



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



QUALITÄTSBERICHT AMBULANTE VERSORGUNG

BERICHTSJAHR
2024

GRÜßWORT



LIEBE LESERINNEN UND LESER,

die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der ambulanten Versorgung ist eine dauerhafte Aufgabe und zugleich eine zentrale Voraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten in Deutschland auf eine flächendeckende, wohnortnahe und hochwertige medizinische Betreuung vertrauen können. Sie erfolgt jedoch nicht im luftleeren Raum, sondern ist eingebettet in gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die zunehmend von Reformdruck, Fachkräftemangel, demografischem Wandel und steigenden Anforderungen an Transparenz geprägt sind. Umso wichtiger ist es, dass die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung verlässlich, wirksam und zugleich verhältnismäßig ausgestaltet ist.

Das Berichtsjahr 2024 illustriert eindrucksvoll, wie die Praxen diesen Anspruch auch unter herausfordernden Bedingungen eingelöst haben. Die dargestellten Ergebnisse belegen erneut das hohe Qualitätsniveau der ambulanten Versorgung in Deutschland und liefern zugleich eine belastbare Grundlage für die gezielte Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Qualitätssicherung ist kein statisches System, sondern ein lernender Prozess: Die gewonnenen Erkenntnisse werden genutzt, um bestehende Instrumente zu überprüfen, weiterzuentwickeln oder bei dauerhaft guten Ergebnissen auch anzupassen. Ziel bleibt stets die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität bei einem angemessenen Verhältnis von Nutzen und bürokratischem Aufwand.

Erstmals ist die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) in diesem Qualitätsbericht in einem eigenen Kapitel abgebildet. Damit wird der zunehmenden Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen Rechnung getragen. Die sQS leistet einen wichtigen Beitrag, um Behandlungsqualität über Sektorengrenzen hinweg vergleichbar zu machen und Versorgungsprozesse ganzheitlich weiterzuentwickeln.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben ihre Aufgaben in der Qualitätssicherung mit großer Sorgfalt und Verlässlichkeit wahrgenommen. Das Prüfgeschehen bewegte sich auf einem stabilen Niveau. Die Vielzahl an Genehmigungen, Prüfungen und qualitätsfördernden Maßnahmen unterstreicht, wie eng Qualitätssicherung und Versorgungsalltag miteinander verzahnt sind. Die Zahlen belegen das: Im Jahr 2024 hielten die mehr als 189.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 307.201 Genehmigungen zu verschiedenen Behandlungsbereichen. Die KVen führten in dieser Zeit 16.142 Stichproben- und Dokumentationsprüfungen für über 141.000 Behandlungsfälle durch.

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die KVen bleibt die Gewährleistung einer kontinuierlich hohen Qualität in der ambulanten Versorgung eine Kernaufgabe. Der vorliegende Qualitätsbericht dokumentiert, wie diese Verantwortung wahrgenommen und fortlaufend weiterentwickelt wird.

WIR WÜNSCHEN IHNEN EINE AUFSCHLUSSREICHE LEKTÜRE

Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Sibylle Steiner

Mitglied des Vorstands der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Stephan Hofmeister

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

INHALT

01 ÜBERBLICK UND AKTUELLES SEITE 5

- › Kennzahlen zur Qualitätssicherung

Aktuelles:

- › Evaluation der Brustkrebsmortalität im deutschen Mammographie-Screening-Programm
- › Anpassung der QS-Vereinbarungen
Ultraschall, Zervix-Zytologie, PET, PET / CT
und Strahlendiagnostik und -therapie

02 STRUKTUREN UND PROGRAMME DER QS SEITE 11

- › Ambulante Qualitätssicherung –
Kernaufgaben, Instrumente, Ergebnisse
und Maßnahmen
- › Infografik: Anforderungen und Folgeverpflichtungen
- › Prüfbereiche der Qualitätssicherung

Im Fokus:

- › Fortbildungsverpflichtung
- › Qualitätszirkel
- › Qualitätsmanagement und Patientensicherheit
- › Infografik: 20 Jahre QEP
- › Qualitätsmanagement-Tools
- › Disease-Management-Programme (DMP)
- › Mammographie-Screening-Programm

03 AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG VON A BIS Z SEITE 35

- › Abklärungskolposkopie
- › Akupunktur
- › Ambulantes Operieren
- › Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Arthroskopie
- › Balneophototherapie

	› Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung	44
	› Blutreinigungsverfahren / Dialyse	45
	› Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen	46
	› Histopathologie Hautkrebs-Screening	47
6	› HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	49
	› Hörgeräteversorgung	51
	› Hörgeräteversorgung – Kinder	53
7	› Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	55
	› Interventionelle Radiologie	56
9	› Intravitreale Medikamenteneingabe	58
	› Invasive Kardiologie	60
	› Kapselendoskopie – Dünndarm	62
	› Koloskopie	64
	› Langzeit-EKG-Untersuchungen	67
	› Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom	68
	› Liposuktion bei Lipödem	69
	› Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie	70
	› Magnetresonanztomographie-Angiographie	73
	› Mammographie (kurativ)	75
	› Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)	77
	› Molekulargenetik	78
12	› Neuropsychologische Diagnostik und Therapie	79
13	› Onkologie	80
14	› Otoakustische Emissionen	82
	› Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	83
	› Phototherapeutische Keratektomie	84
18	› Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT)	85
19	› Psychotherapie	87
20	› Rhythmusimplantat-Kontrolle	89
21	› Schlafbezogene Atemstörungen	93
23	› Schmerztherapie	94
24	› Sozialpsychiatrie	96
33	› Soziotherapie	97
	› Spezialisierte geriatrische Diagnostik	98
	› Spezial-Labor	99
	› Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	100
	› Strahlendiagnostik / -therapie	101
	• Konventionelle Röntgendiagnostik	101
	• Computertomographie	103
	• Osteodensitometrie	103
	• Strahlentherapie	104
	• Nuklearmedizin	104
	› Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	105
36	› Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	107
37	› Ultraschalldiagnostik	108
39	• Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	115
40	› Vakuumbiopsie der Brust	118
41	› Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri	120
43		

INHALT

04 SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG SQS SEITE 123

› Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	126
› Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (QS WI)	129
› Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	132
› QS Ambulante Psychotherapie	133
› Verfahren vor dem Regelbetrieb (sQS)	134
› Neuartige Arzneimitteltherapien (QS ATMP)	135
› Ausblick: Weiterentwicklung sQS	136

05 GESETZLICHE GRUNDLAGEN SEITE 137

› Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	138
---	-----

06 ANHANG SEITE 142

› Dimensionen der Qualitätssicherung	143
› Arztstruktur	144
› Vertragsärztliche Versorgung – bundesweit	146
› Themenbezogene Qualitätsinitiativen	146
› Glossar	147
› Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen	150
› Impressum	151

ABKÜRZUNGEN

BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
QS	Qualitätssicherung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

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

01

ÜBERBLICK UND AKTUELLES



189.551

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



307.201

GENEHMIGUNGEN ZU VERSCHIEDENEN BEREICHEN
(keine Kopfzählung)



16.142

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



141.323

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



4.844

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)



18.290

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



16.935

PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
(inklusive Wartungsnachweise und Wiederholungen)



3.150

HYGIENEPRÜFUNGEN
(inklusive Wiederholungen)



446

**GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN WEGFALL
DER QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN**



113

GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN NEGATIVER PRÜFERGEBNISSE

KENNZAHLEN ZUR
QUALITÄTSSICHERUNG
BERICHTSJAHR
2024

› KENNZAHLEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG GESAMTUMFANG FÜR DAS BERICHTSJAHR 2024

KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren als Partner des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich, die insbesondere als Vereinbarungen zu besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 2 SGB V in der Anlage 3 des BMV-Ä festgelegt sind. Darüber hinaus gelten für ausgewählte 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 189.551 Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen stehen diese besonders qualitätsgesicherten Leistungsbereiche unter Genehmigungsvorbehalt. Die KVen sind als ihre direkten Ansprechpartnerinnen für die Erteilung der Genehmigungen zuständig. Dazu prüft die KV die Einhaltung von Genehmigungsvoraussetzungen, wie besondere fachliche Befähigung, gerätetechnische Vorgaben oder räumliche Gegebenheiten der Praxis.

Zum Ende des Berichtsjahres hielten die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 307.201 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen, zusätzlich 48.709 Genehmigungen für Psychotherapie¹.

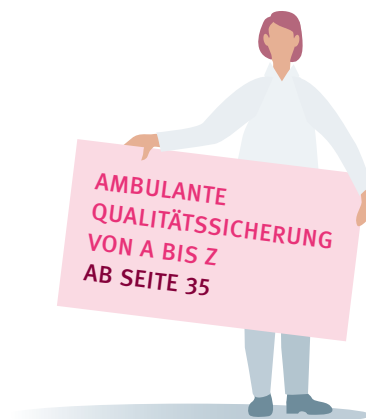
Die Aufrechterhaltung von Genehmigungen ist in der Regel an die Erfüllung von Vorgaben geknüpft, zum Beispiel eine auf den Einzelfall bezogene Überprüfung der jeweils erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung einschließlich der bildlichen Dokumentation. Fachlich wird die KV dabei von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

Neben qualifizierten Rückmeldungen werden weitere Förderungsmaßnahmen genutzt, wie zum Beispiel vergleichende Ergebnisdarstellungen (anonymisiert), Beratungsgespräche oder die Formulierung konkreter Auflagen, die zum Erhalt der Genehmigung erfüllt werden müssen. In 16.142 Dokumentationsprüfungen wurden 141.323 Patientendokumentationen² geprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind im jeweiligen Leistungsbereich nachzulesen. Letzte Konsequenz bei speziellen Qualitätsmängeln oder wiederholt schwerwiegenden Beanstandungen ist jedoch der Widerruf der Genehmigung. In insgesamt 446 Fällen wurde die Genehmigung widerrufen; darunter auch Fälle, in denen wichtige Vorgaben nicht mehr erfüllt waren, wie spezielle Fortbildungs- und Leistungsnachweise, Mindestfrequenzen, gerätebezogene Anforderungen wie Wartungsnachweise, messtechnische Kontrollen oder Hygieneprüfungen.

Die KVen haben in 4.844 Fällen die Einhaltung von Frequenzvorgaben überprüft, 18.290 Überprüfungen spezieller Fortbildungsanforderungen vorgenommen, und – insbesondere in den Leistungsbereichen Hörgeräteversorgung und Ultraschall – 16.935 gerätebezogene Überprüfungen durchgeführt. 3.150 Hygieneprüfungen erfolgten zur Sicherung der Qualität der Koloskopie.

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.



› EVALUATION DER BRUSTKREBSMORTALITÄT IM DEUTSCHEN MAMMOGRAPHIE- SCREENING-PROGRAMM

Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren, die das qualitätsgesicherte deutsche Mammographie-Screening in Anspruch nehmen, profitieren gegenüber Nicht-Teilnehmerinnen durch eine deutliche Reduktion der brustkrebsbedingten Sterblichkeit.

Jede achte Frau in Deutschland erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Das Mammographie-Screening-Programm (MSP) zielt darauf ab, Brustkrebs bei symptomlosen Frauen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren frühzeitig zu erkennen, um eine bessere Prognose für betroffene Frauen zu erreichen und die Brustkrebssterblichkeit zu verringern. Wesentlicher Grund für den Beschluss des Deutschen Bundestags zur Einführung eines organisierten Mammographie-Screenings im Jahr 2002 waren zahlreiche internationale Studien, die für teilnehmende Frauen eine brustkrebsbedingte Mortalitätsreduktion um etwa 25 Prozent belegten. Entsprechend beauftragte das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) federführend die Universität Münster mit der umfassenden Mortalitätsevaluation, ob dieses Ergebnis auch mit dem deutschen Screening-Programm erreicht werden kann. Die Ergebnisse wurden im Juli 2025 veröffentlicht und dienen als Grundlage für Entscheidungen zur Fortführung oder Anpassung des Programms.

ECKPUNKTE DES MAMMOGRAPHIE- SCREENING-PROGRAMMS

Ab 2005 schrittweise Einführung des Programms für Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren

Seit 2009 bundesweit eingeführt

Einladung der Frauen alle 2 Jahre

Inanspruchnahme durch etwa die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen

Umfassende Maßnahmen zur Sicherung und Förderung der Versorgungsqualität

Seit Juli 2024 Ausweitung des Programms auf Frauen bis 75 Jahre

ROBUSTHEIT DER ERGEBNISSE VON BEGINN AN SICHERGESTELLT

Mit dem Ziel einer möglichst hohen Validität und Plausibilität der Ergebnisse wurden komplementäre Auswertungsansätze mit verschiedenen Datenquellen und Analysekonzepten kombiniert. Insgesamt erfolgten im Rahmen der Evaluation zwischen 2012 und 2024 zwei Machbarkeitsstudien und zwei Hauptstudien mit zwei unterschiedlichen methodischen Ansätzen. Bei beiden Ansätzen wurden umfassende Maßnahmen ergriffen, um statistische Verzerrungen etwa durch Brustkrebs-Familienanamnesen zu minimieren. Der Vorbeobachtungszeitraum umfasst drei Jahre, der Nachbeobachtungszeitraum der Frauen umfasst maximal zehn Jahre. Aufgrund des Studiendesigns berichten die Autoren zumeist Ergebnisbereiche zum Nutzen des MSP.

FRAUEN PROFITIEREN DEUTLICH VON INANSPRUCHNAHME DES MAMMOGRAPHIE-SCREENINGS

Bei Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren wurden im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung signifikant häufiger gut behandelbare Tumoren entdeckt als bei Nicht-Teilnehmerinnen, da die Diagnose Brustkrebs bei Nicht-Teilnehmerinnen häufig zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund von Beschwerden oder Symptomen in der kurativen Versorgung gestellt wird. Die Anteile der Brustkrebsfälle mit Fernmetastasen waren bei Frauen, die das MSP nicht in Anspruch genommen haben, im Mittel etwa fünf Prozent höher als bei Teilnehmerinnen. Die Ergebnisse zur Brustkrebsmortalität spiegeln dies wider. Diese ist bei Frauen, die im Alter von 50 bis 69 Jahren mindestens einmal am MSP teilnahmen, im Vergleich zu Frauen ohne MSP-Teilnahme reduziert.



Am Ende der 10-jährigen Nachbeobachtungszeit ergibt sich eine Reduktion des Risikos, an Brustkrebs zu versterben, bei einer mindestens einmaligen Inanspruchnahme um 20 bis 30 Prozent. Dies bedeutet, dass von 1000 Frauen, die im Alter von 50 bis 69 Jahren am MSP teilnehmen, vier an Brustkrebs versterben. Bei nichtteilnehmenden Frauen sind dies fünf von 1000 Frauen. Damit ist das organisierte Mammographie-Screening das einzige wissenschaftlich belegte Verfahren, mit dem die Brustkrebssterblichkeit nachweislich gesenkt werden kann.

Auch die Sensitivität, also der Anteil entdeckter Brustkrebs-erkrankungen des MSP wurde anhand von Daten des Landeskrebsregisters NRW unter Verwendung eines Nachbeobachtungszeitraumes von 30 Monaten nach MSP-Teilnahme untersucht und bewegt sich im zulässigen Rahmen, wie er durch europäische Leitlinien vorgegeben wird. 35.011 von 49.054 Brustkrebs-erkrankungen bei MSP-Teilnehmerinnen wurden durch das MSP entdeckt, was einer Programmsensitivität von 71,4 Prozent entspricht. Dass nicht alle Brustkrebsfälle im MSP entdeckt werden, kann unterschiedliche Gründe haben. Eine Möglichkeit ist das Übersehen eines Karzinoms, eine weitere, dass einzelne Karzinome in der Röntgenaufnahme nicht oder nicht hinreichend sichtbar oder im Beobachtungszeitraum rasant gewachsen waren.

GERINGEN RISIKEN UND NACHTEILEN STEHT EIN DEUTLICHER ÜBERLEBENS-VORTEIL GEGENÜBER

Mögliche Nachteile des Mammographie-Screenings, wie Überdiagnosen und das sehr geringe zusätzliche Krebsrisiko, das mit der Anwendung von Röntgenstrahlung bei der Untersuchung verbunden ist, waren nicht Gegenstand der Studie, sondern wurden bereits früher im Rahmen von Nutzen-Risiko-Analysen umfassend bewertet. Das BfS kommt hinsichtlich des Strahlenrisikos zu folgendem Ergebnis:

„Bei regelmäßiger Teilnahme am Screening im Alter von 50 bis 75 Jahren beträgt das zusätzliche Lebenszeitrisko, an Brustkrebs zu erkranken, etwa 0,03 Prozent. Dies ist wenig im Vergleich zum 'normalen' Lebenszeit-Risiko einer 50-Jährigen von rund 11 Prozent.“¹

„Möglichen Schäden durch falsch-positive Befunde oder Überdiagnosen steht jeweils ein brustkrebspezifischer Überlebensvorteil gegenüber, der überwiegt“²,

resümierte das unabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereits im Jahr 2022.

NEUE CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN

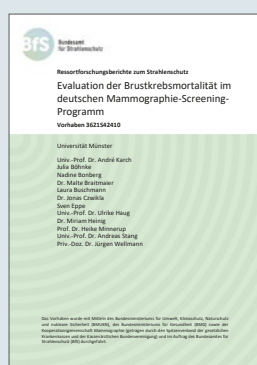
Nunmehr ist auch die Reduktion der Brustkrebssterblichkeit bei Inanspruchnahme des deutschen MSP unter aktuellen Bedingungen wissenschaftlich belegt. Die Feststellung von seltener fortgeschrittenen Tumorstadien bei MSP-Teilnehmerinnen als bei Nicht-Teilnehmerinnen stützen dieses Ergebnis. Zudem bestätigen sie die hohe Qualität der Arbeit, die täglich in den Screening-Einheiten von radiologischen Fachkräften und Ärzten erbracht wird. Kritiker des MSP konnten lange darauf hinweisen, dass in bislang publizierten Studien ergebnisverzerrende Faktoren nur ungenügend berücksichtigt wurden – diese Kritik konnte jetzt als unbegründet widerlegt werden.

Die Ergebnisse der Mortalitätsevaluation können auch bei der Teilnahmeentscheidung helfen. Ob deren Ergebnisse dazu beitragen, dass sich jetzt mehr Frauen für eine Teilnahme am MSP entscheiden, wird sich zeigen müssen. Mit dem Ziel, möglichst vielen Frauen eine informierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme zu ermöglichen, erhalten anspruchsberechtigte Frauen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren alle zwei Jahre umfassende Informationen zum MSP und eine Einladung für eine Untersuchung in einer wohnortnahen Screening-Einheit.

Derzeit arbeiten alle Beteiligten intensiv daran, auch der Gruppe der seit Juli 2024 neu anspruchsberechtigten Frauen im Alter zwischen 70 und 75 Jahren innerhalb der kommenden Monate einen Untersuchungstermin im MSP anzubieten. Diese Gruppe umfasst circa 2,5 Millionen Frauen und muss mit den vorhandenen Kapazitäten versorgt werden – zusätzlich zu den bislang circa zwölf Millionen Frauen im Alter zwischen 50 und 69. Angesichts des zusehends größer werdenden Fachkräftemangels ist dies eine der Herausforderungen, die es in den kommenden Jahren zu bewältigen gilt.

¹ www.bfs.de/DE/themen/ion/anwendung-medizin/diagnostik/roentgen/mammo-nutzen-risiko.html

² www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_75008.html



Mehr Informationen: Der 500 Seiten umfassende Ergebnisbericht ist online abrufbar. Bundesumweltministerium, Bundesgesundheitsministerium sowie die Kooperationsgemeinschaft Mammographie trugen die Kosten der Evaluation von rund zehn Millionen Euro.

