44	72	11	123	45	2	6	6	38	6	0	96	602
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	34	0	0	13	6	29	32	4	20	42	5	0	3	7	11		16	222
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	40	4	0	0	0	30	28	6	7	16	0	0	0	0	0		65	196
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	44	0	8	5	11	10	108	18	22	49	9	4	1	32	10		85	416
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	59	4	0	5	0	14	137	17	23	53	8	0	10	1	11		8	350
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefund	52	0	1	5	6	15	56	29	37	31	3	1	7	16	13		32	304
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	4	22	3	5	18	3	12	36	70	124	1	7	1	36	8		8	358
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	72	2	10	9	15	22	70	17	61	177	10	0	5	7	10		79	566
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	35	1	8	9	3	12	113	48	32	52	10	5	9	37	14		106	494

Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
10)																		
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2b (Schwerpunkt)																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	59	18	1	0	0	2	73	0	209	24	0	33	0	51	38	0	81	589
– davon ohne Beanstandung	20	5	0			1	9		133	13		17		24	14		30	266
– davon mit geringer Beanstandung	27	12	0			1	27		60	9		14		17	23		29	219
– davon mit erheblicher Beanstandung	3	0	1			0	12		6	1		1		2	1		10	37
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	9	1	0			0	25		10	1		1		8	0		12	67
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	1,1	0,0	2,3	0,2	0,0	2,4	0,0	2,9	1,2	0,0	0,9	0,6
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	295	90	5	0	0	10	365	0	1.045	120	0	165	0	252	190	0	405	2.942
– davon ohne Beanstandung	161	62	0			8	148		842	65		124		161	138		229	1.938
– davon mit geringer Beanstandung	87	22	0			2	92		123	45		31		44	46		100	592
– davon mit erheblicher Beanstandung	20	2	5			0	58		32	5		4		15	5		46	192
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	27	4	0			0	67		48	5		6		32	1		30	220
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	6	0	0				31		8	0		0		6	3		7	61
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	7	0	0				24		1	5		0		0	0		18	55
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	10	0	5				99		14	5		3		15	2		39	192
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	12	4	0				120		9	0		0		0	2		7	154
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefund	11	0	0				49		13	0		0		8	4		10	95
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	6	6	3				10		40	10		6		27	4		4	116
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	18	1	0				50		29	10		0		5	4		30	147
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	13	1	0				103		10	0		3		22	2		46	200

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
										10)	12)							
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 5																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	80	10	0	2	0	16	20	10	9	24	11	2	7	11	8	4	38	252
– davon ohne Beanstandung	19	4		0		7	1	0	6	12	4	0	3	7	4	4	8	79
– davon mit geringer Beanstandung	54	6		1		7	12	10	3	11	6	2	3	3	2	0	15	135
– davon mit erheblicher Beanstandung	1	0		1		1	3	0	0	0	0	0	1	0	2	0	4	13
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	6	0		0		1	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	11	25
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	400	50	0	10	0	80	100	50	45	120	45	10	35	55	20	20	190	1.230
– davon ohne Beanstandung	196	41		5		51	44	5	42	60	28	3	27	40	17	20	39	618
– davon mit geringer Beanstandung	164	6		3		23	35	38	2	55	10	7	6	10	2	0	65	426
– davon mit erheblicher Beanstandung	20	3		2		3	12	6	0	0	7	0	0	0	0	0	62	115
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	20	0		0		3	9	1	1	5	0	0	2	5	1	0	24	71
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	5	2	0	0	0	0	2	0	0	10	0	0	0	0	0	0	9	28
– davon bestanden	5	0					2			10							6	23
– davon nicht bestanden	0	2					0			0							3	5
Widerrufe der Abrechnungs-genehmigung – Ärzte	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	8

* Pandemiebedingte Modifizierung 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⁾ Zählung erfolgt nach Schallköpfen. ⁶⁾ Statistik zu Genehmigungen liegt KV nicht mehr vor (Personalwechsel). ⁷⁾ Im Rahmen der Konstanzprüfungen wurden zahlreiche Geräte abgemeldet. ⁸⁾ Apparative Ausstattung: Stichtag für Anzahl gemeldete Systeme abweichend 17.03.2022, Zählung erfolgt nach Schallköpfen. ⁹⁾ Differenz von 10 wg. Teilgenehmigung bzw. Teilablehnung. ¹⁰⁾ Beanstandungen der Bilddokumentation umfassen hier auch geringe Mängel. ¹¹⁾ Abschluss weiterer Konstanzprüfungen erfolgt 2022. ¹²⁾ Schwerwiegende Beanstandung in der Wiederholungsprüfung führte zu einem Genehmigungsverzicht. ¹³⁾ Enthalten sind Teilgenehmigungen, Ablehnungen enthalten Bestätigung der fachlichen Befähigung.