➔ <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0221-2025062052653>

› ANPASSUNG DER QS-VEREINBARUNGEN ULTRASCHALL, ZERVIX-ZYTOLOGIE, PET, PET / CT UND STRAHLENDIAGNOSTIK UND -THERAPIE

ULTRASCHALL-VEREINBARUNG

› Anpassungen zum 1. April und zum 1. Oktober 2025

Zum 1. April und zum 1. Oktober 2025 wurde die QS-Vereinbarung zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) angepasst. Die Änderungen betreffen die Einführung eines neuen interdisziplinären Grundkurses Kopf-Hals, die Anerkennung von Dokumentationsprüfungen auf die Konstanzprüfungen und die Verlängerung des Intervalls der Konstanzprüfungen für Neugeräte sowie die Aufnahme der Fraktursonographie bei Kindern.

EINFÜHRUNG EINES INTERDISZIPLINÄREN GRUNDKURSES KOPF-HALS

In die Anlage II der Ultraschall-Vereinbarung wurde ein zusätzlicher interdisziplinärer Grundkurs Kopf-Hals speziell für die Anwendungsbereiche Nasennebenhöhlen, Gesichts- und Halsweichteile und Schilddrüse in einem Umfang von 16 Unterrichtsstunden aufgenommen. Der neue Grundkurs richtet sich vor allem an Fachärzte und Fachärztinnen für die Gebiete der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Nuklearmedizin, die nun, nicht mehr wie bisher, einen interdisziplinären Grundkurs mit den für diese Fachgruppen nicht notwendigen Anwendungsbereichen Abdomen und Thorax belegen müssen. Der Aufbaukurs und der Abschlusskurs beziehen sich jedoch auch weiterhin in Umfang und Ausrichtung auf die spezifischen Anwendungsbereiche (gemäß Anlage II Ultraschall-Vereinbarung).

ÄNDERUNGEN DER VORGABEN ZU DEN KONSTANZPRÜFUNGEN

Die Änderung Ultraschall-Vereinbarung sieht darüber hinaus vor, dass Dokumentationsprüfungen gemäß § 11 Abs. 10 zukünftig auch für die Konstanzprüfungen anerkannt werden können. Aufgrund der Anerkennung der Dokumentationsprüfung verlängert sich das Prüfintervall für Neugeräte. Die Konstanzprüfung für Neugeräte muss jetzt erstmals acht Jahre nach der Genehmigungserteilung erfolgen. Für Gebrauchtgeräte gilt weiterhin ein Prüfintervall in sechsjährigem Abstand. Der Aufwand für Ärzte und Ärztinnen, Qualitätssicherungskommissionen und KVen verringert sich dadurch merklich.

AUFNAHME DER FRAKTURSONOGRAFIE BEI KINDERN

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. Oktober 2024 beschlossen, die Fraktursonografie bei Kindern mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten als neue ambulante Leistung aufzunehmen.

Zum 1. Oktober 2025 können Fachärztinnen und Fachärzte über die Durchführung der Fraktursonografie verfügen. Die fachliche Qualifikation kann laut G-BA-Beschluss durch die Teilnahme an einer strukturierten Fortbildung über mindestens sechs Stunden, in der Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln sind, nachgewiesen werden. Diese fachlichen Anforderungen werden als neuer Paragraph 6a „Erwerb der fachlichen Befähigung zur Fraktursonografie“ in der Ultraschall-Vereinbarung abgebildet und konkretisiert.

Bis zum 1. Januar 2026 kann die fachliche Befähigung zur Fraktursonografie alternativ zu Paragraph 6a auch über die selbstständige Durchführung von 50 B-Modus-Sonografien bei Frakturverdacht nach der Nummer 43 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nachgewiesen werden, die vor dem Inkrafttreten dieser Fassung am 1. Oktober 2025 erbracht wurden.

ZERVIX-ZYTOLOGIE

› Überarbeitung zum 1. April 2025

Zum 1. April 2025 wurde die QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie überarbeitet. Die Änderungen betreffen die Aufnahme der Zusatzweiterbildung „Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie“, die Berücksichtigung „immunzytochemischer Sonderverfahren“ in den fachlichen Anforderungen, die Anerkennung weiterer Berufsgruppen für nichtärztliche Präparatebefunder sowie die Anpassung beziehungsweise Aktualisierung der Anforderungen an die Zytologie-Einrichtung.

ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION

Neu geregelt wurde weiterhin, dass die KVen vom zytologieverantwortlichen Arzt nun zusätzlich die Nachweise der internen Qualitätssicherung anfordern können, wenn bei der Überprüfung der Präparatequalität und ärztlichen Dokumentation Mängel festgestellt werden und die Überprüfung als nicht bestanden gilt.

PET, PET / CT

- › **Aufnahme fortgeschrittenes Prostatakarzinom**
zum 1. Juli 2024
- › **Aufnahme der PET / CT bei aggressivem
Non-Hodgkin-Lymphom** zum 1. Oktober 2025

Zum 1. Juli 2024 und zum 1. Oktober 2025 traten Änderungen der QS-Vereinbarung zur Positronenemissionstomographie / Computertomographie (QS-V PET, PET / CT) in Kraft. Die Änderungen betreffen die Indikation fortgeschrittenes Prostatakarzinom sowie die Aufnahme der PET / CT bei aggressivem Non-Hodgkin-Lymphom.

PET / CT BEI PROSTATA-SPEZIFISCHEM MEMBRAN-ANTIGEN (PSMA)

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Oktober 2023 zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die PET / CT bei Prostata-spezifischem Membran-Antigen (PSMA) in den EBM aufgenommen. Bei dem Verfahren handelt es sich um eine Kombination mehrerer bildgebender Methoden zur Diagnostik von Prostatakrebs, für die eine Genehmigung der jeweiligen KV erforderlich ist. Nach Ablauf der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Übergangsregelung wurde seit 1. Juli 2024 eine aktualisierte Genehmigung entsprechend der angepassten QS-Vereinbarung erforderlich. Ärzten und Ärztinnen, die bereits über eine Genehmigung zu Leistungen der PET, PET/CT verfügten, wurde auf Antrag eine erweiterte Genehmigung auch zu den neuen Leistungen erteilt.

Die Anpassungen der QS-Vereinbarung erfolgten analog zu den zehn Indikationen, für die der G-BA bereits Leistungen der PET / CT zugelassen hatte. Die Auflistung der zugelassenen Indikationen wurde um das fortgeschrittene Prostatakarzinom erweitert. Darüber hinaus wurden die Zusammensetzungen des interdisziplinären Teams und der QS-Kommission für die neue Indikation beschrieben.

PET / CT BEI AGGRESSIVEM NON-HODGKIN-LYMPHOM

Zum 4. Juni 2025 trat der Beschluss des G-BA zur Erweiterung des Leistungskatalogs der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung in Kraft. Zukünftig kann die PET / CT bei sämtlichen Staging-Untersuchungen bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden. Auch wenn der Verdacht besteht, dass ein folliculäres Lymphom in ein aggressives Non-Hodgkin-Lymphom transformiert, kann die PET / CT zukünftig eingesetzt werden.

Zum 1. Oktober 2025 wurde die Änderung der Richtlinie in die QS-Vereinbarung PET, PET / CT übernommen und die Indikation unter der Nummer 10 zu den Staging-Untersuchungen bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen in § 1 der QS-V PET, PET / CT sowie die Dokumentationsanforderungen im § 6 der QS-Vereinbarung entsprechend angepasst.

Die Übergangsregelung sieht vor, dass Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten zum 1. Oktober 2025 eine Genehmigung für Leistungen der PET beziehungsweise PET / CT für Indikationen nach § 1 Nr. 1–11 erhalten haben, diese Genehmigung behalten beziehungsweise eine Genehmigung nach § 1 Nr. 10 der neuen Fassung erhalten, sofern die Genehmigung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der neuen Fassung beantragt wurde.

STRAHLENDIAGNOSTIK UND -THERAPIE

- › **Einführung der Computertomographie-Koronarangiographie** zum 1. Juli 2025

Zum 1. Juli 2025 sind Änderungen der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie in Kraft getreten. Die Änderungen erfolgten aufgrund der Aufnahme der Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) zur Diagnosestellung bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cHKH) in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA. Dabei wurden auch Vorgaben zur Qualitätssicherung festgelegt.

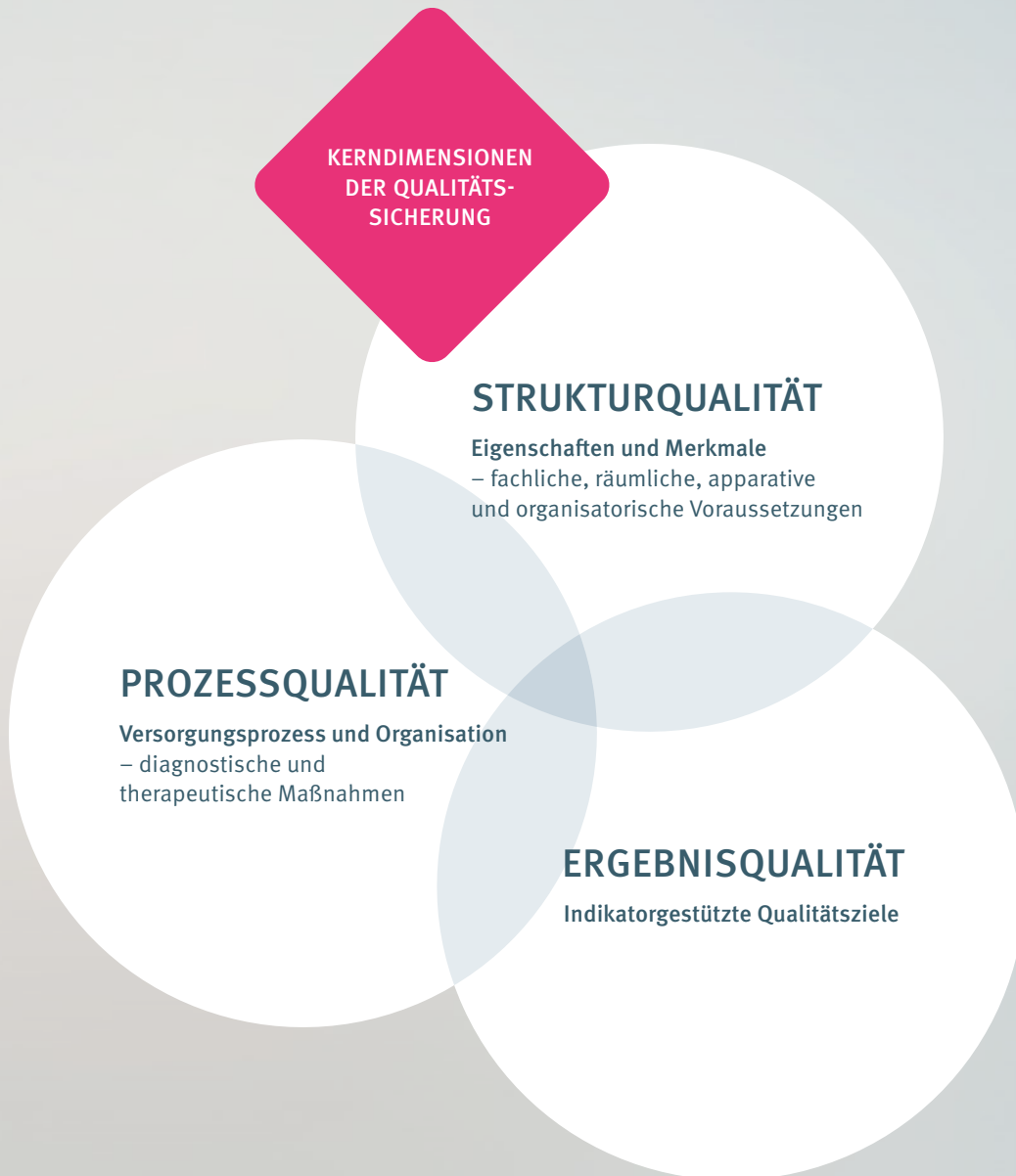
ANFORDERUNGEN AN DIE GENEHMIGUNGSERTEILUNG

Die Partner des Bundesmantelvertrags wurden in der Richtlinie des G-BA beauftragt, die Details für eine Genehmigungserteilung zu regeln. Dies betrifft die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die apparativen und organisatorischen Voraussetzungen und die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation bei der CCTA in der QS-Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie.

Die Änderungen der QS-Vereinbarung orientieren sich nah an den Vorgaben des G-BA (zum Beispiel sind für eine Genehmigungserteilung 150 CCTA-Beurteilungen und 50 CCTA-Durchführungen nachzuweisen). Zusätzlich ist von allen Antragstellenden die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nachzuweisen. Anstelle des Kolloquiums kann ein gleichwertiger Prüfungsnachweis anerkannt werden. Weiterhin wurden apparative und organisatorische Voraussetzungen sowie Anforderungen an die ärztliche Dokumentation geregelt. Da es sich bei der CCTA um eine neue Methode in der vertragsärztlichen Versorgung handelt, haben sich die Vertragspartner auf eine auf fünf Jahre befristete stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation bei vier Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen geeinigt.

02

STRUKTUREN UND PROGRAMME DER QS



› AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG

KERNAUFGABEN, INSTRUMENTE, ERGEBNISSE UND MAßNAHMEN

Die Sicherung der Qualität in der ambulanten Versorgung ist eine der Kernaufgaben der KVen und der KBV, in deren Mittelpunkt die Patientinnen und Patienten stehen. Die KBV vertritt die Vertragsärztenschaft auf Bundesebene in Verhandlungen mit den Vertragsparteien und in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Die KVen sind die direkten Ansprechpartnerinnen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten für Fragen zu allen Themen der Qualität und verantwortlich für die Umsetzung der in den Richtlinien und Vereinbarungen festgelegten Vorgaben zur Qualitätssicherung.

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

ZIELE DER QUALITÄTSSICHERUNG

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 deshalb in den Verhandlungen auf Bundesebene der Wunsch nach der Überprüfbarkeit einer ärztlichen Leistung 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 stehen in erster Linie die Belange der Patientinnen und Patienten.

AUSWAHL DER INSTRUMENTE ZUR QUALITÄTSMESSUNG

Ein besonderer Fokus liegt hierbei auf den Instrumenten der Strukturqualität. Vor Erteilung einer Genehmigung muss die Ärztin oder der Arzt nachweisen, dass sie oder er über eine ausreichende Qualifikation verfügen, dass die apparativen und räumlichen Gegebenheiten der jeweiligen Praxis angemessen sind und auch ärztliche und nichtärztliche Mitarbeitende über die nötigen Qualifikationen verfügen. Damit wird ein einheitlicher Grundstandard für eine bestimmte Leistung verpflichtend vorgegeben. Das ist besonders wichtig, da von vielen medizinischen Methoden und Verfahren bekannt ist, dass sie unter Forschungsbedingungen im Rahmen von Studien zwar wirksam sind, aber erst durch die qualitätsgesicherte Erbringung der Leistung ein ähnlicher Erfolg unter alltäglichen Versorgungsbedingungen erwartet werden kann. Die Sicherstellung geeigneter Strukturen bildet daher die Grundlage für eine zuverlässige Prozessqualität und eine gewünschte Ergebnisqualität.

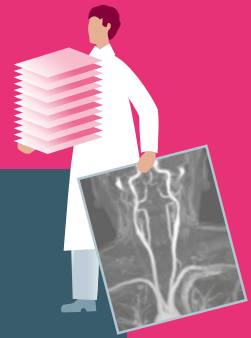
Um geeignete Prüfparameter zur Ergebnisqualität einer medizinischen Leistung bestimmen und überprüfen zu können, müssen einige Faktoren mitgedacht werden. Dies betrifft einerseits die individuelle Situation von Patienten und Patientinnen (Krankenvorgeschichte und Lebenssituation), aber auch die Bereitschaft 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.

SYSTEM DER QUALITÄTSSICHERUNG

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständs mit einer professionellen Verwaltung. In allen KVen sind leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen, in denen besonders erfahrene Ärzte und Ärztinnen aus den jeweiligen Bereichen tätig sind, institutionell verankert. 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. Insgesamt arbeiten bundesweit etwa 3.160 Ärztinnen und Ärzte neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Teilnehmende aus den Krankenkassen sind nur in wenigen Bereichen vertreten.

› ANFORDERUNGEN UND FOLGEVERPFLICHTUNGEN

Die Arbeit der KVen bei allen qualitätsgesicherten Verfahren betrifft im Wesentlichen zwei Bereiche:



1

GENEHMIGUNGSErTEILUNG

Überprüfungen im Rahmen einer Genehmigungserteilung zu einem Verfahren

ARZTBEZOGEN

Fachliche Qualifikation

- › Zeugnis / Bescheinigung
- › Kolloquium
- › Präparatebezogene Prüfung
- › Fallsammlungsprüfung
- › Vorlage von Dokumentationen
- › Teilnahme an Fortbildungen

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGEN

Apparativ-technische, räumliche, organisatorische und hygienische Anforderungen

- › Schriftliche Nachweise / Erklärungen
- › Kooperationsvereinbarungen
- › Gewährleistungserklärungen
- › Baupläne
- › Hygienepläne
- › Praxisbegehungen

Fachliche Befähigung der Mitarbeitenden

- › Aus- und Fortbildungsnachweise
- › Kooperationsbescheinigungen

2

GENEHMIGUNGSErHALT

Überprüfungen der Auflagen, die zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung bestehen

AUFLAGENPRÜFUNGEN

je nach vertraglicher Regelung, z. B.

- › Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung
- › Hygieneprüfung
- › 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
- › Praxisbegehungen bei Beanstandungen
- › Teilnahme an Fallkonferenzen

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

- › Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA
- › Regelungen in den jeweiligen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 und Abs. 1 SGB V
- › Gemäß den jeweiligen bundesmantelvertraglichen Regelungen

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG nach § 95d SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT nach § 135a Abs. 2 SGB V



› PRÜFBEREICHE DER QUALITÄTSSICHERUNG



ÜBERBLICK

- › GENEHMIGUNGSEYTEILUNG
- › EINGANGSPRÜFUNG
- › KOLLOQUIUM
- › FREQUENZREGELUNG
- › KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG
- › REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH
- › PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG
- › FORTBILDUNG / QUALITÄTSSIRKEL
- › STANDARDISIERTE ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION
- › EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG
- › RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION
- › BERATUNG

› GENEHMIGUNGSEYTEILUNG

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. 2024 wurden allein für diese Aufgabe etwa 58.000 solcher Verwaltungsakte von den KVen bearbeitet.

› EINGANGSPRÜFUNG

In besonders sensiblen Bereichen ist über die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung erforderlich. Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. 2024 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 200 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. 2024 erfolgte dies bei 452 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 2024 bei 473 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 2024 etwa 1.400 Kolloquien statt, wobei der größte Teil, etwa 1.000, im Leistungsbereich Ultraschall diagnostik durchgeführt wurde. 206 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:

- › Abklärungskoloskopie
- › 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 173.330 Ultraschallgeräte von jedem der 97.800 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. Wegen anhaltend guter Ergebnisse im Leistungsbereich Computertomographie ist beispielsweise die dauerhafte

Aufhebung der Verpflichtung zur Durchführung von Stichprobenprüfungen beschlossen worden. Ähnlich gute Ergebnisse im Leistungsbereich Kernspintomographie führten zu der Entscheidung des G-BA, dass die verpflichtende Stichprobenprüfung ab 1. Januar 2025 bis mindestens 2030 ausgesetzt wird.

Weitere Dokumentationsprüfungen, in der Hauptsache nach Vereinbarungen zu § 135 Abs. 2 SGB V, aber auch nach § 135 Abs. 1 SGB V 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
- › Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
- › Liposuktion
- › Magnetresonanztomographie
- › Mammographie (kurativ)
- › Mammographie-Screening
- › Molekulargenetik
- › Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- › Onkologie
- › Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT)
- › Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (ausgesetzt bis 31.12.2025)
- › Phototherapeutische Keratektomie (ausgesetzt bis 31.12.2025)
- › Rhythmusimplantat-Kontrolle
- › Schmerztherapie
- › Spezial-Labor
- › Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
- › Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
- › 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 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.



Qualität und
Entwicklung in
Praxen®

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.

› FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung ist eine abgeschlossene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt beziehungsweise eine abgeschlossene Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten (Facharztstatus / Fachkundenachweis) gemäß Weiterbildungsordnungen der Berufskammern.