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

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

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1.162	1.573	263	147	89	128	639	85	710	1.126	364	124	356	116	266	175	748	8.071
beschiedene Anträge ²⁾	142	430	36	2	4	14	108	3	123	72	60	4	35	5	21	21	220	1.300
neu	67	299	17	5	4	14	47	2	46	64	21	4	27	2	21	10	220	870
– davon Genehmigungen	61	298	16	2	4	14	35	2	44	64	21	4	26	2	15	10	220	838
– davon Ablehnungen	6	1	1	3	0	0	12	0	2	0	0	0	1	0	6	0	0	32
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	3	0	9
– davon Genehmigungen			1						5							3		9
– davon Ablehnungen			0						0							0		0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	76	131	18	0	0	5)	61	1	72	8	39	0	8	3	k. A.	8	5)	425
– davon Genehmigungen	76	121	17				61	1	72	8	39		8	3		8		414
– davon Ablehnungen	0	10	1				0	0	0	0	0		0	0		0		11
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	1	0	0	0	0	n. a.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	5
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	k. A.	1	7	0	4	18	k. A.	1	68	56	58	4	24	1	11	7	0	260

☑ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Initialprüfungen

abrechnende Ärzte (Vorjahr)	890	64	191	124	81	76	488	83	533	808	307	87	313	109	201	134	k. A.	4.489
geprüfte Ärzte	69 *	7 *	5	8	**	3	57	5	37	52	34	1	18	4	15 *	9	45	369
– davon Anforderungen erfüllt	58	3	5	7		1	53	4	30	42	24	1	12	4	6	7	35	292
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	9	3	0	1		1	3	1	7	6	4	0	1	0	5	1	7	49
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	2	1	0	0		1	1	0	0	4	6	0	5	0	4	1	3	28
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0				1	0			2	3		1		0	1	0	8
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0				0	0			0	0		0		0	0	0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	10	0	0	0		0	6	0	8	11	1	0	5	0	14	3	0	58
– davon ohne Beanstandungen	9						5		8	10	1		1		7	1		42
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1						1		0	1	0		2		4	2		11
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0						0		2	0			0		0	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				2		3			6
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben									0				0		0			0
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben									0				0		0			0

► 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
														6)	7)			
Prüfungen innerhalb 2 Jahre																		
geprüfte Ärzte	25 *	2	0	8	**	4	56	3	29	37	14	4	11	0	12 *	19	17	241
– davon Anforderungen erfüllt	21	1		8		0	54	2	27	35	8	4	10		3	14	14	201
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	4	1		0		3	0	1	1	2	5	0	1		7	3	2	30
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	0	0		0		1	2	0	1	0	1	0	0		2	2	1	10
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben						1	0		0		0				0	2	0	3
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben						0	0		0		0				0	0	0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	1				1	4	1	9	3	0	0	7	0	2	0	0	29
– davon Anforderungen erfüllt	1	0				0	3	1	3	2			1		2			13
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	1				1	1	0	6	1			6		0			16
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0				1	0	0	2	0			0		0			3
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2						1			0									1
· davon bestanden						*												0
· davon nicht bestanden						*												0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung						0			1									1
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben									0									0
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben									0									0
Prüfungen innerhalb 5 Jahre																		
geprüfte Ärzte	122 *	20	1	0	**	10	3	22	61	69	15	4	38	19	11 *	7	10	412
– davon Anforderungen erfüllt	114	13	1			1	3	21	51	59	12	4	28	18	4	6	7	342
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	6	4	0			9	0	1	3	9	3	0	7	1	4	1	3	51
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	2	3	0			0	0	0	7	1	0	0	3	0	3	0	0	19
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0							4	0			1		0			5
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0							0	0			0		0			0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	5	11	0	0		0	2	1	6	11	4	0	4	0	12	3	7	66
– davon Anforderungen erfüllt	3	6					2	1	5	9	2		1		6	3	5	43
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	1					0	0	1	2	2		1		3	0	2	14
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0					0	0	0	0	0		0		0	0	1	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		4							0	0	0		2		3			9
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben		0											0		0			0
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben		0											0		0			0
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	10	19

► 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
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
insgesamt geprüfte Dokumentationen	2.711	492	72	192		216	1.464	360	1.792	2.133	816	108	1.056	276	792	492	948	13.920
– davon regelgerecht (Stufe I)	2.594	367	71	180		163	1.438	304	1.556	1.932	734	103	772	264	572	429	833	12.312
– davon eingeschränkt (Stufe II)	74	105	1	11		51	11	54	206	168	19	5	263	11	198	54	98	1.329
– davon unzureichend (Stufe III)	43	20	0	1		2	15	2	30	33	63	0	21	1	22	9	17	279
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0		1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	5
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2, davon Mängel																		
– ausschließlich in der Bilddokumentation	31	20		0		2	14	2	23	18	60		16	12	15	6	13	232
– ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0	0		0		0	0	0	0	12	2		3	0	1	0	3	21
– sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	12	0		1		0	1	0	7	3	1		2	0	6	3	1	37

* 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⁾ KV gibt nur die abrechnenden Ärzte an, die im Vorjahr die Genehmigung erhielten und bereits mind. 12 Patienten abgerechnet hatten. ⁵⁾ Unterscheidung von Statuswechseln etc. erfolgt nicht. ⁶⁾ Nach Beanstandung gemäß § 9 Abs. 2 b) erfolgte nur bei 2 Initialprüfungen eine Aussetzung der Genehmigung. Bei allen anderen: Beratungsgespräch gemäß § 10 Abs. 2 und zeitnahe Überprüfung weiterer Dokumentationen (Einzelfallentscheidungen). ⁷⁾ Nach Beanstandung gemäß § 9 Abs. 2 b) erfolgt keine Aussetzung der Genehmigung, sondern Beratungsgespräch gemäß § 10 Abs. 2 und zeitnahe Überprüfung weiterer Dokumentationen.

› VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

✓	344	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	97	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	963	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)
📊	222	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 / RINGVERSUCH:

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

RÜCKMELDESYSTEME / 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 31.12.2020	40	51	13	12	5	9	21	10	33	42	9	6	14	11	17	9	35	337
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	38	47	17	13	5	8	21	11	32	45	9	6	16	11	19	9	37	344
beschiedene Anträge ²⁾	5	20	4	1	0	2	3	2	8	3	1	0	4	0	6	1	6	66
neu	5	20	4	1		2	3	2	6	3	1		4		6	1	6	64
– davon Genehmigungen	5	18	4	1		2	3	2	6	3	1		4		4	1	6	60
– davon Ablehnungen	0	2	0	0		0	0	0	0	0	0		0		2	0	0	4
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0	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	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	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4									0									0
– davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5									2									2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	4	2	0	0	0	2	k.A.	1	5	0	1	0	2	0	2	0	2	21

■ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	35	50	15	13	5	7	13	10	32	45	8	6	12	10	19	5	23	308
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	**	18*	1*	**	**	7	4	**	11*	13*	6*	**	12	6	10	6	**	94
– davon bestanden		12	1			6	4		8	13	6		12	6	10	4		82
– davon nicht bestanden		3	0			1	0		3	0	0		0	0	0	2		9
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	**	35,3*	7,7*	**	**	77,8	19,0	**	33,3*	31,0*	66,7*	**	85,7	54,5	58,8	66,7	**	9)
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	**	0	0	**	**	0	1	**	2	0	0	**	0	0	0	0	**	3
– davon bestanden							1		0									1
– davon nicht bestanden							0		2									2
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5 b	**	0	0	**	**	0	0	**	3	0	0	**	0	0	0	0	**	3
– davon bestanden									3									3
– davon nicht bestanden									0									0
vorgezogene Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	**	1	0	**	**	0	0	**	0	0	0	**	0	0	0	0	**	1

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	**	180	10	**	**	70	50	**	123	130	60	**	120	60	100	60	**	963
– davon vollständig und nachvollziehbar		172	10			60	50		80	130	60		116	60	100	39		877
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar		3	0			2	0		28	0	0		0	0	0	1		34
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar		5	0			8	0		0	0	0		4	0	0	20		37
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar		0	0			0	0		15	0	0		0	0	0	0		15

■ PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	2*	0	1	**	0	4	0*	2	**	6*	**	0	0	4	3	**	19	41
≥ 25	35*	0	12	**	5	4	21*	9	**	39*	**	6	11	6	12	**	21	181

* 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⁾ Frequenzregelung Anforderungen pandemiebedingt reduziert auf 7 Vakuumbiopsien. ⁶⁾ Dokumentationsprüfung: 3 Prüfungen noch nicht abgeschlossen. ⁷⁾ 2 Widerrufe aus sonstigen Gründen. ⁸⁾ Anerkennung außerhalb erbrachter Leistungen noch nicht abgeschlossen. ⁹⁾ Durchschnittswert pandemiebedingt nicht aussagekräftig.

› ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

✓	742	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■ ■ ■	217	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	2.568	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 geändert zum: 01.01.2022

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

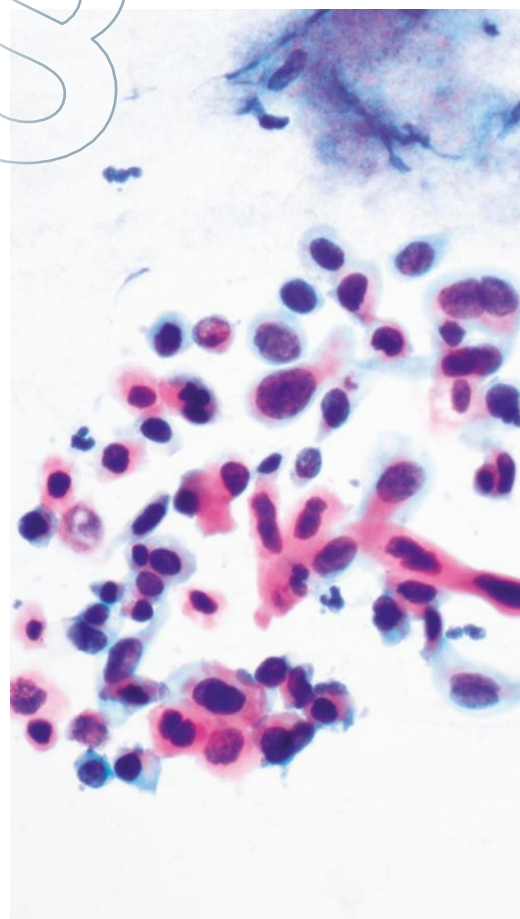
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: zytologieverantwortlicher Arzt oder zytologieverantwortliche Ärztin: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder oder -befunderin: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung

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 CERVIX UTERI

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

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2020	92	115	39	14	15	25	53	15	82	95	34	23	28	15	26	15	90	776
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	85	112	40	13	15	24	51	15	75	90	32	21	27	15	24	17	86	742
beschiedene Anträge ²⁾	1	10	3	0	2	0	3	2	3	2	1	0	2	0	1	2	10	42
neu	1	10	3		2		3	2	3	2	1		2		1	2	10	42
– davon Genehmigungen	1	6	3		2		3	1	3	2	1		2		1	2	10	37
– davon Ablehnungen	0	4	0		0		0	1	0	0	0		0		0	0	0	5
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0		0		0	0	0	0	0		0		0	0	0	0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0		0		0	0	0	0	0		0		0	0	0	0
Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	0	10	2	0	0	0	1	2	2	3	0	0	0	0	1	3	2	26
– davon bestanden		6	2				1	1	1	1					1	2	2	17
– davon nicht bestanden		4	0				0	1	1	2					0	1	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	1	0	0	0	0	0	1
– Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6												0						0
– Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4												1						1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	4	5	2	1	2	1	k.A.	1	10	7	3	1	3	0	3	0	6	49

☐ ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	31*	1*	4*	3	5)	5)	6	0	20	50	18	0	13	7	7	6	45	211
– davon bestanden	28	1	4	3			5		20	50	16		13	6	7	6	44	203
– davon nicht bestanden	3	0	0	0			1		0	0	2		0	1	0	0	1	8
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	33,7*	0,9	10,3*	21,4	0,0	0,0	11,3	0,0	24,4	52,6	52,9	0,0	46,4	46,7	26,9	40,0	50,0	27,2*
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	6
– davon bestanden	1		2								0		1		1			5
– davon nicht bestanden	0		0								1		0		0			1
Kolloquien gemäß § 7 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
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 CERVIX UTERI