Außerdem sind alle an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden sowohl durch ihre jeweiligen Berufsordnungen als auch durch die Regelung in § 95d SGB V zur kontinuierlichen Fortbildung verpflichtet. Ziel ist die Erhaltung und Fortentwicklung der auf Grundlage der Approbations- und der Weiterbildungsordnung erworbenen und zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Alle fünf Jahre sind gegenüber der zuständigen KV mindestens 250 Fortbildungspunkte nachzuweisen. Anders als im stationären Sektor schreibt das Gesetz bei Nicht-Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung mehrstufige Sanktionen in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Zulassung vor. Per 31. Dezember 2024 haben etwa 97 Prozent der Nachweispflichtigen die 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer KV nachgewiesen und damit die Vorgaben erfüllt.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/praxis/qualitaet/fortbildung

FORTBILDUNGSPORTAL IM SICHEREN NETZ

Das Fortbildungsportal der KBV ist ein Angebot für Vertragsärzte und -ärztinnen sowie Vertragspsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen. Die CME-Fortbildungen sind kostenfrei und mit bis zu sechs CME-Punkten zertifiziert.

Um das Fortbildungsportal nutzen zu können, muss der Praxiscomputer an das Sichere Netz der KVen oder an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sein. Wer noch keine Anmelde Daten für das Fortbildungsportal hat, erhält diese von seiner KV.

FORTBILDUNGSTHEMEN (AUSWAHL):

Elektronische Patientenakte

Außerklinische Intensivpflege

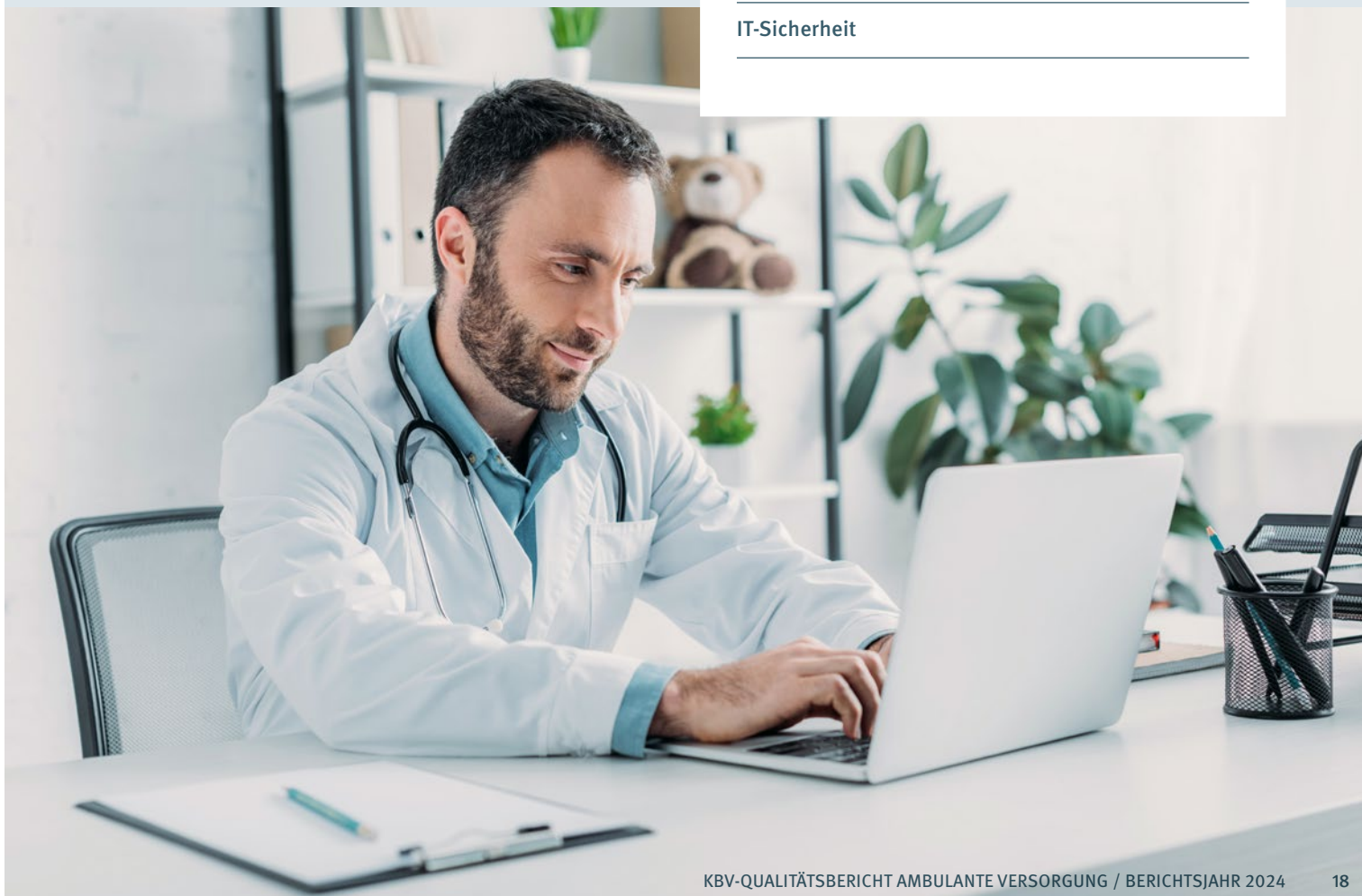
Ambulante MRSA-Versorgung
(Methicillin-resistenter Staphylococcus-aureus-Keim)

Heilmittel

Medizinische Rehabilitation

Antibiotikatherapie

IT-Sicherheit



› QUALITÄTSZIRKEL

Selbstbestimmte Fortbildung ist seit langem fester Bestandteil der Qualitätsförderung. Viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tauschen sich regelmäßig fachlich in Qualitätszirkeln aus. Sie reflektieren dabei das eigene tägliche Handeln in der Praxis und erwerben neues Wissen zu selbstgewählten Themen, frei von der Einflussnahme Dritter. Die Qualitätszirkelarbeit basiert auf dem Gedanken des Peer-Reviews. Das Lernen voneinander steht im Fokus, die Teilnehmenden profitieren vom Erfahrungsschatz der gesamten Gruppe.

Die KBV fördert diese Form der Fortbildung im Rahmen eines Konzepts, das auf der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutorinnen und -Tutoren sowie -Moderatorinnen und -Moderatoren beruht und die Zirkelarbeit sowohl inhaltlich als auch didaktisch unterstützt. Das Konzept ist im Handbuch Qualitätszirkel enthalten und wird kontinuierlich ergänzt und weiterentwickelt. Es beinhaltet inzwischen mehr als 40 didaktische und thematische Module inklusive unterstützender Materialien wie Moderationsplakate, Präsentationen, Arbeitsblätter und Checklisten. Im Jahr 2024 hat die KBV im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie das Modul „Nationale Demenzstrategie – Modul für interdisziplinäre Qualitätszirkel“ veröffentlicht.

QUALITÄTSZIRKEL IN ZAHLEN

7.480 Qualitätszirkel und
über 68.000 Teilnehmende

64 Tutorinnen und Tutoren unterstützen aktiv die regionale Zirkelarbeit

Bundesweit 6.990 Moderierende,
davon 499 neu ausgebildet

21 Fortbildungsveranstaltungen
für Moderierende in den KVen

Fast 2.600 Downloads
der Qualitätszirkel-Module



TRAIN-THE-TRAINER-PRINZIP

Seit vielen Jahren bildet die KBV erfahrene Moderierende aus den KVen zu Qualitätszirkel-Tutorinnen und -Tutoren aus. Diese führen danach in ihren KVen Aus- und Fortbildungen für Moderierende durch. 2024 engagierten sich bundesweit rund 6.900 Moderatorinnen und Moderatoren in circa 7.500 Qualitätszirkeln, an denen über 68.000 Vertragsärzte und -ärztinnen sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten teilnahmen. In 2024 haben fast 500 Personen ihre Moderatorenausbildung abgeschlossen.

QUALITÄTSZIRKEL-NEWSLETTER

Der Qualitätszirkel-Newsletter informiert in größeren Abständen Qualitätszirkel-Interessierte über neue Themen sowie methodische und didaktische Unterstützungsangebote. Er hatte zum Jahresende 2024 über 15.800 Abonnenten.

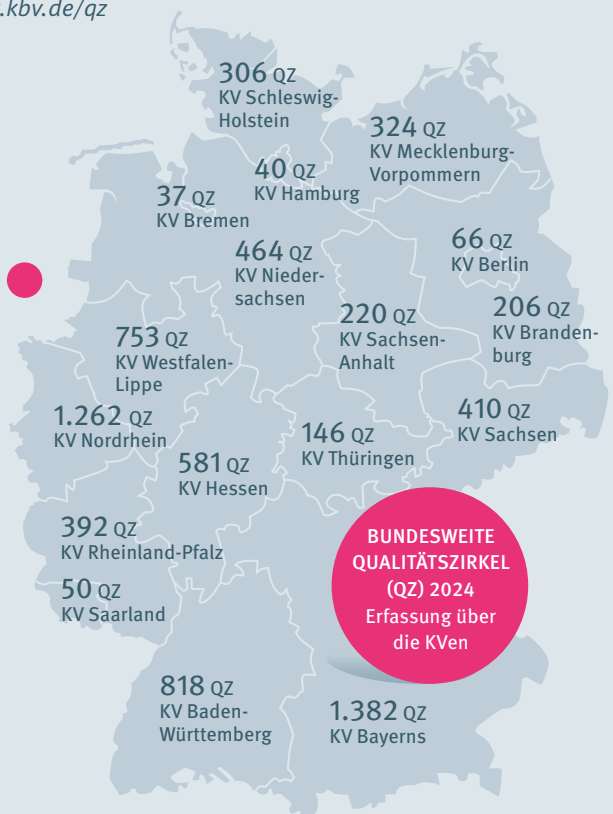
FÖRDERUNG DURCH DIE KVEN

Für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität sind Qualitätszirkel von großer Bedeutung. Sie sind in erster Linie eine freiwillige Initiative der Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, werden aber zunehmend auch als Option in Sonderverträgen, Richtlinien oder Qualitätssicherungsvereinbarungen eingesetzt.

Alle KVen fördern die Zirkelarbeit. Dies reicht von finanzieller Unterstützung 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-Medien.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/qz



› QUALITÄTSMANAGEMENT UND PATIENTENSICHERHEIT

20 JAHRE QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®

QEP – die drei Buchstaben stehen für Qualität und Entwicklung in Praxen. Das ganz auf die ambulante Versorgung zugeschnittene Qualitätsmanagement-Verfahren (QM-Verfahren) hat viele Vorteile: Es ist einfach in der Anwendung, verständlich formuliert und bietet jede Menge praktische Tipps und Unterstützung. Entwickelt wurde QEP 2005 von der KBV und den KVen als Serviceangebot speziell für die Niedergelassenen, zusammen mit einem Team aus Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Praxismitarbeitenden und QM-Experten.



QEP: DIE VORTEILE AUF EINEN BLICK

Praxisorientiert

QEP bietet zu allen praxisrelevanten Themen wie Terminvergabe, Hygiene- und Fehlermanagement Qualitätsziele und konkrete Vorschläge zur Umsetzung.

Einfach anzuwenden

QEP ist modular aufgebaut. Alle Bausteine sind aufeinander abgestimmt, kombinierbar und schrittweise umsetzbar.

Konkrete Umsetzungsvorschläge

QEP unterstützt dabei, Vorgaben aus der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und gesetzliche Verpflichtungen, ob zum Infektionsschutz oder Datenschutz, umzusetzen.

Musterdokumente

QEP bietet individuell anpassbare Musterdokumente für jeden Praxistyp.

Qualität sichtbar machen

Eine QEP-Zertifizierung ist möglich. Mit dem Zertifikat können Praxen ihr Engagement für Qualität und Transparenz nach außen sichtbar machen.

MEISTGENUTZTES QM-VERFAHREN

Nach nunmehr 20 Jahren ist QEP mittlerweile das meistgenutzte QM-Verfahren in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung: Mehr als die Hälfte der Praxen und Medizinischen Versorgungszentren, die spezifische QM-Verfahren nutzen, arbeiten mit QEP.

QEP unterstützt Niedergelassene bei ihren Management- und Führungsaufgaben, insbesondere auch bei der Einhaltung von gesetzlichen Vorgaben. Es kann schrittweise zum Aufbau und zur Weiterentwicklung des praxisinternen Qualitätsmanagements genutzt werden und hilft, Arbeitsabläufe besser zu strukturieren, Verantwortlichkeiten festzulegen und Risiken frühzeitig zu erkennen. Die Patientenversorgung steht dabei stets im Mittelpunkt. Ein weiterer Pluspunkt: QEP lässt sich individuell an die jeweilige Fachrichtung, Praxisgröße und Organisationsform anpassen.

QEP: DIE MATERIALIEN

Der **QEP-Qualitätsziel-Katalog** ist der Basis-Baustein von QEP: Mit ihm lassen sich Vorgaben zum Qualitätsmanagement leicht auf die eigene Praxis übertragen. Denn der Katalog bietet einen guten thematischen Überblick, beschreibt die Qualitätsziele und gibt zahlreiche Anregungen. In fünf Kapiteln werden die Themen Patientenversorgung, Patientenrechte und Patientensicherheit, Mitarbeitende und Fortbildung, Führung und Organisation sowie Qualitätsentwicklung behandelt.

Das **QEP-Manual^{plus}**, der Service-Baustein von QEP, beinhaltet zu allen Kernzielen Anleitungen und praktische Tipps in Form von Umsetzungsvorschlägen. Zusätzlich sind weitere 78 Qualitätsziele mit Erläuterungen enthalten. In dem passwortgeschützten Webportal OnlinePlus werden die individuell anpassbaren Musterdokumente für schriftliche Regelungen, Checklisten, Ablaufbeschreibungen, Formblätter und Pläne sowie Hinweise auf weiterführende Informationsquellen, Literatur und Linkempfehlungen bereitgestellt.

Das **QEP-Manual für Psychotherapeuten** bietet anschauliche Umsetzungsvorschläge rund um die Führung einer psychotherapeutischen Praxis inklusive Musterdokumente auf OnlinePlus.

Mehr Infos unter:

KBV-Themenseite QEP:

➔ www.kbv.de/praxis/tools-und-services/qep

Der QEP-Qualitätsziel-Katalog sowie das QEP-Manual^{plus} sind in einigen Schulungs- und Beratungsangeboten der Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten oder können über den Buchhandel sowie den Deutschen Ärzteverlag bezogen werden:

➔ www.praxisbedarf-aerzteverlag.de/praxismanagement

20

JAHRE QEP QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®



NEUAUSRICHTUNG

2025

2. Auflage
QEP-Manual^{plus} für
Psychotherapeutinnen
und Psychotherapeuten

E-Learning zum
QEP-Einführungsseminar
(Blended Learning)

Erste Visitationen
nach neuem Verfahren

2024

2022

3. Auflage
Qualitätsziel-Katalog,
QEP-Manual^{plus}

Weiterentwicklung
Curriculum

Anerkennung neues
Verfahren durch
Deutsche Akkreditie-
rungsstelle (DAkkS)

2021

Verschiedene
QEP-Schulungsformate,
erste Live-Online-Seminare

2017

QEP-Manual für
Psychotherapeuten

Aktualisierungen
Schulungsmaterial
und Qualifikation
Trainerinnen und Trainer;
rund 36.000 Teilnehmende
in etwa 1.800 Seminaren
bis 2025

QEP-Zertifizierungen
– etwa 2.200
Verfahren bis 2021

BUNDESWEITE
VERBREITUNG

2015

2010

2. Auflage
Qualitätsziel-Katalog,
QEP-Manual

Ausbildung und
Akkreditierung
QEP-Visitorinnen
und -visatoren

ENTWICKLUNG UND
SCHAFFUNG VON
STRUKTUREN

2005

Qualitätsziel-Katalog,
QEP-Manual

Ausbildung und
Lizenzierung QEP-
Trainerinnen und -Trainer

Entwicklung
QEP-Zertifizierungs-
verfahren

QM-PFLICHT
SGB V

2004

Konzeption und
Pilotierung QEP

Entwicklung
QEP-Einführungsseminar

QEP IN ZAHLEN

Etwa die Hälfte aller Praxen und MVZ, die spezifische QM-Verfahren einsetzen, nutzen QEP als Grundlage für ihr internes Qualitätsmanagement.



Optionale Angabe der Stichprobenerhebung 2023, n=1.520 Einrichtungen

In den KVen haben 2024 53 QEP-Seminare stattgefunden, davon 19 QEP-Einführungsseminare. Seit der Einführung von QEP waren es mehr als 1.700 Seminare mit über 35.000 Teilnehmenden – zuzüglich Angebote von Berufsverbänden und Kammern.



Gut 23.000 Abonentinnen und Abonnenten lesen den QEP-Newsletter.



Das QM-Modul in der App KBV2GO wurde bisher über 80.000 Mal heruntergeladen.



Qualifikation von rund 700 Trainerinnen und -Trainern, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für Beratung und Schulung



QEP-Qualitätsziel-Katalog 2005 erstmalig erschienen, Neuauflagen 2010 und 2022



Rund 2.250 QEP-Zertifizierungsverfahren



Mehr Infos unter:

- ➔ www.kbv.de/qep
- ➔ www.kbv.de/praxis/qualitaet/qualitaetsmanagement

ERSTE ZERTIFIZIERUNGEN NACH DEM NEUEN QEP-ZERTIFIZIERUNGSVERFAHREN DURCHGEFÜHRT

Ergänzend zur Einführung und Weiterentwicklung von internem QM bietet QEP die Möglichkeit, im Rahmen einer Zertifizierung die Umsetzung von neutralen Dritten prüfen zu lassen. Das QEP-Zertifizierungsverfahren ist von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAKKS) als Konformitätsbewertungsprogramm gemäß DIN EN ISO/IEC 17065 anerkannt. Nach der Neuausrichtung des QEP-Zertifizierungsverfahrens haben sich erste Praxen der freiwilligen Zertifizierung auf Basis des QEP-Qualitätsziel-Katalogs gestellt.

Weitere Infos sowie der Leitfaden zum QEP-Zertifizierungsverfahren:

- ➔ www.kbv.de/qep > Stichwort „QEP-Zertifizierung“

› QUALITÄTSMANAGEMENT-TOOLS



eZAP
Patientenzufriedenheit

QM-TOOL: PATIENTENBEFRAGUNG eZAP

Patientenbefragungen sind ein wichtiger Bestandteil des QM. Den Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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.

Mehr Infos unter:

➔ <https://befragung.kbv.de/praxis/manage/start.xhtml>

QM IN DER APP KBV2GO! QM2GO

QM2GO in der App KBV2GO! bietet zu verschiedenen QM-Themen einen kurzen Praxistest mit Zielen und Tipps aus der QEP-Version 2022 an. Zur Auswahl stehen verschiedene Themen, zum Beispiel Terminvergabe oder Therapieentscheidung, Leitlinien und EbM, Aufklärung und Einwilligung.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/praxis/tools-und-services/kbv2go-app



QM-TOOL: Mein PraxisCheck

ARZNEIMITTHERAPIESICHERHEIT NEU, HYGIENE AKTUALISIERT

Eine regelmäßige Selbstbewertung ist fester Bestandteil des Qualitätsmanagements in Praxen und MVZ. Das Online-Tool Mein PraxisCheck gibt einen schnellen, orientierenden Überblick darüber, wie gut die eigene Einrichtung in derzeit acht Themenfeldern aufgestellt ist. Das Angebot ist anonym und kostenfrei. Eine individuelle Auswertung steht am Ende jeder Selbstbewertung als PDF-Dokument zum Download bereit. Diese enthält neben hilfreichen Tipps zur Verbesserung des QM eine Grafik, die zeigt, wie die eigene Praxis im Vergleich zu anderen Teilnehmenden abgeschnitten hat.