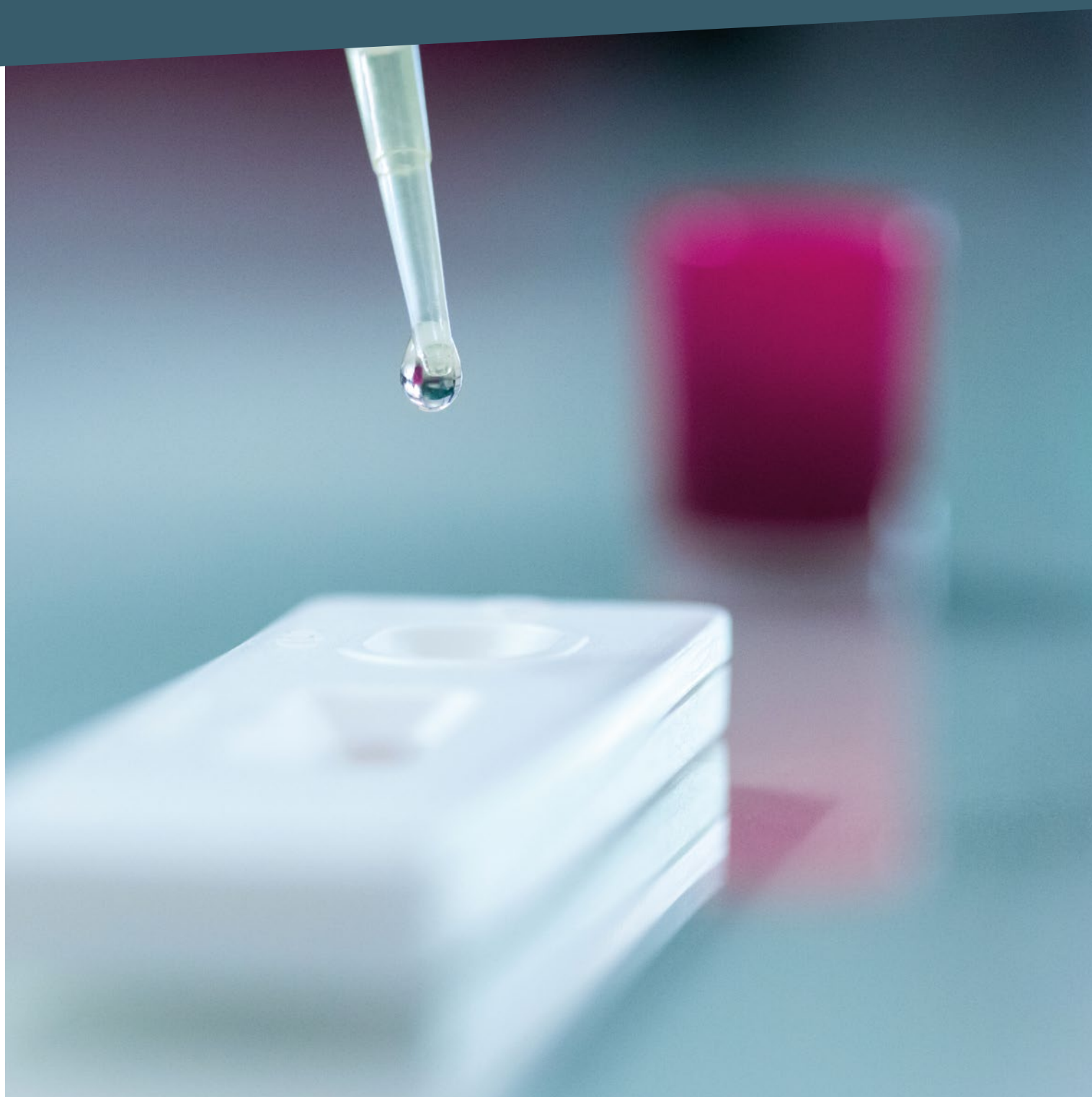
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
6), 8)																		
9)																		
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																		
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	372	12	48	36	5)	5)	72	0	240	600	216	0	156	84	72	48	540	2.496
– davon ohne Beanstandungen	369	12	48	36			69		240	600	207		156	78	68	48	535	2.466
– davon mit Beanstandungen	3	0	0	0			3		0	0	9		0	6	4	0	5	30
bei Beanstandungen																		
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	0						3				8			0	2		2	15
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	2						1				1			6	2		3	15
– darunter mit unvollständiger Dokumentation	1						0				0			0	1		0	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																		
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	12	0	24	0	0	0	0	0	0	0	12	0	12	0	12	0	0	72
– davon ohne Beanstandungen	12		24								10		12		12			70
– davon mit Beanstandungen	0		0								2		0		0			2
bei Beanstandungen																		
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität											1							1
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung											1							1
– darunter mit unvollständiger Dokumentation											0							0
JAHRESSTATISTIK § 8 Abs. 4																		
abrechnende Praxen / Labore (2020)	63	67	21	9	9	15	22	7	41	58	20	13	12	11	15	10	52	445
vorgelegte Jahresstatistiken bezogen auf abrechnende Praxen / Labore, in %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	86,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,3
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2019)	63	67	21	9	9	15	19	7	41	58	20	13	12	11	15	10	52	442
– davon ohne Auffälligkeiten	44	38	18	9	9	15	19	7	31	55	3	11	6	8	10	8	49	340
– davon mit Auffälligkeiten	19	29	3	0	0	0	0	0	10	3	17	2	6	3	5	2	3	102
Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme	11	29	3	0	0	0	0	0	10	3	6	2	0	3	5	2	1	75
– davon ausreichend begründete Stellungnahmen	11	29	7)						9	3	6	1		10)	5	2	1	67
– davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0	7)						1	0	0	1		10)	0	0	0	2
Kolloquien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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⁾ Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. ⁵⁾ Nächster Prüfzyklus ist für 2022 angekündigt. ⁶⁾ Keine Angabe zur Präparateprüfung bei erfüllter Fachkunde durch andere KV und Übernahme Genehmigung. ⁷⁾ Stellungnahmen noch nicht ausgewertet. ⁸⁾ Keine Anforderung Jahresstatistik bei Ende KV-Zulassung in 2020 und bis 08/2021, da Erfassung über SafeNet-Zugang und dieser nach Ende KV-Zulassung gesperrt. ⁹⁾ Labore erhalten Hinweise zur Fehlerbehebung nach Beanstandung in der Jahresstatistik. ¹⁰⁾ Stellungnahmeverfahren zur Jahresstatistik noch nicht abgeschlossen.

05

HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE



› DIMENSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Seit der grundlegenden Veröffentlichung zur Qualitätsbeurteilung ärztlicher Leistungen durch 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,

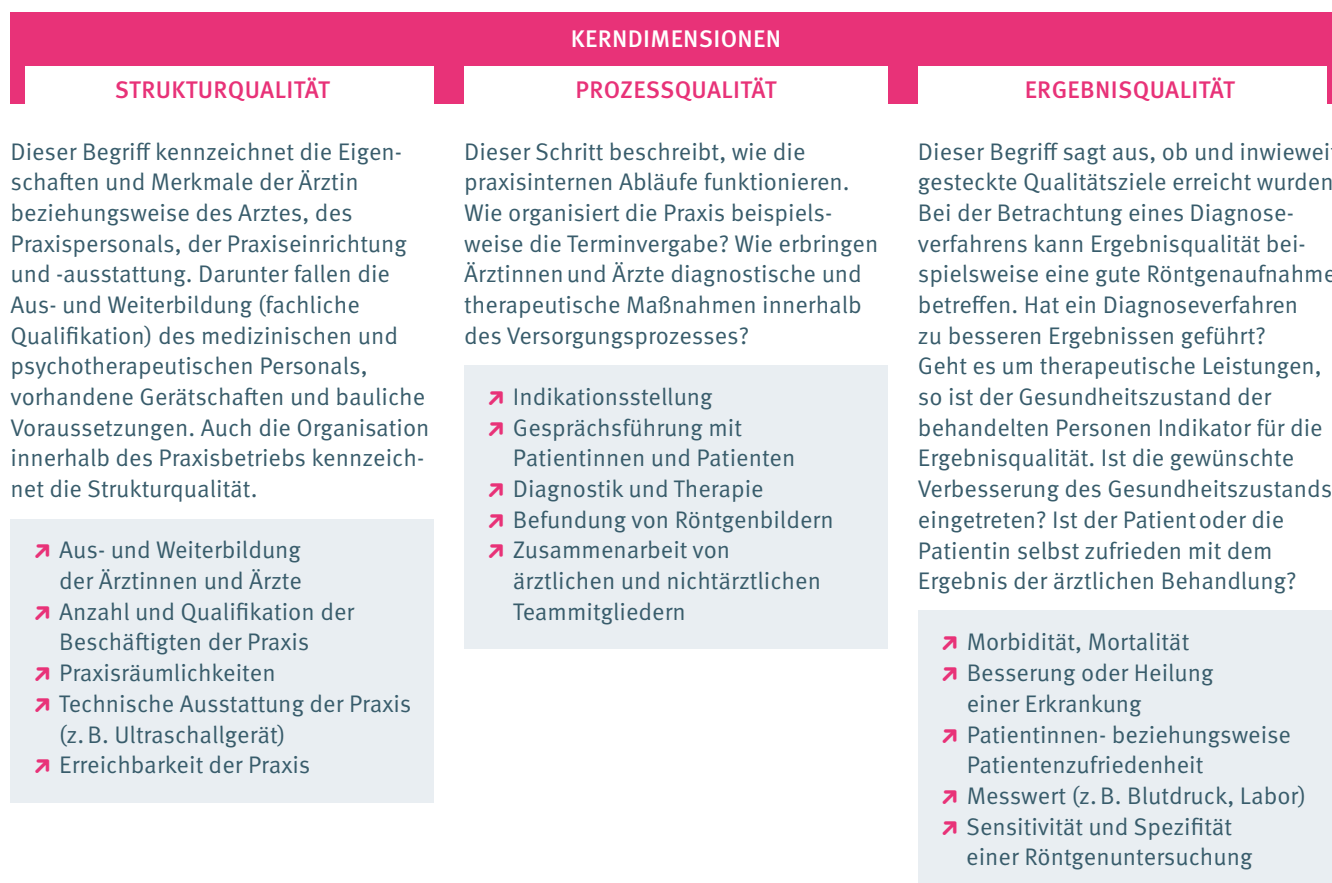
Patientinnen- und Patientenorientierung als Berücksichtigung der Ansprüche und Präferenzen der Betroffenen,

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 KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

§ 136

RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

§ 136a

RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN AUSGEWÄHLTEN BEREICHEN

§ 136d

EVALUATION UND WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

§ 137

DURCHSETZUNG UND KONTROLLE DER QUALITÄTSANFORDERUNGEN 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

§ 139a

INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN

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 (Ärzttekammern 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. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringergesellschaft 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 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 erbracht 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 erbracht 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 Vertragsärztinnen und -ärzte 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 Nr. 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.