Im Jahr 2024 kam der PraxisCheck zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit neu hinzu, mit sieben Fragen zu wichtigen Aspekten der Arzneimittel-Verordnung und Arzneimitteltherapiesicherheit, wie zum Beispiel:

- › Werden relevante Besonderheiten der Patienten bei einer Verordnung berücksichtigt?
- › Ist geregelt, wer wann einen Medikationsplan erhält?
- › Können Sie Ihre Patienten noch besser über die richtige Arzneimittelanwendung informieren?
- › Haben Sie Risiken im Umgang mit Verordnungen und Rezeptausstellungen, insbesondere bei eRezepten im Blick?

Außerdem wurden die 19 Fragen des PraxisCheck Hygiene aktualisiert, mit dem ein orientierender Überblick gewonnen werden kann, wie eine Praxis/ ein MVZ im Themenfeld Hygiene aufgestellt ist, zum Beispiel in den Bereichen:

- › Hygieneplan, Reinigungs- und Desinfektionsplan
- › Flächenreinigung und -desinfektion
- › Persönliche Schutzausrüstung
- › Hautschutz und Händehygiene
- › Umgang mit Medizinprodukten
- › Abfallentsorgung
- › Verantwortlichkeiten im Team

Zur Themenauswahl von Mein PraxisCheck:

➔ www.kbv.de/praxischeck

› DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME DMP

Ende des Jahres 2024 waren mehr als 7,5 Millionen Patientinnen und Patienten in Disease-Management-Programme (DMP) für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1, koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Brustkrebs und Osteoporose eingeschrieben. Da Patientinnen und Patienten zum Teil an mehreren DMP teilnehmen können, gab es zum 31. Dezember 2024 insgesamt über 8,9 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Ein großer Teil dieser Einschreibungen, mehr als 4,6 Millionen, erfolgte im DMP Diabetes mellitus Typ 2. Zum 1. Oktober 2023 sind erste Verträge zum DMP Osteoporose in Kraft getreten. Seitdem konnten bereits über 20.000 Patientinnen und Patienten in dieses DMP eingeschrieben werden.

Zu beachten ist bei den Patientenzahlen, dass für die Jahre 2020 und 2021 Ausnahmeregelungen für die Teilnahme an Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie galten. Daher gab es in dieser Zeit aufgrund Nicht-Teilnahme an Schulungen oder fehlender Dokumentation keine Ausschreibung aus dem DMP. Diese künstliche Erhöhung der Zahlen reguliert sich nun nach dem Ende der Ausnahmeregelung zum 31. Dezember 2021. Somit kam es im Folgejahr zu höheren Ausschreibungen von Patientinnen und Patienten.

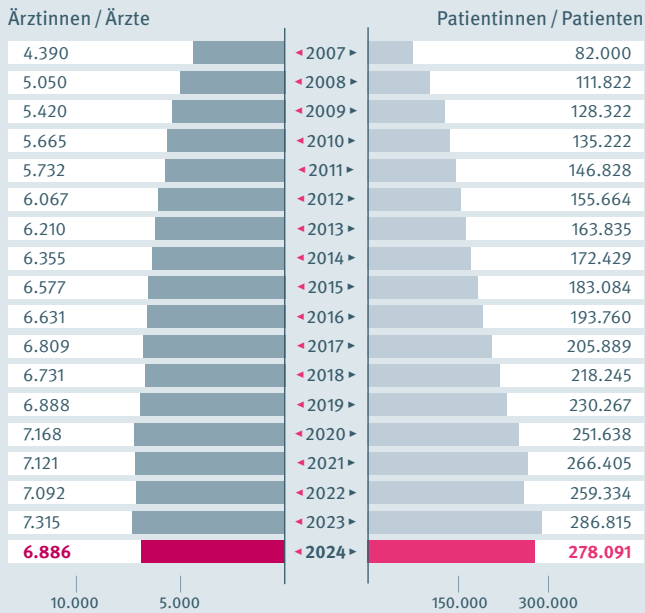
VERTRAGSUMFANG IM DMP

KVen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1																		
Ärzte ^{1), 2)} mit Genehmigung	265	2.700	295	105	21	101	319	58	267	1.071	167	40	155	165	100	74	983	6.886
Patienten ^{1), 3)}	28.761	39.297	11.302	9.520	2.123	7.407	20.876	4.973	31.412	33.089	12.604	2.632	13.700	7.707	12.563	7.180	32.945	278.091
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	6.650	8.397	2.213	1.578	434	932	4.496	1.099	4.869	6.015	2.530	634	2.618	1.158	1.847	1.344	4.763	51.577
Patienten ³⁾	541.210	587.974	186.066	213.003	34.641	75.259	323.737	110.161	433.934	578.332	231.358	64.064	335.192	195.585	132.735	163.938	430.595	4.637.784
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP BRUSTKREBS																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	701	1.851	–	150	50	32	–	145	628	812	254	96	248	143	304	124	804	6.344
Patientinnen ³⁾	12.706	30.143	5.371	6.794	963	618	13.961	4.490	17.533	18.027	5.027	1.205	6.228	4.841	5.697	4.374	22.397	160.375
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	6)	✓	✓	✓	6)	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	6.743	8.511	2.113	1.622	433	950	4.558	1.083	4.965	5.990	2.565	652	2.550	1.169	1.925	1.368	4.922	52.119
Patienten ³⁾	247.882	243.252	79.469	97.396	13.800	24.712	104.132	46.676	188.301	247.415	91.414	29.206	124.681	77.025	61.763	75.919	176.865	1.929.908
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP ASTHMA BRONCHIALE⁴⁾																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	6.912	9.329	1.886	1.154	495	991	4.455	801	5.039	6.166	2.583	645	1.943	1.095	1.871	1.124	5.098	51.587
Patienten ³⁾	118.115	245.826	74.120	64.777	10.314	35.598	59.050	20.192	117.543	128.631	30.361	9.272	86.724	49.181	36.796	41.871	102.002	1.125.364
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)⁴⁾																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	6.314	9.329	1.835	1.141	426	916	4.256	748	4.667	5.637	2.376	616	1.857	1.095	1.746	1.026	4.643	48.628
Patienten ³⁾	73.828	245.826	46.568	36.802	7.178	13.559	35.965	13.579	82.212	108.119	34.860	9.314	32.868	49.181	19.473	25.350	65.476	710.160
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP OSTEOPOROSE																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung					97			176		1.042				374	498		962	3.149
Patienten ³⁾					122			445		13.945				1.015	2.188		2.663	20.378
Vertragspartner: KV – alle Kassen					✓			✓		✓				✓	✓		✓	

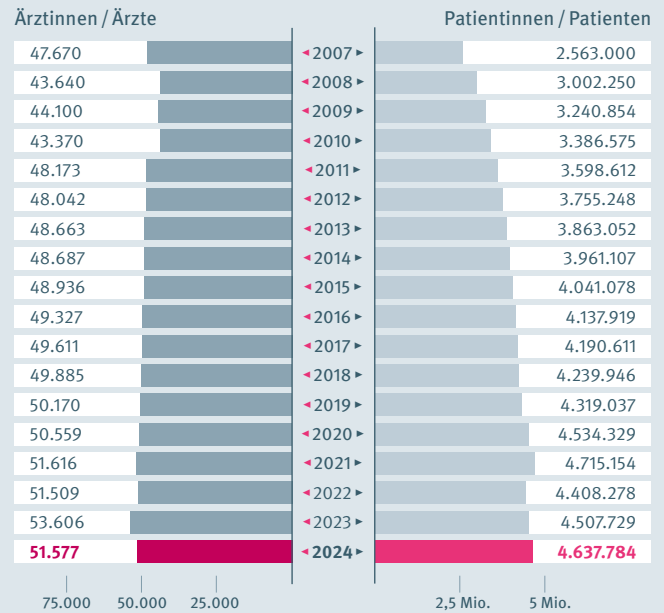
1) Es wurde nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Anzahl der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2024. 3) DMP-Patienten und -Patientinnen gemäß amtlicher Statistik KM 6 (seit 2020 KM7) Teil II des BMG. 4) Anzahl Ärzte und Ärztinnen sowie Patientinnen und Patienten der KVen BY und ST: Keine Unterscheidung der Programme Asthma und COPD. 5) Alle Kassen außer AOK. 6) Kein Vertrag mit KV.

› DMP 2007 BIS 2024 / ÄRZTINNEN UND ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG UND EINGESCHRIEBENE PATIENTINNEN UND PATIENTEN

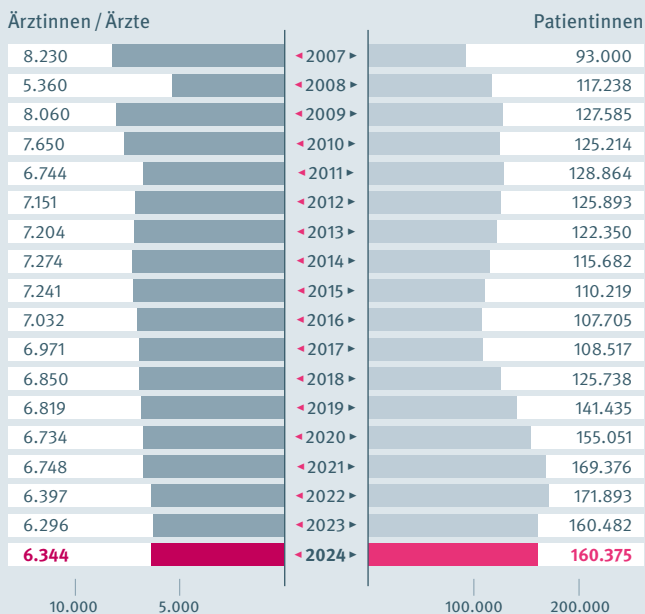
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



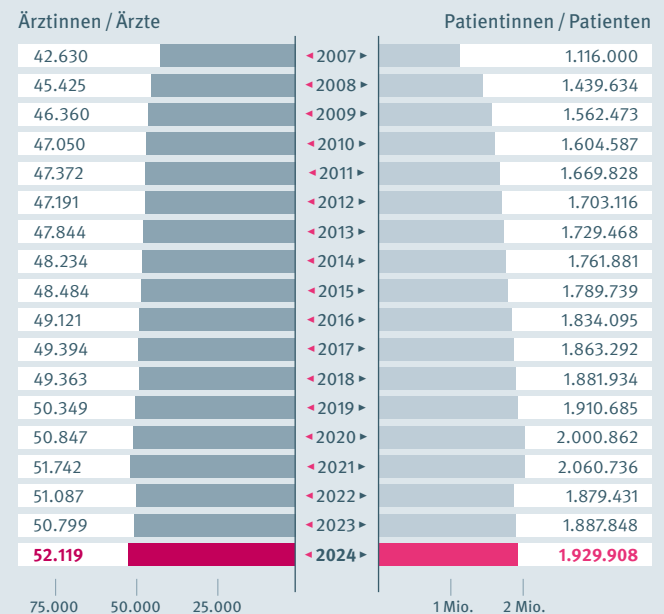
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



DMP BRUSTKREBS

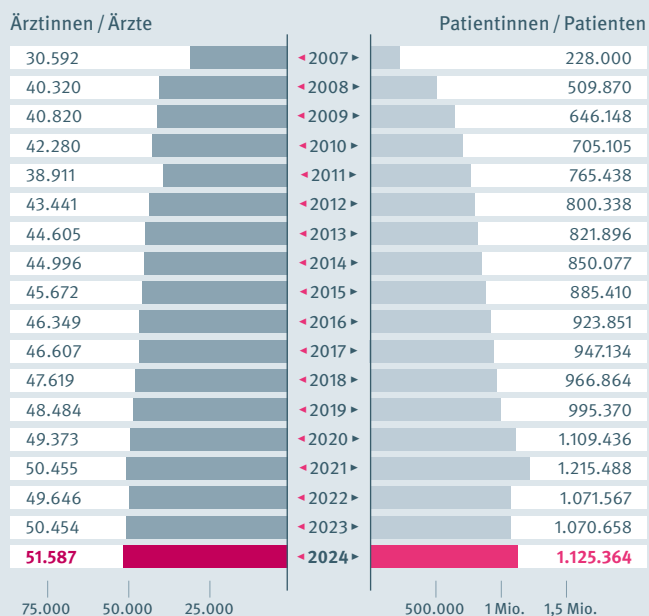


DMP KHK

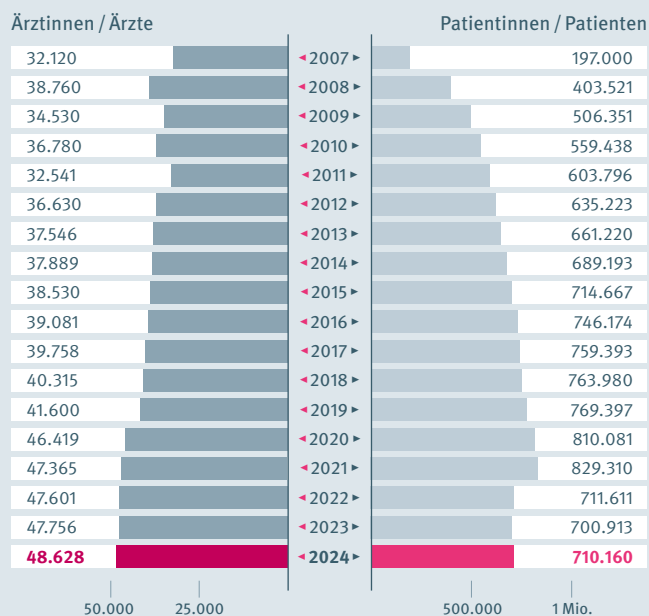


Hinweis: Für die Jahre 2020 und 2021 galten Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie.

DMP ASTHMA



DMP COPD



Hinweis: Für die Jahre 2020 und 2021 galten Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie.

› DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Seit 2003 wird das erste Disease Management Programm (DMP) zu Diabetes mellitus Typ 2 (DMP DM2) in den Praxen erfolgreich umgesetzt. Bereits vier Mal hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seitdem die Empfehlungen im Hinblick auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse aktualisiert. Das DMP DM2 stellt mit 4.637.784 Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Jahr 2024 das größte DMP dar.

Ziele dieses DMP sind die Reduktion der Sterblichkeit und die Steigerung der Lebensqualität. Dies soll durch die Vermeidung von Symptomen der Erkrankung einschließlich der Vermeidung von Hypoglykämien oder schwere hyperglykämischen Stoffwechsellentgleisungen erreicht werden. Weiterhin soll durch eine strukturierte, leitliniengerechte Behandlung das erhöhte Risiko für eine kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität gesenkt und diabetesbedingte Folgeschäden an den Füßen, Augen und Nieren vermieden werden.

Zur Erreichung der Therapieziele sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine leitliniengerechte Therapie erhalten. Diese beinhaltet Maßnahmen zur Lebensstilanpassung, zum Rauchverzicht, antiglykämische Therapie, antihypertensive Therapie bei arterieller Hypertonie sowie unter anderem regelmäßige Untersuchungen der Füße, Augen und Nieren.

Für die wichtigsten Empfehlungen werden Qualitätsziele des DMP abgeleitet. Für die meisten Qualitätsziele legt der G-BA einen anzustrebenden Zielwert fest, der den Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschreibt, die das jeweilige Qualitätsziel erreichen sollten.



QUALITÄTSZIELERREICHUNG NACH AKTUALISIERUNG

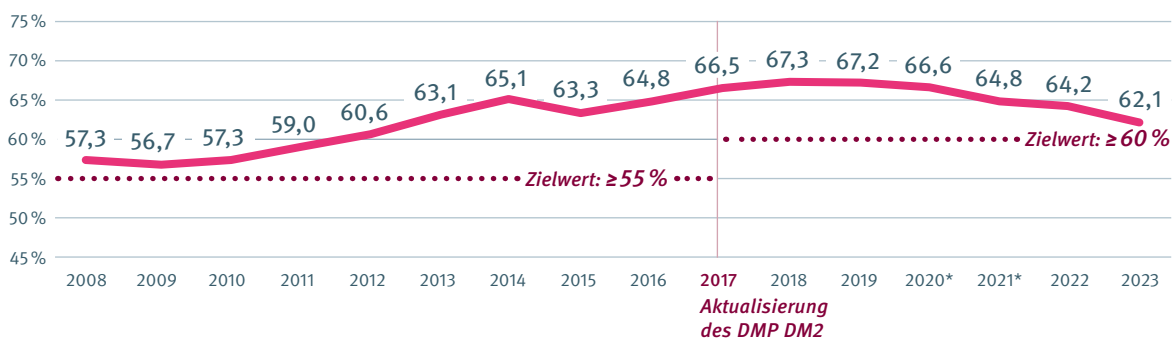
Im Folgenden werden die Ergebnisse zu ausgewählten Qualitätszielen des DMP DM2 über den Zeitverlauf der Jahre 2007 beziehungsweise 2017 bis 2023 dargestellt. Obwohl das DMP DM2 bereits seit 2003 in den Praxen umgesetzt wird, stehen der KBV Daten zur Qualitätszielerreichung erst ab den Jahren 2007/2008 zur Verfügung. In den Jahren 2008 und 2017 wurden mehrere Qualitätsziele neu aufgenommen oder angepasst.

Bei den Ergebnissen der Qualitätsziele für die Jahre 2020, 2021 und 2022 ist zu beachten, dass ein Einfluss durch mögliche Effekte der Corona-Pandemie auf die Qualitätszielerreichung nicht ausgeschlossen werden kann.

QUALITÄTSZIEL > INDIVIDUELL VEREINBARER HbA1c-WERT ERREICHT

Im ersten Erfassungsjahr 2008 erreichten 57,3% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer den individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert. In den folgenden Jahren stieg der Anteil langsam an. Die Ergebnisse des Qualitätsziels liegen dauerhaft über dem geforderten Zielwert, auch nachdem der Zielwert im Jahr 2017 von 55% auf 60% angehoben wurde. Die beste Quote konnte im Jahr 2018 mit 67,3% erreicht werden. In den folgenden Jahren sank der Anteil bis 2023 geringfügig ab, lag aber weiterhin über dem geforderten Zielwert.

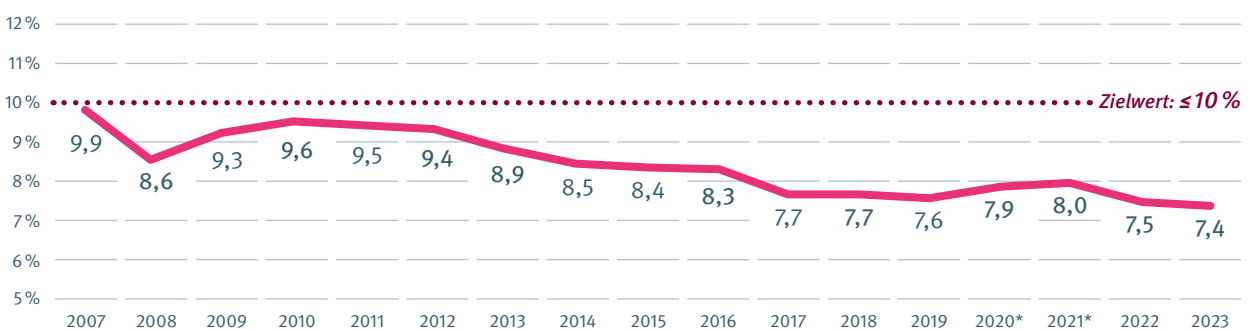
ABBILDUNG 01: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird



QUALITÄTSZIEL > VERMEIDUNG EINES HbA1c-WERTS GRÖßER ALS 8,5%

Möglichst wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen einen HbA1c-Wert von größer 8,5% aufweisen. Im ersten Erfassungsjahr 2007 wurde bei 9,9% ein HbA1c-Wert größer 8,5% festgestellt. Seit 2008 liegt dieser Wert dauerhaft unter dem maximal angestrebten Zielwert von 10%. In den folgenden Jahren sank der Anteil stetig ab, sodass im Jahr 2023 mit 7,4% der niedrigste Anteil verzeichnet werden konnte.