§ 136a RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ZUR QUALITÄTSSICHERUNG IN AUSGEWÄHLTEN BEREICHEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in einer Richtlinie einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene, risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der einrichtungsbezogenen Auswertungen nach Maßgabe des § 299 (Qualitätsdaten), festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Festlegungen zu treffen zu

- Inhalt, Art, Umfang und Plausibilisierung der für diesen Zweck durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (oder einem von ihm beauftragten Dritten) einrichtungsbezogen zu verarbeitenden Qualitätsdaten sowie
- zu Inhalt, Art, Umfang und Verfahren der Veröffentlichung der risikoadjustierten Vergleichsdaten in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache.

Die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche ist in der Richtlinie darzulegen.

Die Veröffentlichung der Vergleichsdaten hat einrichtungsbezogen und mindestens jährlich auf Basis aktueller Qualitätsdaten zu erfolgen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert regelmäßig die in der Richtlinie bestimmten Qualitäts- und Vergleichsdaten im Hinblick auf ihre Eignung und Erforderlichkeit zur Erreichung des festgelegten Ziels. Über die Ergebnisse hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2024, zu berichten.

§ 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.

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss sind ebenfalls Vergütungsabschlüsse vorzusehen, wenn die von ihm festgelegte Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Leistungserbringer unterschritten wird, es sei denn, der Leistungserbringer 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 Patientenbefragungen, auch in digitaler Form 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.

Bei der Entwicklung von Patientenbefragungen soll das Institut vorhandene national und international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigen.

§ 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.

Bei Aufträgen zur Entwicklung von Patientenbefragungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss eine barrierefreie Durchführung vorsehen; auch bereits erarbeitete Patientenbefragungen sollen barrierefrei überarbeitet 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 des Versicherten,
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird aufgegeben, insbesondere für die Behandlung von Adipositas, Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen zu erlassen.

§ 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 2021

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTE,
 ÄRZTINNEN, PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN
 QUELLE: BUNDESARZTREGISTER, STAND 31. DEZEMBER 2021

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	ÄRZTE / ÄRZTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN / PSYCHOTHERAPEUTINNEN					SUMME
	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	
Allgemeinmedizin	26.692	20	1.886	5.759	36	34.393
Anästhesie	2.120	31	835	576	455	4.017
Augenheilkunde	3.581	16	1.625	1.119	165	6.506
Chirurgie und Orthopädie	7.290	102	3.397	1.169	2.234	14.192
– Gefäßchirurgie	300	0	315	58	337	1.010
– Kinderchirurgie	102	1	46	13	118	285
– Orthopädie	3.133	15	594	287	309	4.338
– Orthopädie und Unfallchirurgie	2.944	74	1.519	567	822	5.926
– Plastische Chirurgie	234	7	77	24	118	460
– Rheumatologie	274	1	64	25	54	418
– Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	10	0	7	2	53	72
– Unfallchirurgie	1.202	4	589	136	447	2.378
– Viszeralchirurgie	244	6	318	45	444	1.057
Frauenheilkunde	8.285	38	1.715	1.553	1.203	12.794
– Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	168	1	110	56	16	351
– Gynäkologische Onkologie	129	0	64	9	198	400
– Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	144	0	72	42	153	411
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Phoniatrie und Pädaudiologie	3.388	14	409	553	223	4.587
– Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung / Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	133	1	19	30	24	207
Dermatologie	2.815	28	348	707	105	4.003
Humangenetik	40	0	237	16	3	296
Innere Medizin	18.689	159	4.928	4.216	1.915	29.907
– hausärztlich tätig	12.370	18	1.832	2.971	0	17.191
– fachärztlich tätig	6.319	141	3.096	1.245	0	10.801
Innere Medizin mit fachlichem Schwerpunkt, einschließlich Ermächtigte**	6.456	142	2.800	1.227	1.949	12.574
– Angiologie	271	3	133	48	94	549
– Diabetologie / Endokrinologie	127	5	97	22	77	328
– Gastroenterologie	1.011	37	475	166	545	2.234
– Geriatrie	0	0	0	0	0	1
– Hämatologie / internistische Onkologie	535	9	492	127	196	1.359
– Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	0	0	0	0	2	2
– Kardiologie	1.823	52	681	398	594	3.548
– Nephrologie	795	14	686	221	113	1.829
– Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	872	21	264	132	226	1.515
– Rheumatologie	375	2	188	53	73	691