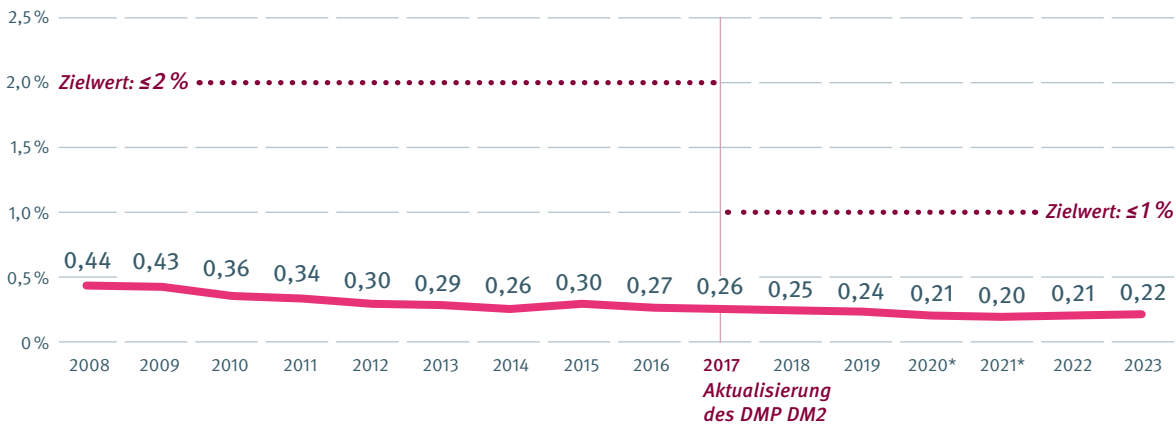
ABBILDUNG 02: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69 mmol/mol)



QUALITÄTSZIEL > VERMEIDUNG NOTFALLMÄßIGER STATIONÄRER BEHANDLUNG WEGEN DIABETES MELLITUS TYP 2

Die Ergebnisse des Qualitätsziels zur Vermeidung von notfallmäßigen stationären Behandlungen wegen Diabetes mellitus Typ 2 liegen dauerhaft unter dem maximal angestrebten Zielwert und werden seit der Ersterfassung sehr gut erreicht. Bei nur 0,44 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde im ersten Erfassungsjahr 2008 eine notfallmäßige stationäre Behandlung dokumentiert. In den folgenden Jahren sank der Anteil bis 2021 stetig.

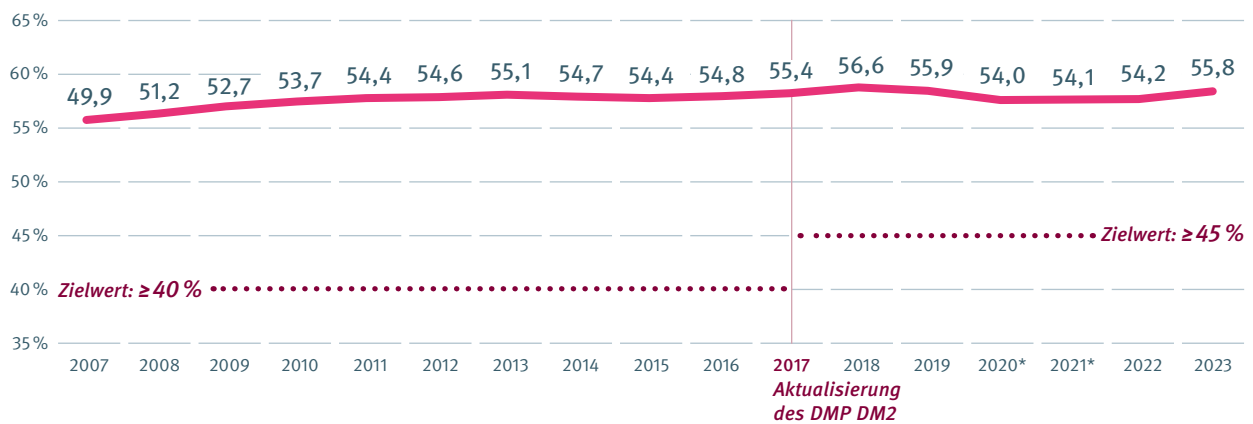
ABBILDUNG 03: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus Tp 2 in den letzten sechs Monaten



QUALITÄTSZIEL > BLUTDRUCK UNTER 140/90 mmHg

Im ersten Erfassungsjahr 2007 hatten 49,9 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit arterieller Hypertonie einen Blutdruck unter 140/90 mmHg, der Anteil stieg bis 2018 auf 56,6 % an. In den Jahren 2020 bis 2022 sank der Anteil leicht auf 54,0 % ab und erreichte in 2023 wieder ein höheres Niveau. Der Zielwert für dieses Qualitätsziel wurde auch nach der Anhebung im Rahmen der Aktualisierung im Jahr 2017 von 40 auf 45 % über den gesamten Zeitraum durchgehend erreicht.

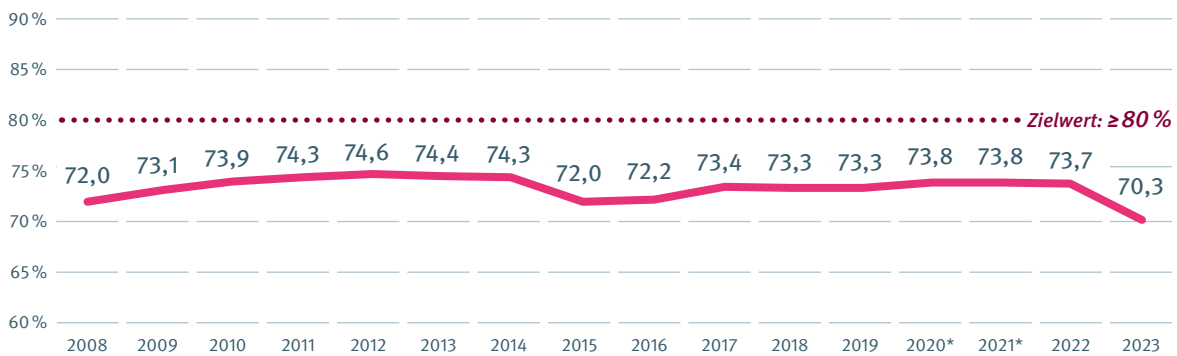
ABBILDUNG 04: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Blutdruck unter 140/90 mmHg bei bekannter arterieller Hypertonie



QUALITÄTSZIEL > THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER (TAH) ZUR SEKUNDÄRPRÄVENTION

Die Ergebnisse zur Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers (TAH) zur Sekundärprävention bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Makroangiopathien im DMP DM2 zeigen eine durchgehend stabile Quote. Im ersten Erfassungsjahr 2008 erhielten 72,0% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Therapie mit TAH. In den folgenden Jahren stieg der Anteil leicht an, bleibt jedoch unter dem für dieses Qualitätsziel anzustrebenden Zielwert von 80%.

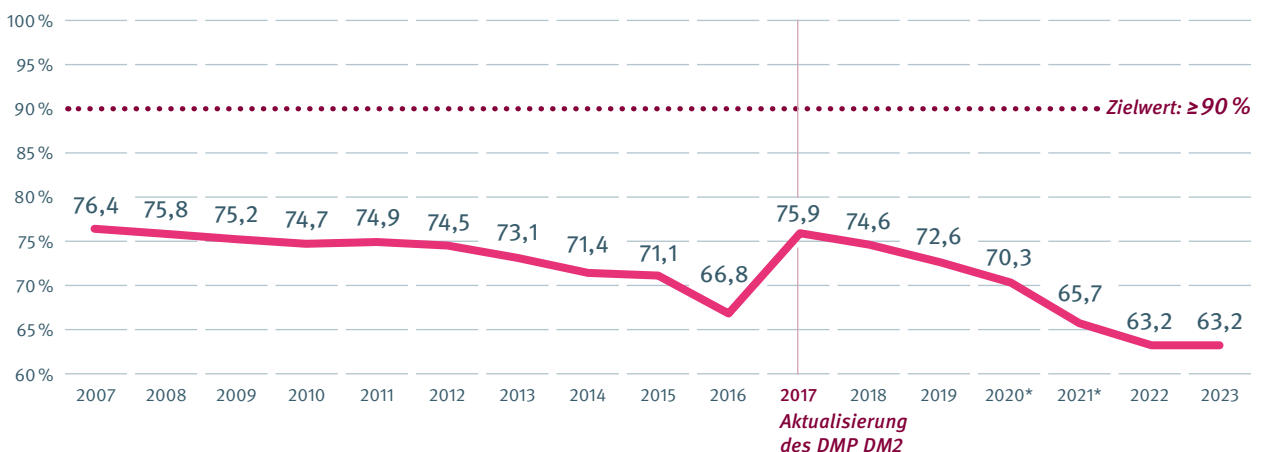
ABBILDUNG 05: Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation und ohne Antikoagulation mit AVK, KHK oder Schlaganfall, die einen Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) erhalten



QUALITÄTSZIEL > REGELMÄßIGE AUGENÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

Im ersten Erfassungsjahr 2007 wurde bei 76,4% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine augenärztliche Kontrolluntersuchung innerhalb der letzten zwölf Monate durchgeführt. Im Jahr 2016 sank der Anteil auf 66,8% ab. Durch die aktualisierten Anforderungen 2017 wurde der Referenzzeitraum, in dem eine Untersuchung der Augen stattfinden soll, von zwölf Monaten auf 24 Monate erweitert. Der Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer augenärztlichen Kontrolluntersuchung innerhalb der letzten 24 Monate stieg 2017 auf 75,9% an. In den folgenden Jahren sank der Anteil wieder, so dass 2023 der geringste Anteil mit 63,2% erreicht wurde. Das Qualitätsziel erreicht nicht den anzustrebenden Zielwert von mindestens 90%.

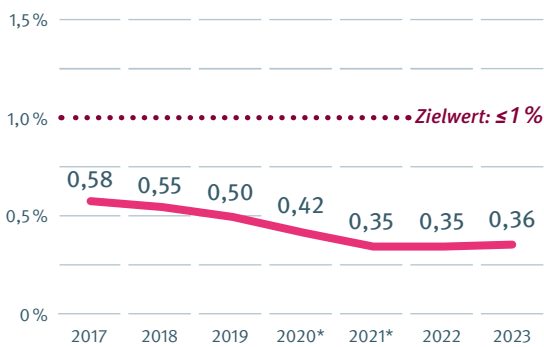
ABBILDUNG 06: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die in den letzten 24 Monaten (bis 2016 12 Monate) augenärztlich untersucht wurden



QUALITÄTSZIEL > VERMEIDUNG SCHWERER HYPOGLYKÄMISCHER STOFFWECHSELENTGLEISUNG

Die Ergebnisse des Qualitätsziels zur Vermeidung von schweren hypoglykämischen Stoffwechsellösungen in den letzten zwölf Monaten liegen dauerhaft unter dem maximal angestrebten Zielwert von 1%. Im ersten Erfassungsjahr 2017 wurde bei nur 0,58% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine schwere Hypoglykämie dokumentiert. In den folgenden Jahren sank der Anteil stetig und ist seit 2021 stabil niedrig.

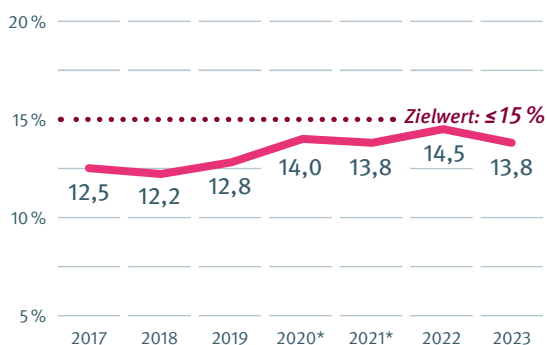
ABBILDUNG 07: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten



QUALITÄTSZIEL > VERMEIDUNG EINES SYSTOLISCHEN BLUTDRUCKS GRÖßER ALS 150 mmHg

Dieses Qualitätsziel wurde im Jahr 2017 erstmalig erfasst. Die Ergebnisse des Qualitätsziels zur Vermeidung eines systolischen Blutdrucks von mehr als 150 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer arteriellen Hypertonie bleiben stabil unter dem maximal angestrebten Zielwert von 15%. Im ersten Erfassungsjahr 2017 wurde bei 12,5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein systolischer Blutdruck von mehr als 150 mmHg festgestellt. In den folgenden Jahren stieg dieser Anteil leicht auf 14% und blieb stabil.

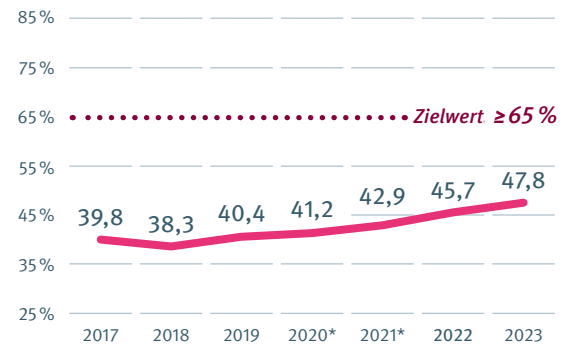
ABBILDUNG 08: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie, deren systolischer Blutdruck größer als 150 mmHg war



QUALITÄTSZIEL > (MIT-)BEHANDLUNG IN EINER FÜR DAS DIABETISCHE FUßSYNDROM QUALIFIZIERTEN EINRICHTUNG

In dieses Qualitätsziel werden nur die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem diabetischem Fußsyndrom einbezogen, bei denen entweder ein oberflächliches Ulkus und gleichzeitig ein auffälliger Pulsstatus oder ein tiefes Ulkus dokumentiert wurde. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen ein tiefes Ulkus dokumentiert wurde, werden unabhängig von dem Vorliegen einer (Wund-)Infektion oder einem auffälligen Pulsstatus einbezogen. Ausgewertet wird, ob bei diesen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine (Mit-)Behandlung in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung erfolgt oder veranlasst wurde. Im ersten Erfassungsjahr 2017 lag der Anteil bei 39,8% und stieg in den folgenden Jahren stetig auf 47,8% im Jahr 2023 an, lag aber durchgängig unter dem geforderten Zielwert von 65%.

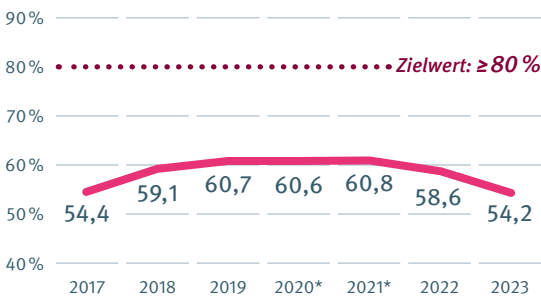
ABBILDUNG 09: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung / Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung stattfand



QUALITÄTSZIEL > ANGEMESSENE INTERVALLE FÜR KÜNFTIGE FUßINSPEKTIONEN

In dieses Qualitätsziel werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen, bei denen ein auffälliger Befund bei der Sensibilitätsprüfung dokumentiert wurde. In Abhängigkeit der weiteren vorliegenden Befunde zum Fußstatus müssen angemessene Intervalle für die künftigen Fußinspektionen festgelegt werden. Diese Intervalle können jährlich, alle sechs Monate sowie alle drei Monate oder häufiger betragen. Im ersten Erfassungsjahr 2017 wurde bei 54,4 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Neuropathie ein angemessenes Intervall für künftige Fußinspektionen festgelegt. Dieser Anteil stieg von 2019 bis 2021 auf 60,8 % an und sank zuletzt 2023 wieder auf 54,2%. Die Ergebnisse zur Festlegung angemessener Intervalle für künftige Fußinspektionen erreichen nicht den für dieses Qualitätsziel anzustrebenden Zielwert von mindestens 80 %.

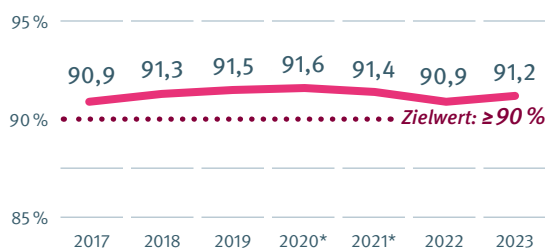
ABBILDUNG 10: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Neuropathie, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden



QUALITÄTSZIEL > JÄHRLICHE ÜBERPRÜFUNG DER NIERENFUNKTION

Die Ergebnisse des Qualitätszieles der regelmäßigen Überprüfung der Nierenfunktion bleiben seit der ersten Erfassung 2017 stabil bei 91% und liegen dauerhaft über dem angestrebten Zielwert von 90 %.

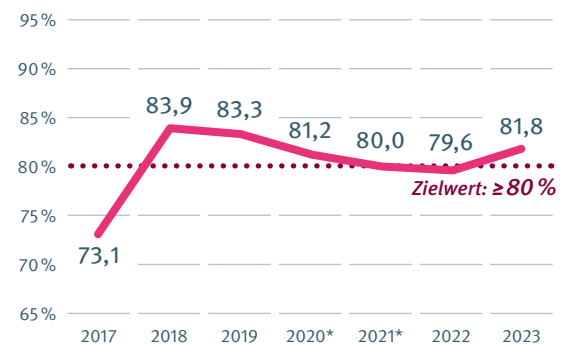
ABBILDUNG 11: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR)



QUALITÄTSZIEL > JÄHRLICHE UNTERSUCHUNG DES FUßSTATUS

Im ersten Erfassungsjahr 2017 lag der Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen mindestens einmal jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde, bei 73,1%. Im Jahr 2018 steigt der Anteil auf 83,9% an und bleibt seitdem stabil über dem für dieses Qualitätsziel anzustrebenden Zielwert von 80 %.

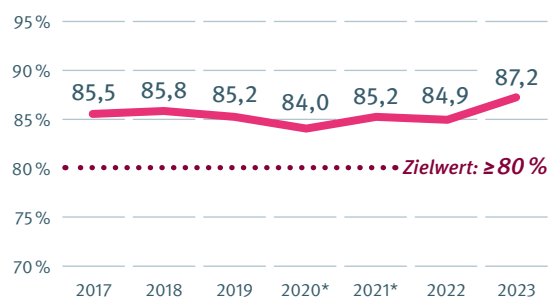
ABBILDUNG 12: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mindestens ein Mal jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben



QUALITÄTSZIEL > UNTERSUCHUNG DES PULSSTATUS BEI ULKUS

Im ersten Erfassungsjahr 2017 wurde bei 85,5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Ulkus der Pulsstatus untersucht, dieser Wert steigt auf 87,2% im Jahr 2023 an. Die Ergebnisse zeigen eine durchgehend stabile Zielwerterreichung über dem für dieses Qualitätsziel anzustrebenden Zielwert von 80 %.

ABBILDUNG 13: Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde



Quellenangabe aller DMP DM2 Grafiken: GE-Berichte aus 16 KVen.
*) Ausnahmeregelung für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie

➤ MAMMOGRAPHIE-SCREENING-PROGRAMM

PROGRAMMVERANTWORTLICHE ÄRZTE/ÄRZTINNEN

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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), 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); arbeitstägliche Konstanzprüfung und Abgleich der ermittelten Werte durch das zuständige Referenzzentrum

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: obligate Praxisbegehung im Rahmen der Genehmigungserteilung 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

1.191 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN
MIT GENEHMIGUNG IM JAHR 2024

§ RECHTSGRUNDLAGEN:

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: 01.07.2024

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: 16.01.2026

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

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

BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

RÜCKMELDESISTEME / 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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

KVen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
									3)	3)								3)
<input checked="" type="checkbox"/> GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2024																		
Screeningeinheiten ¹⁾	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	12	96
Programmverantwortliche Ärzte ²⁾	22	25	10	10	4	4	12	7	17	21	8	2	13	8	8	4	25	200
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	15	16	7	10	2	3	7	5	9	13	5	2	8	2	7	4	11	126
kooperierende Ärzte	177	160	45	24	24	16	67	26	186	141	58	12	70	30	31	34	172	1.273
Befundung von Mammographieaufnahmen	82	86	25	13	8	11	41	13	86	64	27	10	38	15	21	24	82	646
histopathologische Beurteilung	24	37	6	11	4	5	15	6	34	23	10	2	13	11	10	5	17	233
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	12	13	2	0	5	0	11	2	19	14	4	3	9	2	0	1	15	112
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	12	6	2	0	4	0	11	2	18	14	4	3	6	2	0	4	15	103

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: kooperierende Ärzte einschließlich Krankenhausärzte.

03

AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG VON A BIS Z

- › Abklärungskolposkopie
- › Akupunktur
- › Ambulantes Operieren
- › Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Arthroskopie
- › Balneophototherapie
- › Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung
- › Blutreinigungsverfahren / Dialyse
- › Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen
- › Histopathologie Hautkrebs-Screening
- › HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
- › Hörgeräteversorgung
- › Hörgeräteversorgung – Kinder
- › Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom
- › Interventionelle Radiologie
- › Intravitreale Medikamenteneingabe
- › Invasive Kardiologie
- › Kapselendoskopie – Dünndarm
- › Koloskopie
- › Langzeit-EKG-Untersuchungen
- › Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
- › Liposuktion bei Lipödem im Stadium III
- › Magnetresonanztomographie
- › Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie
- › Mammographie (kurativ)
- › Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)
- › Molekulargenetik
- › Neuropsychologische Diagnostik und Therapie
- › Onkologie
- › Otoakustische Emissionen
- › 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 bei Harnsteinen
- › Strahlendiagnostik / -therapie
 - Konventionelle Röntgendiagnostik
 - Computertomographie
 - Osteodensitometrie
 - Strahlentherapie
 - Nuklearmedizin
- › Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
- › Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
- › Ultraschalldiagnostik
- › Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

BUNDESWEIT
GELTENDE
QUALITÄTSSICHERUNGS-
VEREINBARUNGEN UND
-RICHTLINIEN

ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

✓ 1.048 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 Abklärungskolposkopien mit definierten Merkmalen
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Nachweis einer Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: jährlich mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen (mindestens zweimal pro Halbjahr), alternativ themenbezogene Fortbildungspunkte (zehn Punkte in zwei Jahren)
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags



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

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



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 31.12.2023	121	113	58	25	5	54	89	22	90	96	39	21	45	33	43	17	102	973
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	132	135	62	31	7	56	91	25	90	106	45	20	45	34	45	21	103	1.048
abrechnende Ärzte	121	133	62	31	6	56	91	25	86	100	40	19	45	33	44	18	97	1.007
beschiedene Anträge ²⁾	18	21	9	3	2	8	19	4	19	11	16	1	2	1	2	4	14	154
– davon Genehmigungen (§ 8 Abs. 3)	18	18	9	3	2	8	17	4	19	11	15	1	2	1	2	4	10	144
– davon Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	10
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 4 (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

⚡ **GENEHMIGTE GERÄTESYSTEME**

im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	14	15	7	3	3	0	13	4	4	11	8	1	13	27	2	5	9	139
– davon analog	3	3	0	1	1		1	2	2	3	1	0	1	13	0	1	0	32
– davon digital	5	6	3	2	1		5	1	1	5	4	1	2	9	2	2	5	54
– davon Kombisysteme	6	6	4	0	1		7	1	1	3	3	0	10	5	0	2	4	53

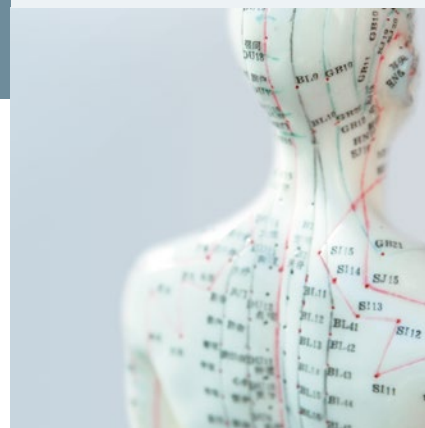
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Davon 6 Erstanträge. ⁴⁾ Davon 9 Erstgenehmigungen.

AKUPUNKTUR

✓	7.467	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	420	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	6.047	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📅	4.860	NACHWEISE FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG



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



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.181	1.166	587	168	72	122	591	99	562	1.087	313	118	297	140	201	108	964	7.776
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	1.114	1.089	569	165	67	116	601	99	551	1.045	303	111	287	126	184	99	941	7.467
beschiedene Anträge ²⁾	25	59	22	7	3	8	54	7	32	20	15	5	6	0	5	1	67	336
– davon Genehmigungen	25	58	22	7	3	8	54	7	32	20	15	5	6		3	1	64	330
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2	0	3	6
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	26	56	0	0	0	0	20	0	0	8	0	1	0	0	5	2	2	120
– davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	0	0					0			0		0			0	0	2	2
– aus sonstigen Gründen	26	56					20			8		1			5	2	0	118
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	19	12	40	10	8	14	k.A.	0	42	53	46	9	16	24	15	9	94	411

› Fortsetzung nächste Seite

AKUPUNKTUR

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)

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	850	1.024	476	159	67	92	480	89	470	890	262	109	247	112	163	86	932	6.508
abrechnende Ärzte geprüft, in %	6,1	10,4	6,7	0,0	6,0	5,4	5,2	5,6	7,4	3,0	6,1	5,5	9,3	10,7	6,1	5,8	4,6	6,2
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	13	56	14		0	0	7	3	25	13	13	1	7	1	10	3	8	174
– davon bestanden	13	56	14				6	3	23	13	13	1	7	1	9	2	6	167
– davon nicht bestanden	0	0	0				1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	2	7
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	1	0	1		0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	8
– davon bestanden	0		0					1	1							2	2	6
– davon nicht bestanden	1		1					0	0							0	0	2
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden – Ärzte	39	50	18		4	5	18	2	10	14	3	5	11	6	0	2	35	222
– davon bestanden	36	50	16		2	4	15	2	10	13	2	5	10	4		2	28	199
– davon nicht bestanden	3	0	2		2	1	3	0	0	1	1	0	1	2		0	7	23
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	4	0	2		0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	4	16
– davon bestanden	0		1				1	1	1	1			2				4	11
– davon nicht bestanden	4		1				0	0	0	0			0				0	5
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen – normale Fälle	684	785	336		48	34	300	85	300	136	280	74	196	84	108	56	468	3.974
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	4	6	10		7	0	36	0	26	0	3	5	12	24	12	6	59	210
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1	6	10		1		12		14		3	5	0	0	12	3	1	68
– davon nicht nachvollziehbar	3	0	0		1		10		0		0	0	12	0	0	1	28	55
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar	0	0	0		5		14		12		0	0	0	24	0	2	30	87
geprüfte Dokumentationen – Ausnahmefälle	437	571	199		30	46	87	39	35	56	59	40	101	65	0	8	300	2.073
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	35	4	1		18	21	21	0	6	1	7	0	2	13	0	1	35	165
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0	3	0		0	12	16		6	0	1		0	0		1	0	39
– davon nicht nachvollziehbar begründet	0	1	1		18	9	5		0	0	0		2	0		0	24	60
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	35	0	0		0	0	0		0	1	6		0	13		0	11	66

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 Abs. 2

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	980	1.003	334	140	62	113	449	99	407	27	284	110	272	99	163	89	49	4.680
--	-----	-------	-----	-----	----	-----	-----	----	-----	----	-----	-----	-----	----	-----	----	----	-------

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) Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen, da Fortbildungsverpflichtung nicht erfüllt wurde. 5) Davon 19 Erstanträge. 6) Fortbildungsverpflichtung zzgl. 433 freiwillig eingereichter Nachweise. 7) Davon 8 Erstgenehmigungen. 8) Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen; zzgl. 8 Genehmigungsverzichte. 9) Davon 2 Umschreibungen.

AMBULANTES OPERIEREN

✓ 33.726 **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



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; 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)										
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	4.829	5.692	2.359	890	434	1.159	2.479	472	3.245	3.247	1.382	496	1.073	751	1.157	645	3.378	33.688	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	4.820	5.448	2.252	880	439	1.337	2.544	475	3.046	3.321	1.374	479	1.303	783	1.204	674	3.347	33.726	
beschiedene Anträge ²⁾	472	1.271	171	89	80	195	518	36	446	270	202	29	166	72	169	79	695	4.960	
– davon Genehmigungen	469	1.237	132	89	80	195	518	34	445	270	202	29	166	72	169	79	686	4.872	
– davon Ablehnungen	3	34	39	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	9	88	
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	7	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	
– davon ohne Beanstandungen			7					14										21	
– davon mit Beanstandungen			0					1										1	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	8	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	5	9	180	99	75	139	k.A.	33	213	96	210	8	1	40	122	44	505	1.779	

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⁾ Genehmigungen werden praxisbezogen erteilt. ⁵⁾ Korrektur der Genehmigungsinhaber zum Vorjahr.

› APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

✓ 1.370 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



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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: Indikationsstellung für jeden Einzelfall 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	145	132	55	74	22	45	60	46	175	167	78	23	60	57	62	42	129	1.372
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	145	133	53	71	22	48	51	46	172	179	80	23	63	57	59	43	125	1.370
beschiedene Anträge ²⁾	8	14	5	5	2	4	11	6	20	17	16	2	6	1	7	3	20	147
– davon Genehmigungen	7	14	5	5	2	4	10	6	20	17	16	2	6	1	7	3	19	144
– davon Ablehnungen	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
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	7	8	2	4	k.A.	5	6	5	14	2	3	3	10	1	14	84

INDIKATIONEN

LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG

Erstanträge	1	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	11
– davon angenommen	0	2		4										2			0	8
– davon abgelehnt	1	0		1										0			1	3
Folgeanträge	7	13	11	14	1	4	5	1	6	17	13	1	13	11	1	1	8	127
– davon angenommen	7	13	11	14	1	4	5	1	6	17	13	1	13	11	1	1	7	126
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE

Erstanträge	2	22	9	15	1	0	1	6	5	37	0	2	6	10	4	4	50	174
– davon angenommen	2	21	8	10	1		1	6	5	36		1	2	9	4	4	26	136
– davon abgelehnt	0	1	1	5	0		0	0	0	1		1	4	1	0	0	24	38
Folgeanträge	24	110	41	127	4	10	46	89	64	565	20	6	110	152	29	32	156	1.585
– davon angenommen	24	110	41	127	3	10	46	89	64	565	20	6	110	151	28	30	155	1.579
– davon abgelehnt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	6

LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER Lp(a)-ERHÖHUNG

Erstanträge	7	50	23	28	6	20	18	7	94	1	8	6	25	4	16	13	44	370
– davon angenommen	7	49	14	23	5	18	13	6	74	1	5	5	14	4	14	10	21	283
– davon abgelehnt	0	1	9	5	1	2	5	1	20	0	3	1	11	0	2	3	23	87
Folgeanträge	59	415	130	91	56	61	76	86	910	20	93	61	235	32	78	109	175	2.687
– davon angenommen	59	415	130	89	39	61	76	86	903	20	93	61	235	32	78	109	169	2.655
– davon abgelehnt	0	0	0	2	17	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	6	32

IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS

Erstanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon angenommen									0									0
– davon abgelehnt									1									1
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.

ARTHROSKOPIE

- ✓ 4.098 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 146 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 1.752 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben



Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (**Arthroskopievereinbarung**), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1994, Neufassung: seit 01.10.2024

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

- GENEHMIGUNGSERTEILUNG:** 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 am Knie- und Schultergelenk
- 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	4)										5)							
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	603	935	213	80	47	77	355	60	340	412	199	101	178	67	125	82	281	4.155
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	607	928	212	76	45	68	359	55	340	415	183	93	176	71	127	81	262	4.098
beschiedene Anträge ²⁾	33	91	10	7	4	18	60	2	47	22	29	7	10	6	17	3	28	394
– davon Genehmigungen	33	79	10	7	4	18	60	2	47	22	29	7	10	5	17	3	28	381
– davon Ablehnungen	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	13
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	19	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	21
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	11	11	6	12	k.A.	7	33	19	45	2	12	1	15	6	46	228

› Fortsetzung nächste Seite

› ARTHROSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																		
Prüfumfang																		
abrechnende Ärzte	334	570	109	56	23	44	224	36	216	240	94	41	103	36	82	46	91	2.345
geprüfte Ärzte	14	23	5	6	5	5	12	4	9	18	13	5	8	2	5	3	9	146
– davon Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	0	2	3	6	5	3	1	3	8	5	4	5	6	0	3	0	3	57
– davon anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 i. V. m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)	14	21	2	0	0	2	8	0	4	12	5	0	2	2	2	3	6	83
– davon anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 (ausgenommen § 7 QBA-RL)	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	10
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in % (einschließlich Anlass erstmalige Genehmigung)	4,2	4,0	4,6	10,7	21,7	11,4	4,0	8,3	5,6	7,1	9,6	12,2	7,8	5,6	6,1	6,5	9,9	6,0
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen		1	2	6	2	2	1	2	3	4	1	5	6		2		2	39
– geringe Beanstandungen		0	1	0	2	1	0	1	4	1	0	0	0		1		1	12
– erhebliche Beanstandungen		1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0		0		0	3
– schwerwiegende Beanstandungen		0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0		0		0	2
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 i. V. m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)																		
– keine Beanstandungen	6	9	1			2	4		2	9	1		1	2	2	1	4	44
– geringe Beanstandungen	5	0	0			0	2		2	2	1		0	0	0	0	1	13
– erhebliche Beanstandungen	1	5	0			0	1		0	1	2		1	0	0	0	0	11
– schwerwiegende Beanstandungen	2	7	1			0	1		0	0	1		0	0	0	2	1	15
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 (ohne § 7 QBA-RL)																		
– keine Beanstandungen							1	0	0	1	1							3
– geringe Beanstandungen							1	0	0	0	1							2
– erhebliche Beanstandungen							1	1	0	0	0							2
– schwerwiegende Beanstandungen							0	0	1	0	2							3
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	8		1		2	1	6	1	3	4	8		1		1	2	3	41
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen/aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	1		0		0	0	3	1	2	1	7		0		0	2	0	17
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		1		0	0	3	0	0	0	0		0		0	0	0	4
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel			1				3											4
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen			0				0											0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	12	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	15
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel							1											1
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen							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) 19 Genehmigungswiderrufe aufgrund nicht durchgeführter Stichprobenprüfungen. 5) Korrektur der Genehmigungsinhaber zum Vorjahr.

BALNEOPHOTOTHERAPIE

✓ 873 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

⚡ 289 PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE



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



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 Nachweis 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: Dokumentationsprüfung 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

✓ GENEHMIGUNGEN	4)										5)							
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	106	123	25	16	20	29	41	5	111	106	51	14	51	12	31	17	134	892
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	100	126	24	16	17	27	41	5	107	108	45	13	50	12	31	15	136	873
abrechnende Ärzte	79	82	15	15	17	17	32	2	87	89	33	7	35	11	31	9	112	673
beschiedene Anträge ²⁾	11	21	1	0	2	0	8	0	4	6	4	0	2	0	2	0	16	77
– davon Genehmigungen	11	19	1		2		8		4	6	4		2		2		14	73
– davon Ablehnungen	0	2	0		0		0		0	0	0		0		0		2	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	5	2	2	0	5	0	k.A.	0	4	4	10	1	3	0	2	3	16	57

⚡ PRÜFUNGEN WARTUNGSNACHWEISE § 8																		
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	19	17	6	4	4	13	8	5	24	21	9	13	10	3	6	4	113	279
– davon Nachweise erbracht	17	17	5	4	4	11	8	5	24	15	8	13	10	3	6	4	113	267
– davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	2	0	1	0	0	2	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	12
nochmalige Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	10
– davon Nachweise erbracht	2		1							4	1							8
– davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0		0							2	0							2
Ärzte mit Genehmigung geprüft, in %, (soll 20%)	17,9	13,8	24,0	25,0	20,0	44,8	19,5	100,0	21,6	19,8	17,6	92,9	19,6	25,0	19,4	23,5	84,3	31,3

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 Erstantrag. ⁵⁾ Davon 2 Erstgenehmigungen.

» BESONDERS QUALIFIZIERTE UND KOORDINIERTE PALLIATIV-MEDIZINISCHE VERSORGUNG

✓ 4.735 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

📄 3.580 NACHWEISE FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

§

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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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)

4)

4)

5)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	544	483	100	145	30	48	334	106	381	1.617	190	53	155	201	84	87	12	4.570
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	558	516	99	148	31	55	337	111	464	1.573	206	57	171	209	93	92	15	4.735
beschiedene Anträge ²⁾	34	70	3	6	3	7	25	7	62	25	34	6	18	20	13	9	3	345
– davon Genehmigungen	32	58	3	6	3	7	23	7	59	25	34	6	18	20	12	9	2	324
– davon Ablehnungen	2	12	0	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	0	1	0	1	21
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	0	0	0	0	12	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	16
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	4	3	2	0	k.A.	2	29	69	18	1	2	12	3	5	1	152

📄 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung im Berichtsjahr erbracht haben	474	449	90	111	25	55	259	0	330	1.059	194	46	146	159	87	85	11	3.580
---	-----	-----	----	-----	----	----	-----	---	-----	-------	-----	----	-----	-----	----	----	----	-------

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⁾ Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Fortbildungsverpflichtung: 4 Ärzte noch nicht nachweispflichtig.

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

✓ 3.018 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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 31.12.2023	245	861	114	72	23	66	240	65	234	223	127	27	108	106	72	78	166	2.827
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	246	1.030	114	73	26	70	245	65	232	221	129	27	109	114	70	80	167	3.018
beschiedene Anträge ²⁾	31	233	14	6	3	5	21	7	20	22	19	9	6	5	8	14	40	463
– davon Genehmigungen	31	233	14	6	3	5	21	7	20	20	19	8	6	5	8	14	39	459
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
– davon bestanden	2		1			1											1	5
– davon nicht bestanden	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	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	5	14	5	0	1	k.A.	6	7	19	17	4	4	4	10	10	0	106

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⁾ Zuzüglich 11 Institute. ⁵⁾ Einschließlich 46 KfH-Ärzte. ⁶⁾ Davon 5 Erstgenehmigungen.

› BOTOXBEHANDLUNG BEI BESTIMMTEN BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN

✓ 1.193 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

☰ 1.064 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE



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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: niedergelassene, angestellte und ermächtigte Fachärzte und Fachärztinnen für Gynäkologie und Urologie
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: Nachweis der jährlichen Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht Fortbildungspunkten

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								5)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	169	231	52	15	5	28	59	16	111	135	52	19	44	36	32	21	102	1.127
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	178	246	53	15	7	29	63	16	138	135	48	18	50	40	31	24	102	1.193
beschiedene Anträge ²⁾	12	20	4	4	2	3	9	0	43	13	1	5	7	7	6	3	22	161
– davon Genehmigungen	12	16	4	4	2	3	8		43	13	1	5	7	7	5	3	22	155
– davon Ablehnungen	0	4	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	1	0	0	6
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	0	0	0	1	2	0	3	6	0	1	0	0	0	0	10	26
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	7	2	3	3	0	1	k.A.	0	7	5	5	2	1	3	6	0	21	66
☰ PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	155	241	51	11	7	28	53	16	101	132	46	16	43	25	31	24	84	1.064

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 Genehmigung verzichtet. ⁵⁾ Eine Prüfung zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen.

HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

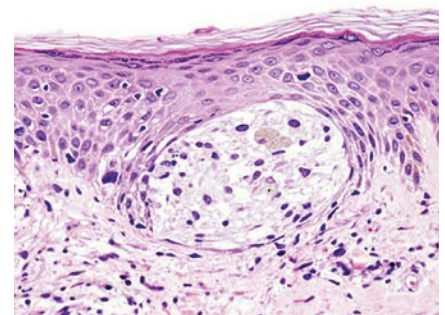
- ✓ 559 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- II 546 **PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG**
- 31 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 310 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**



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

- GENEHMIGUNGSERTEILUNG:** 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



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 31.12.2023	65	90	24	11	4	16	45	14	57	61	31	6	30	21	10	23	57	565
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	69	83	22	17	4	14	45	15	55	57	30	6	29	21	12	22	58	559
beschiedene Anträge ²⁾	6	83	1	6	0	4	2	1	8	5	2	0	3	1	2	0	6	130
neu	6	4	1	6		4	2	1	2	1	2		1	1	2		6	39
– davon Genehmigungen	6	4	1	6		4	2	1	2	1	2		1	1	2		6	39
– davon Ablehnungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0
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
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	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	3		0	3
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate															3			3
– davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5															0			0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	6	3	0	0	6	k.A.	0	4	5	3	0	2	1	0	1	7	38

› Fortsetzung nächste Seite

► HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

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

4)

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 5 Abs. 1 und 2

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration)	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
< 1.000	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	8	0	0	0	27
≥ 1.000	61	80	22	17	4	22	41	14	48	57	29	6	17	14	12	21	54	519

III DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	4,6	3,3	4,2	9,1	50,0	12,5	4,4	14,3	5,3	1,6	6,5	0,0	6,7	4,8	10,0	8,7	5,3	5,5
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	3	1	1	2	2	2	2	3	1	2	0	2	1	1	2	3	31
– davon bestanden	3	3	1	1	2	2	1	2	3	0	1		2	1	1	2	3	28
– davon nicht bestanden	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1		0	0	0	0	0	3
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 5 b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen und zugehörige histopathologische Präparate	30	30	10	10	20	20	20	20	30	10	20	0	20	10	10	20	30	310
– davon vollständig und nachvollziehbar	30	30	10	6	20	20	10	20	30	8	17		20	10	10	20	29	290
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0		0	0	0	0	1	3
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	2		0	0	0	0	0	6
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	1		0	0	0	0	0	11

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 Dokumentationsprüfungen durchgeführt, da nicht genug Fälle abgerechnet.

> HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

✓	360	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
II	325	PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG
III	327	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE
■	50	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	430	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

- GENEHMIGUNGSEYTEILUNG:** 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 / QUALITÄTZRIRKEL:** Nachweis von jährlich 30 Fortbildungspunkten im Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung, die Hälfte davon mittels interaktiven Austauschs, zum Beispiel Qualitätssitzungen; 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



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 31.12.2023	39	42	86	1	11	30	32	3	18	44	8	5	11	6	1	2	12	351	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	41	41	95	1	10	32	32	3	16	45	8	5	10	6	1	2	12	360	
beschiedene Anträge ²⁾	5	6	9	0	0	5	2	0	1	2	0	0	0	5	0	0	2	37	
neu	5	4	9			5	2		1	0				0			2	28	
– davon Genehmigungen	5	3	9			5	2		1								2	27	
– davon Ablehnungen	0	1	0			0	0		0								0	1	
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	9			0	0		0	0				0			0	9	
– davon Genehmigungen			9															9	
– davon Ablehnungen			0															0	
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	1	8	k.A.	0	2	1	0	0	1	1	0	0	2	16	

> Fortsetzung nächste Seite

› HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

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

4), 5)

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 10 Abs. 1 Nr. 1

Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV- / Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
< 25	3	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	10
– davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) aufgrund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen, bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	3	4			1	1			1									10
≥ 25	32	33	86	1	9	29	24	0	15	45	6	5	11	4	1	2	12	315

III PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 10

Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten gemäß § 10 Abs. 4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	1	0	0	0	2	12
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	35	36	86	1	10	26	24	0	16	44	6	4	10	4	1	2	10	315

IV DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	9,8	9,8	9,5	0,0	10,0	9,4	12,5	33,3	18,8	8,9	12,5	60,0	20,0	16,7	0,0	50,0	16,7	11,9
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	9		1	3	4	1	3	4	1	3	2	1		1	2	43
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	0	3		0	0	0	0	0	1	1	0	1	1		0	0	7
– davon Begründung ausreichend			3							1	1		1	1				7
– davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben			0							0	0		0	0				0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte Dokumentationen	40	40	90	0	10	30	40	10	30	40	10	30	20	10	0	10	20	430
– davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	0	83		10	29	40	10	30	39	0	29	15	10		8	20	363
– davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		0	0	1
– davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0		0	1	0	0	0	0	0	1	2	0		0	0	4
– davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	7		0	0	0	0	0	0	10	0	3	0		2	0	22
Beanstandungen der Behandlungsqualität																		
– darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)			0							0	0		0			0		0
– darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)			0							1	8		3			2		14
– darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)			0							0	5		0			0		5

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

› HÖRGERÄTEVERSORGUNG

✓	4.090	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	3.854	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📄	2.251	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

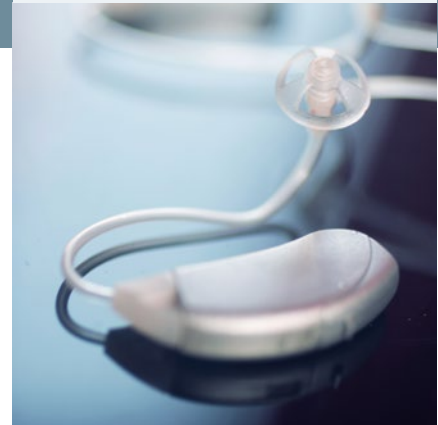
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle

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



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



➤ HÖRGERÄTEVERSORGUNG

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 31.12.2023	493	555	241	108	48	131	300	83	378	537	196	52	228	123	142	99	368	4.082
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	495	565	239	107	47	137	304	82	378	523	199	55	224	120	142	99	374	4.090
beschiedene Anträge ²⁾	24	81	15	6	1	7	77	3	21	19	25	4	17	5	7	4	27	343
– davon Genehmigungen	24	75	15	6	1	7	77	3	21	19	24	4	16	5	7	4	26	334
– davon Ablehnungen	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	9
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen									0									0
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung									1									1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	17	7	2	6	k.A.	4	28	33	21	3	22	8	7	3	22	183

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

Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	495	536	239	76	47	131	133	79	260	521	198	46	224	111	140	99	373	3.708
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	139	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0	146
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	0	0

📁 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1 Nr. 2

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	495	409	54	38	31	34	56	74	285	0	198	41	28	0	133	16	138	2.030
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	3	0	0	0	4	134	0	2	0	0	1	0	53	9	10	5	221
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	7	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	13

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⁾ Messtechnische Kontrollen: diverse Ärzte nutzen Geräte gemeinschaftlich (GP, MVZ, in Anstellung). ⁵⁾ Nachweis der messtechnischen Kontrollen wird je Praxis geführt. ⁶⁾ 2 Prüfungen zu messtechnischen Kontrollen und Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen.

› HÖRGERÄTEVERSORGUNG – KINDER

✓	440	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
🔊	319	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📄	243	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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



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



› HÖRGERÄTEVERSORGUNG KINDER

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 31.12.2023	33	125	17	2	2	17	55	3	46	26	8	4	29	10	12	2	45	436
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	32	127	16	2	2	19	56	3	47	25	8	5	28	11	11	2	46	440
beschiedene Anträge ²⁾	1	23	0	0	0	2	17	0	3	2	0	1	0	1	0	0	3	53
– davon Genehmigungen	1	22				2	17		3	2		1		1			3	52
– davon Ablehnungen	0	1				0	0		0	0		0		0			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	1	0	0	1	k.A.	0	0	3	0	0	1	0	1	0	2	9

✚ PRÜFUNGEN MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1 Nr. 1

Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	32	43	16	2	2	19	21	3	36	25	8	4	28	9	11	2	22	283
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	34	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	36
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	0	0

📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1 Nr. 2

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	32	83	10	1	1	4	9	3	32	0	8	1	9	0	10	0	12	215
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	28
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	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⁾ Nachweis der messtechnischen Kontrollen wird je Praxis geführt.

HYPERBARE SAUERSTOFFTHERAPIE BEI DIABETISCHEM FUßSYNDROM

✓ 3 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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 Stellungsanfrageverfahren 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

RÜCKMELDESYSTEME / 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	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
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. ²⁾ Nur Genehmigung für GOP 30216, nicht für GOP 30218.

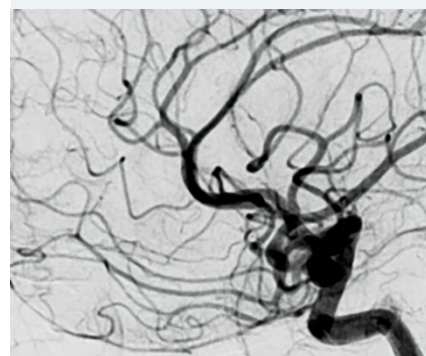
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

✓ 183 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 178 PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert zum: 01.07.2025



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

4)

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 1

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2	1	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	1	0	0	0	7	17
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	1	1	0	8	17
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
neu														1	1			2
– davon Genehmigungen														1	1			2
– davon Ablehnungen														0	0			0
erneut gemäß § 7 Abs. 7														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	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 diagnostische Katheterangiographien	1								1									2
– aus sonstigen Gründen	0								0									0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	4
≥ 100	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	10	15

› 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 31.12.2023	25	26	8	4	4	8	13	7	30	18	8	5	1	0	7	1	24	189
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	24	26	6	4	5	9	12	7	24	11	8	4	2	1	6	1	16	166
beschiedene Anträge ²⁾	1	4	0	0	1	2	4	0	0	1	0	0	1	1	2	0	2	19
neu	1	2			1	2	1			1			1	1	2		2	14
– davon Genehmigungen	1	2			1	1	1			1			1	1	2		2	13
– davon Ablehnungen	0	0			0	1	0			0			0	0	0		0	1
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0			0	0	0			0			0	0	0		0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
– davon bestanden		1											1					2
– davon nicht bestanden		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	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	6
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen	0						0					0			0		0	0
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe	1						0					0			1		1	3
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe	0						1					0			0		1	2
– aus sonstigen Gründen	0						0					1			0		0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	2	2	0	0	0	4	0	4	8	0	0	0	0	2	0	3	26

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	0	4	0	0	0	3	5	1	2	0	1	0	0	0	2	0	4	22
≥ 100	24	20	6	4	4	6	7	4	15	8	6	4	0	1	3	1	24	137
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 diagnostische kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 50	0	4	0	0	0	2	5	0	2	0	1	0	0	0	5	0	12	31
≥ 50	24	20	6	4	4	7	7	5	15	8	6	4	0	1	5	1	21	138

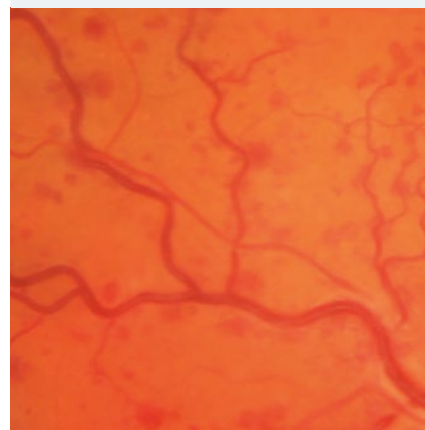
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen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

› INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

- ✓ 2.967 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 243 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 2.344 **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: 01.01.2025



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 2026)

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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	330	459	120	108	57	88	167	56	260	319	147	71	156	80	111	56	257	2.842
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	350	431	129	111	60	100	174	59	290	345	146	60	174	85	114	64	275	2.967
abrechnende Ärzte	248	431	99	95	44	64	136	51	213	201	120	47	143	67	76	56	99	2.190
beschiedene Anträge ²⁾	54	160	19	29	23	20	49	5	55	51	21	12	29	10	14	12	95	658
– davon Genehmigungen	52	160	19	29	23	20	49	5	55	51	21	12	29	10	14	12	94	655
– davon Ablehnungen	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
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	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	10	26	20	5	k.A.	2	30	24	22	11	11	5	11	5	40	222

› Fortsetzung nächste Seite

› INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

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

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 2 (Routineprüfung)

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte geprüft, in %	14,1	8,8	9,1	10,5	13,6	9,4	9,6	11,8	9,9	12,9	10,8	12,8	11,9	11,9	9,2	8,9	4,0	10,5
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	35	38	9	10	6	6	13	6	21	26	13	6	17	8	7	5	4	230
– davon Anforderungen erfüllt	34	38	8	10	6	6	9	6	16	26	13	5	17	7	6	5	3	215
– davon Anforderungen nicht erfüllt	1	0	1	0	0	0	4	0	5	0	0	1	0	1	1	0	1	15

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	350	379	90	100	60	60	130	60	210	179	130	60	170	76	70	50	40	2.214
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– gemäß § 6 Abs. 3a	15	14	8	0	0	1	14	0	26	2	7	1	0	10	7	0	4	109
– gemäß § 6 Abs. 3b	6	12	0	0	0	0	2	0	10	0	2	1	0	2	6	0	0	41
– gemäß § 6 Abs. 3c	2	0	3	0	0	0	1	0	14	4	0	1	0	2	1	0	0	28
– gemäß § 6 Abs. 3d	9	2	13	0	0	1	3	0	23	4	0	0	0	0	2	0	0	57
– gemäß § 6 Abs. 3e	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	1	4	0	0	13
– gemäß § 6 Abs. 3f	0	0	4	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	1	0	0	20
– gemäß § 6 Abs. 3g	3	0	0	0	0	0	1	0	6	0	0	0	1	0	0	0	0	11
– gemäß § 6 Abs. 3h	20	5	3	0	0	0	3	0	20	2	0	1	5	2	0	0	0	61
– gemäß § 6 Abs. 3i	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	1	0	1	0	0	0	11
– gemäß § 6 Abs. 3j	0	0	1	0	0	0	0	0	29	3	0	1	2	0	0	0	0	36

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 6 (erneute Überprüfung)

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 6	1	5	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	1	0	13
– davon Anforderungen erfüllt	1	5	1					0	2						2	1		12
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0	0	0					1	0						0	0		1

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	10	50	10	0	0	0	0	10	20	0	0	0	0	0	20	10	0	130
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– gemäß § 6 Abs. 3a	1	2	0					0	0						0	0		3
– gemäß § 6 Abs. 3b	1	0	0					0	0						0	0		1
– gemäß § 6 Abs. 3c	0	0	0					0	0						0	0		0
– gemäß § 6 Abs. 3d	0	1	1					10	0						0	2		14
– gemäß § 6 Abs. 3e	0	1	0					0	0						0	0		1
– gemäß § 6 Abs. 3f	0	0	0					0	0						0	0		0
– gemäß § 6 Abs. 3g	0	0	0					0	0						0	0		0
– gemäß § 6 Abs. 3h	0	1	0					0	0						0	0		1
– 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	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.

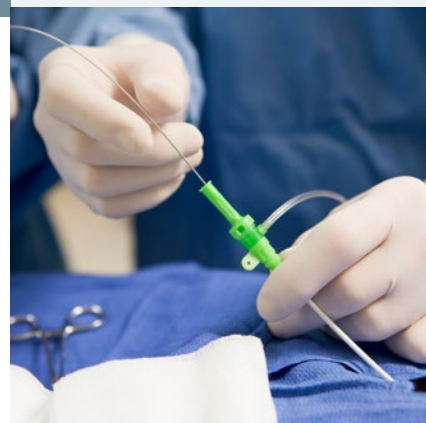
INVASIVE KARDIOLOGIE

✓ 636 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 663 PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG



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



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

5) 6)

DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 2

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	8	1	2	0	0	4	1	1	9	8	1	0	2	2	3	0	10	52
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	5	1	2	0	0	4	1	1	6	11	0	1	0	2	2	0	10	46
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
neu													0					0
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3													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
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen						0											2	2
– aus sonstigen Gründen						1											0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	2	0	0	0	0	0	k.A.	0	3	1	1	0	2	0	1	0	3	13

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	1	0	0	0	0	0	1	4)	0	0	0	0	0	0	1	0	5	9
≥ 150	4	0	2	0	0	3	0	4)	6	11	0	1	1	2	1	0	5	36

› 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

7) 8) 5)

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 1

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	87	110	18	21	23	22	100	7	60	59	20	1	17	4	7	1	51	608
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	80	107	19	17	24	22	100	6	64	53	14	0	17	5	6	0	56	590
beschiedene Anträge ²⁾	5	43	3	1	1	2	30	1	6	10	4	0	1	2	2	0	9	120
neu	5	20	3	1	1	2	10	1	6	2	4		1	2	2		9	69
– davon Genehmigungen	5	18	3	1	1	2	10	0	6	2	4		1	2	2		9	66
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0		0	0	0		0	3
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	6	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	20
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen	6	3				0						0					3	12
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen	0	0				0						0					0	0
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen	0	0				0						1					4	5
– aus sonstigen Gründen	0	0				2						0					1	3
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	5	2	2	5	0	1	5	1	2	8	10	0	1	0	3	1	15	61

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	7	12	0	4	2	5	21	3	0	0	1	0	2	1	1	0	30	89
≥ 150	73	94	15	13	21	16	82	3	64	53	12	0	13	3	5	0	62	529
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	7	13	0	4	2	7	26	3	0	0	1	1	2	1	1	0	50	118
≥ 50	73	91	15	13	32	14	77	2	64	53	12	0	13	3	3	0	59	524

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) Diagnostische Katheterisierungen: eine Prüfung zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. 5) Seit September 2024 nur Genehmigung für GOP 34291, da Genehmigung für GOP 34292 wegen Nichterreichen der Mindestzahl widerrufen wurde. 6) Wiedererteilung der Genehmigung nach Statuswechsel. 7) Prüfungen zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. 8) Diagnostische Katheterisierung: davon 4 Genehmigungsinhaber, die ausschließlich auf die therapeutische Katheterintervention verzichtet haben, aber weiter diagnostisch tätig sind.

› KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

- ✓ 586 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (APPLIZIERENDE)
- ✓ 565 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (AUSWERTENDE)
- 177 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE UND ÄRZTINNEN / APPLIZIERENDE)
- 🔍 177 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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

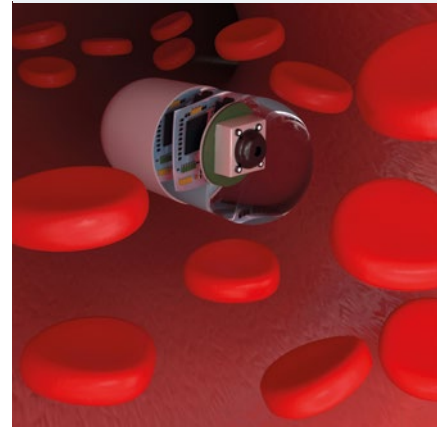
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: wenn applizierender und auswertender Arzt oder Ärztin nicht identisch sind, gelten Vorgaben zur Übermittlung von aufgezeichnetem Material sowie Rückmeldung eines definierten Auswertebereichs

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)

✓ GENEHMIGUNGEN APPLIZIERER

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	85	112	22	14	9	6	39	7	58	78	28	7	20	12	25	14	64	600
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	83	105	25	15	9	5	41	6	61	74	27	6	19	13	25	12	60	586
abrechnende Ärzte	56	84	17	13	9	4	22	5	44	74	19	6	16	12	21	11	1	414
beschiedene Anträge ²⁾	5	1	5	1	0	0	2	0	8	4	10	0	1	1	1	2	1	42
– davon Genehmigungen	4	0	5	1			2		8	4	10		1	1	1	2	1	40
– davon Ablehnungen	1	1	0	0			0		0	0	0		0	0	0	0	0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	2	0	0	1	k.A.	1	3	8	11	1	2	0	1	3	1	34

✓ GENEHMIGUNGEN AUSWERTER

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	84	92	22	14	9	6	38	7	58	78	27	7	20	12	25	12	61	572
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	82	87	25	15	9	5	40	6	61	74	26	6	19	13	25	12	60	565
abrechnende Ärzte	54	64	17	13	8	4	22	5	44	74	19	6	16	12	21	11	37	427
beschiedene Anträge ²⁾	5	13	5	1	0	0	2	0	6	4	10	0	1	1	1	2	7	58
– davon Genehmigungen	4	11	5	1			2		6	4	10		1	1	1	2	7	55
– davon Ablehnungen	1	2	0	0			0		0	0	0		0	0	0	0	0	3
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	2	0	0	1	k.A.	1	3	8	11	1	2	0	1	1	7	38

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (fakultativ)

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß § 7 Abs. 6 (auf Verlangen der KV)

geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	79	0	0	5	0	0	0	0	0	64	0	0	0	12	0	9	0	169
– davon Anforderungen erfüllt	73			5						64				10		9		161
– davon Anforderungen nicht erfüllt	6			0						0				2		0		8

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	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
– davon Anforderungen erfüllt				5														5
– davon Anforderungen nicht erfüllt				3														3

☒ JAHRESSTATISTIK § 8

elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	56	85	0	9	k.A.	4	k.A.	k.A.	44	53	20	6	13	0	18	0	0	308
---	----	----	---	---	------	---	------	------	----	----	----	---	----	---	----	---	---	-----

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⁾ Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen.