› Fortsetzung nächste Seite

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	ÄRZTE / ÄRZTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN / PSYCHOTHERAPEUTINNEN					SUMME
	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	
Kinder- und Jugendmedizin	5.281	40	668	1.331	829	8.149
– Infektiologie	0	0	0	0	1	1
– Kinderendokrinologie und -diabetologie	9	0	7	1	14	31
– Kindergastroenterologie	2	0	2	0	11	15
– Kinderhämatologie / Kinderonkologie	48	1	12	13	50	124
– Kinderkardiologie	250	2	40	50	86	428
– Kindernephrologie	12	0	1	2	5	20
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	0	0	0	0
– Kinderpneumologie / Kinder- lungen- und -bronchialheilkunde	57	0	12	8	22	99
– Kinderrheumatologie	1	0	0	0	3	4
– Neonatologie	513	4	70	71	248	906
– Neuropädiatrie	202	0	27	33	153	415
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	6.365	171	110	355	71	7.072
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	891	6	93	134	28	1.152
Laboratoriumsmedizin / Biochemie / Mikrobiologie	148	0	1.097	63	24	1.332
– Biochemie	1	0	1	0	0	2
– Immunologie	4	0	2	0	2	8
– Laboratoriumsmedizin	122	0	852	42	11	1.031
– Mikrobiologie	46	0	384	26	12	478
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.077	0	89	129	31	1.326
Nervenheilkunde / Neurologie / Psychiatrie	4.179	30	1.060	588	494	6.351
– Nervenheilkunde	1.051	2	131	89	43	1.316
– Neurologie und Psychiatrie	921	6	89	77	35	1.128
– Neurologie	1.284	11	632	285	335	2.547
– Psychiatrie	1.319	13	245	168	97	1.842
– Forensische Psychiatrie	10	0	3	1	2	16
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	1	0	0	1
Neurochirurgie	458	2	570	72	82	1.184
Nuklearmedizin	431	0	369	199	13	1.012
Pathologie	452	0	477	222	28	1.179
– Neuropathologie	9	0	22	5	4	40
Physikalische und Rehabilitative Medizin	372	0	161	75	6	614
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin Arzt / Ärztin	3.053	0	123	302	54	3.532
Ärztliche Psychotherapie	5.782	23	193	106	69	6.173
– Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.341	9	76	26	30	2.482
Psychologische Psychotherapie	21.236	689	884	1.308	119	24.236
Radiologie	1.563	29	1.467	854	591	4.504
– Kinderradiologie	17	2	18	7	39	83
– Neuroradiologie	131	5	64	38	77	315
– Strahlentherapie	4	0	2	0	3	9
Strahlentherapie	181	1	771	152	9	1.114
Transfusionsmedizin	32	0	119	8	27	186
Urologie	2.507	17	364	331	292	3.511
Übrige Fachbereiche	0	0	2	1	11	14
Summe	126.908	1.416	23.997	21.898	9.117	183.336

* 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, 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 Hygienepfahrungen 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 (perkutaner Koronarinterventions)
PET	Positronenemissionstomographie
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-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
- Franzi et al. (2021) Evidence-based approaches for the management of side-effects of adjuvant endocrine therapy in patients with breast cancer. Lancet Oncol; 22: e303-13
- Jahresbericht Evaluation 2020. Deutsches Mammographie-Screening-Programm. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin, November 2022
- 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
- Murphy CC, Bartholomew LK, Carpentier MY, Bluethmann SM, Vernon SW (2012). Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. Breast Cancer Res Treat; 134: 459–78
- 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: 09.12.2022
- 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: Motiv Offset NSK GmbH

Fotos: © Adobe Stock: Dragana Gordic (S. 8), edward olive/
EyeEm (S. 53), JinnaritT (S. 6), Koragot kaewmahakhun (S. 106),
KseniyaK (S. 51), Oleksii Syrotkin/Stocksy (S. 10), redaktion93 (26),
Robert Poorten (S. 16), rogerphoto (S. 40), Viacheslav Lakobchuk
(S. 48); © Bernd Bertram (S. 60); © Berufsverband der Augen-
ärzte / Augenärzte Datenbank (S. 94); © Christoph Rieken (S. 67);
© Christoph Strohm / Pro Health Media (S. 111); © Fotolia:
Dr. N. Lange (S. 90), hl studios (S. 141), mankale (S. 121), picsfive
(S. 36), science photo (S. 70), sepi (S. 47), WavebreakMediaMicro
(S. 98); © iStockphoto: alvarez (S. 96), Ake Ngiamsguan (S. 1),
BraunS (S. 120), choja (S. 80), cosinart (S. 65), DjelicS (S. 131),
Engine Images (S. 75), fotostorm (S. 129), maodesign (S. 30),
nicolas (S. 86), OKrasyuk (S. 27), Phototake PM (S. 122),
robertprzybysz (S. 55), ruchuda boonplien (S. 146), shironosov
(S. 123), SimmiSimmons (S. 35), skyneshier (S. 21, 87), spark067
(S. 28), zlikovec (S. 31); © Kaya Erdem, Düren (S. 89);
© Katrin Marquardt (S. 143); © Lopata / axentis.de (S. 2);
© Otto Hildebrand, Bad Zwischenahn (S. 33); © Robert Kühlmann /
Klinikum Ernst v. Bergemann (S. 58); wikimedia: © Eric Erbe (S. 49)

Redaktionsschluss: Kapitel 4 › 30. November 2022

Stand: März 2023