› KOLOSKOPIE

✓	2.591	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
	2.410	PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG
⋮	1.159	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	23.180	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) <small>Schätzung auf Grundlage der Vorgaben</small>
🧼	3.150	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: 07.07.2023

GENEHMIGUNGSE RTEILUNG: 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)

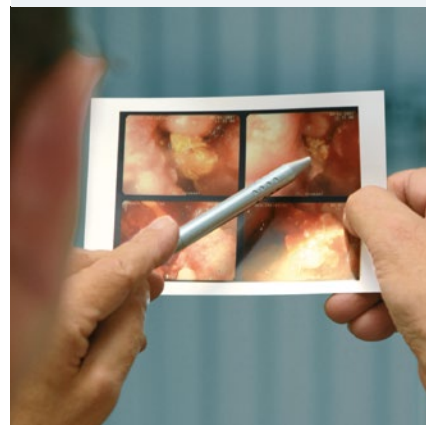
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: unangemeldete Hygienepfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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 Hygienepfung sowie arztbezogene Auswertung der durchgeführten Polypektomien; Bericht an Partner des Bundesmantelvertrags; separate Evaluation der Früherkennungskoloskopien

BERATUNG: bei Beanstandungen in der Hygienepfung, 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2023	3	4	0	3	2	2	0	0	15	0	1	3	0	1	8	1	6	49
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2024	2	5	0	4	2	1	0	0	14	0	1	3	0	1	6	1	5	45
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2023	360	478	102	74	24	69	217	40	253	270	130	26	91	53	84	52	220	2.543
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2024	358	477	105	72	24	63	220	39	265	274	128	24	93	53	87	52	212	2.546
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) ²⁾	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
neu				1							1							2
– davon Genehmigungen				1							1							2
– davon Ablehnungen				0							0							0
erneut gemäß § 6 Abs. 5				0							0							0
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) ²⁾	19	72	9	5	0	13	27	2	50	28	23	1	9	5	9	8	30	310
neu	19	72	9	5		13	9	2	34	23	23	1	5	5	9	8	30	267
– davon Genehmigungen	19	62	9	5		13	9	2	34	23	23	1	5	4	9	8	30	256
– davon Ablehnungen	0	10	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	11
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	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
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	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7		0							1									1
– davon wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e ausschließlich bei totalen Koloskopien		0							0									0
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien		1							0									1
– davon wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b–c ausschließlich bei Polypektomien		0							0									0
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien		0							0									0
– davon sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b–c bei Polypektomien		0							0									0
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien		0							0									0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	27	0	6	7	0	4	k.A.	3	22	19	25	5	3	4	8	9	21	163

› Fortsetzung nächste Seite

› KOLOSKOPIE

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

4) 4)

TOTALE KOLOSKOPIE

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																			
< 200	3	7	2	5	0	1	2	5)	0	0	5	0	2	3	0	0	2	32	
≥ 200	315	470	56	70	24	60	217	5)	243	274	123	27	91	50	93	43	222	2.378	

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a–e	156	124	49	35	0	33	90	19	104	110	42	15	45	53	33	38	153	1.099
– davon bestanden	151	120	47	30		33	81	18	104	107	37	14	41	50	30	38	147	1.048
– davon nicht bestanden	5	0	2	5		0	9	1	0	3	5	1	4	3	3	0	6	47
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	4	1	0	1	0	0	9	0	0	3	1	0	0	3	3	0	3	28
– davon bestanden	3	1		1			7			3	0			3	3		3	24
– davon nicht bestanden	1	0		0			2			0	1			0	0		0	4
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
– davon bestanden						1	2				1							4
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c–e						0	0				0							0
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl						0	0				0							0

POLYPEKTOMIEN

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																			
< 10	3	6	1	0	0	1	1	5)	0	0	5	0	1	0	0	0	3	21	
≥ 10	315	471	55	75	24	60	217	5)	243	274	124	26	92	53	90	43	222	2.384	

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a–c	156	124	49	35	0	33	90	19	104	110	42	14	41	53	33	33	152	1.088
– davon bestanden	152	120	48	28		32	74	18	104	110	42	13	33	50	27	33	147	1.031
– davon nicht bestanden	4	0	1	7		1	16	1	0	0	0	1	8	3	6	0	5	53
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	0	2	1	2	0	1	12	0	0	0	1	0	0	3	1	5	0	28
– davon bestanden		2	0	2		1	12				1			3	1	0		22
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b–c		0	1	0		0	0				0			0	0	5		6
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl		0	0	0		0	0				0			0	0	0		0

HYGIENEPRÜFUNGEN

überprüfte Einrichtungen	244	406	59	74	13	40	123	38	163	163	80	15	70	40	66	45	147	1.786
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	488	812	117	148	26	79	246	75	326	326	149	30	137	80	132	91	294	3.556
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	100,0	100,0	99,2	100,0	100,0	98,8	100,0	98,7	100,0	100,0	93,1	100,0	97,9	100,0	100,0	101,1	100,0	99,6
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	34	20	9	1	3	10	3	1	26	60	22	1	6	5	9	2	8	220
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	7,0	4,9	7,7	0,7	11,5	12,7	1,2	1,3	8,0	18,4	14,8	3,3	4,4	6,3	6,8	2,2	2,7	7,0
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	0	0	1	0	0	1	0	0	5	0	2	0	0	0	1	0	0	10
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	1,5	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,3

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) Prüfungen noch nicht abgeschlossen. 5) Prüfungen zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen.

▶ LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

✓ 34.181 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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2023	2.225	3.953	1.037	581	160	389	1.313	326	2.489	3.498	1.287	455	848	521	730	548	3.194	23.554
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2024	2.306	4.131	1.027	657	118	413	1.373	346	2.529	4.408	1.048	448	886	539	780	562	2.799	24.370
beschiedene Anträge ²⁾	245	1.152	101	50	19	74	281	25	379	285	275	42	88	39	115	53	479	3.702
– davon Genehmigungen	245	1.083	92	49	19	74	281	25	378	285	275	42	86	39	115	53	353	3.494
– davon Ablehnungen	0	69	9	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	126	208
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	102	33	13	36	k. A.	5	163	285	136	8	48	27	84	35	276	1.252

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⁾ Zusätzlich hatten bundesweit zum Ende des Berichtsjahres 9.811 Ärzte eine Genehmigung zur Aufzeichnung (10.102 Ärzte zum 31.12.2022)

› LASERBEHANDLUNG BEIM BENIGNEN PROSTATASYNDROM

✓ 22 | 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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 31.12.2023	11	9	0	0	0	0	2	0	0	3	1	0	0	0	3	0	1	30
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	11	5	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	22
abrechnende Ärzte	9	5	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	18
beschiedene Anträge ²⁾	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	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	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	1	0	0	0	0	0	1	2

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

LIPOSUKTION BEI LIPÖDEM

✓ 68 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem (QS-RL Liposuktion), Rechtsgrundlage: § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 07.12.2019, zuletzt geändert zum: 09.10.2025

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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; 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 31.12.2023	18	7	1	0	0	3	2	0	3	10	5	0	2	0	2	2	3	58
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	22	8	2	0	0	4	2	0	3	11	5	0	3	0	2	2	4	68
beschiedene Anträge ²⁾	5	3	1	0	0	1	0	k.A.	0	2	0	0	1	0	0	0	1	14
– davon Genehmigungen	5	3	1			1				2			1				1	14
– davon Ablehnungen	0	0	0			0				0			0				0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	0	k.A.	k.A.	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2

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

MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE ALLGEMEIN:

- ✓ 4.656 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 197 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 2.364 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA:

- ✓ 427 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- || 388 **PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG**



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: 15.04.2020

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: 01.01.2025

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 der Mamma histologische Abklärungen, ist die Korrelation der Ergebnisse dieser Untersuchung mit der prospektiven Diagnostik zu prüfen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPÜFUNG: 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 bis mindestens 2030 ausgesetzt

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



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

KERNSPINTOMOGRAPHIE ALLGEMEIN

✓ GENEHMIGUNGEN	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	550	734	232	108	64	142	382	83	415	586	228	60	194	90	123	98	425	4.514
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	566	743	239	110	61	154	392	83	443	600	238	62	196	95	133	106	435	4.656
beschiedene Anträge ²⁾	92	2.235	63	14	2	27	119	2	92	60	39	10	14	6	38	15	102	2.930
– davon Genehmigungen	92	2.233	63	14	2	26	119	2	92	59	39	10	14	6	26	15	88	2.900
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	12	0	14	30
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	56	12	5	20	3	2	37	45	29	3	12	1	16	8	76	326

› 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

6)

7)

8)

KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	81	74	13	7	4	11	28	4	41	53	12	8	20	11	13	8	37	425
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	78	77	14	7	5	11	29	4	40	49	12	8	19	13	11	9	41	427
beschiedene Anträge ²⁾	2	92	1	0	1	3	3	0	1	1	1	0	1	2	0	1	8	117
– davon Genehmigungen	2	92	1		1	2	3		1	1	1		1	2		1	8	116
– davon Ablehnungen	0	0	0		0	1	0		0	0	0		0	0		0	0	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	2	3	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	2	0	1	8	21
– davon bestanden	2	3	1				2		1	1				2		1	8	21
– davon nicht bestanden	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	1	0	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	1	0	0	0	1	k.A.	0	2	5	1	0	2	0	1	0	0	16

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	78	72	11	7	5	10	29	4	23	49	12	8	17	11	10	8	34	388
– davon mindestens 50 Untersuchungen	78	70	11	7	4	9	22	4	21	40	6	3	16	3	10	5	33	342
– davon weniger als 50 Untersuchungen	0	2	0	0	1	1	2	0	2	9	6	5	1	8	0	3	1	41

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang

abrechnende Ärzte	534	732	206	98	62	163	348	79	405	568	220	62	197	93	122	101	399	4.389
geprüfte Ärzte	23	38	9	4	4	7	14	5	18	24	10	3	9	4	5	5	15	197
– davon Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	23	33	9	4	4	7	14	5	18	24	10	3	9	4	5	5	15	192
– davon anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	4,3	4,5	4,4	4,1	6,5	4,3	4,0	6,3	4,4	4,2	4,5	4,8	4,6	4,3	4,1	5,0	3,8	4,4

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	17	21	9	4	4	6	10	2	17	20	9	3	9	4	4	5	12	156
– geringe Beanstandungen	6	7	0	0	0	1	3	3	1	4	1	0	0	0	1	0	3	30
– erhebliche Beanstandungen	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
– schwerwiegende Beanstandungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen		2										1						2
– geringe Beanstandungen		2										0						2
– erhebliche Beanstandungen		1										0						1
– schwerwiegende Beanstandungen		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	6	15	0	0	0	1	3	3	1	4	1	0	0	0	0	0	3	37
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	2	0	0	0	0	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	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel		6																6
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen		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	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	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⁾ Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden. ⁵⁾ Korrektur der Genehmigungsinhaber (MRT Mamma) zum Vorjahr. ⁶⁾ Frequenzregelung: weniger als 50 Untersuchungen erreicht aufgrund einer Neugenehmigung. ⁷⁾ Frequenzregelung: 5 außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte MRT-Mamma. ⁸⁾ Ein Arzt nicht geprüft, da Beendigung der Abrechnungsgenehmigung.

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

✓ 3.759 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

791 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

9.737 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: 01.01.2025

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	488	546	175	93	57	128	287	60	310	461	211	51	169	74	105	82	359	3.656
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	501	546	172	97	55	138	285	60	333	470	218	52	172	82	116	91	371	3.759
beschiedene Anträge ²⁾	134	1.164	94	15	3	24	86	2	63	142	33	8	13	8	24	14	94	1.921
neu	73	146	43	15	3	24	20	2	46	45	33	8	13	8	24	14	82	599
– davon Genehmigungen	73	143	43	15	3	24	20	2	46	45	33	8	13	8	24	12	82	594
– davon Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	12
– davon Genehmigungen																	0	0
– davon Ablehnungen																	12	12
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	46	11	5	19	k.A.	0	24	36	26	3	10	0	13	5	61	260

› Fortsetzung nächste Seite

› MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
abrechnende Ärzte	421	549	155	97	48	118	268	57	309	409	193	47	151	69	101	82	329	3.403
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	87	131	21	19	11	29	54	11	68	86	48	11	39	14	21	18	73	741
– davon bestanden	87	121	21	19	11	26	46	10	66	80	43	11	38	14	17	16	61	687
– davon nicht bestanden	0	10	0	0	0	3	8	1	2	6	5	0	1	0	4	2	12	54
abrechnende Ärzte geprüft, in %	20,7	23,9	13,5	19,6	22,9	24,6	20,1	19,3	22,0	21,0	24,9	23,4	25,8	20,3	20,8	22,0	22,2	21,8
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	2	8	0	0	0	0	18	0	5	0	4	0	0	0	0	0	13	50
– davon bestanden	2	8					11		5		3						8	37
– davon nicht bestanden	0	0					7		0		1						5	13
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	7
– davon bestanden							1				1						5	7
– davon nicht bestanden							0				0						0	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	639	1.220	168	136	77	346	532	117	733	665	369	110	362	68	178	144	606	6.470
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	632	1.127	165	136	77	338	469	117	733	665	342	110	359	68	178	144	525	6.185
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	639	1.120	165	136	77	338	469	117	733	665	342	110	364	68	178	144	561	6.226
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	639	1.120	165	136	77	338	469	117	733	665	342	110	364	68	178	144	566	6.231
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	632	1.127	165	116	77	338	419	101	677	594	342	110	357	62	160	135	477	5.889
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	0	58	3	20	0	0	53	0	47	55	5	0	1	5	3	3	74	327
– insgesamt nicht nachvollziehbar	7	35	0	0	0	8	60	16	9	16	22	0	4	1	15	6	55	254
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2, 3, 4, 6, 7)	395	448	252	46	132	29	321	15	80	368	207	22	56	93	70	72	252	2.858
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	382	404	224	46	132	26	308	14	80	368	193	22	54	93	70	72	244	2.732
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	395	448	224	46	132	26	308	14	80	368	193	22	56	93	70	72	247	2.794
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	395	448	224	46	132	26	308	14	80	368	193	22	56	93	70	72	247	2.794
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	382	404	224	39	132	26	261	14	70	341	193	22	54	91	68	72	233	2.626
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	10	34	22	7	0	0	47	1	10	19	13	0	1	2	0	0	17	183
– insgesamt nicht nachvollziehbar	3	10	6	0	0	3	13	0	0	8	1	0	1	0	2	0	2	49
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Venen)	36	39	0	52	2	0	10	3	30	82	33	21	72	7	4	7	11	409
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	36	11		52	2		10	3	30	82	32	21	70	7	4	7	11	378
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	36	39		52	2		10	3	30	82	32	21	72	7	4	7	11	408
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	36	39		52	2		10	3	30	82	32	21	72	7	4	7	11	408
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	36	11		51	2		10	3	28	79	32	21	70	7	4	7	11	372
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	0	28		1	0		0	0	2	3	0	0	1	0	0	0	0	35
– insgesamt nicht nachvollziehbar	0	0		0	0		0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2

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

› MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

- ✓ 2.144 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 917 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 9.170 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)**
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
- 642 **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



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 / QUALITÄTSSZIRKEL: nach zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung und anschließend nicht erfolgreichem Kolloquium sind Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, um an einem zweiten Kolloquium teilnehmen zu können
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten und Ärztinnen Dokumentation zu zehn Fällen, danach alle 24 Monate
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Benchmarkbericht an den Arzt oder die Ärztin nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags
BERATUNG: gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	327	353	85	57	25	41	181	34	197	252	99	22	119	69	87	51	177	2.176
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	324	346	85	55	26	41	179	35	191	239	100	20	113	66	81	51	192	2.144
beschiedene Anträge ²⁾	62	476	36	2	1	9	36	5	18	40	6	0	5	2	5	4	32	739
neu	29	74	5	2	1	9	6	2	10	13	8		4	2	5	4	7	181
– davon Genehmigungen	29	69	5	2	1	9	6	2	9	13	6		4	2	5	4	3	169
– davon Ablehnungen	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	2		0	0	0	0	4	12
erneut	33	0	31	0	0	0	0	4	8	0	4		1	0	0	0	25	106
– davon Genehmigungen	33		31					4	8		4		1				25	106
– davon Ablehnungen	0		0					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	1	0	0	0	0	1
– davon bestanden													1					1
– davon nicht bestanden													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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

4)

FALLSAMMLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT C (EINGANGSPRÜFUNGEN)

Erstprüfungen	27	25	4	3	0	3	10	0	11	15	3	0	4	2	2	2	8	119
– davon bestanden	16	14	1	1		3	6		6	8	2		2	1	1	2	8	71
– davon nicht bestanden	11	11	3	2		0	4		5	7	1		2	1	1	0	0	48
Wiederholungsprüfungen	13	7	6	2	1	0	6	0	8	5	0	0	2	0	0	0	8	58
– davon bestanden	10	5	4	2	0		4		7	3			2				5	42
– davon nicht bestanden	3	2	2	0	1		2		1	2			0				3	16

FALLSAMMLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT D (FORTBILDUNGSPRÜFUNGEN)

Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	95	118	23	20	5	15	86	7	47	80	9	4	29	22	29	17	36	642
reguläre Prüfungen	95	113	23	19	5	15	84	7	44	74	9	4	27	21	28	17	36	621
– davon bestanden	88	112	23	18	5	15	83	7	40	72	9	4	27	21	28	15	35	602
– davon nicht bestanden	7	1	0	1	0	0	1	0	4	2	0	0	0	0	0	2	1	19
Wiederholungsprüfungen	0	5	0	1	0	0	2	0	3	6	0	0	2	1	1	0	0	21
– davon bestanden		4		1			1		1	4			2	0	0			13
– davon nicht bestanden		1		0			1		2	2			0	1	1			8
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	1	0	0	0	1
– davon bestanden														0				0
– davon nicht bestanden														1				1
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT E

Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	125	165	53	27	0	18	78	10	27	101	44	14	52	41	32	33	59	879
– davon erfüllt	117	144	51	27		18	67	10	27	100	41	14	45	39	31	32	59	822
– davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	6	0	0	0		0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	12
– davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	2	21	2	0		0	6	0	0	1	3	0	6	2	1	1	0	45
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	2	0	2	0	0	0	0	0	3	1	0	0	5	0	0	0	0	13
– davon erfüllt	1		2						3	1			5					12
– davon nicht erfüllt	1		0						0	0			0					1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	5	7	0	0	0	0	1	0	3	0	6	0	0	0	3	0	0	25
– davon erfüllt	5	7					1		2		6				3			24
– davon nicht erfüllt	0	0					0		1		0				0			1
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3

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

Ärzte, die ihrer Verpflichtung nicht nachgekommen sind																		
– gemäß § 3 Abs. 2a	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	7
– gemäß § 3 Abs. 2b	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
– gemäß § 3 Abs. 2c	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	2	5	5	4	0	6	k.A.	1	2	26	5	2	9	4	11	5	23	110

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) Prüfungen nach Abschnitt C und D: Stand 20.08.2025

METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA

✓ 12.882 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



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu organisatorischen Voraussetzungen
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Beteiligung an einem MRSA-Netzwerk; optional von der KV anerkannte MRSA-Fallkonferenzen
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation
RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährlich erstellter 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.005	1.261	250	158	240	261	575	656	2.107	1.211	655	262	593	504	655	440	2.285	13.118
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	969	1.242	239	163	235	251	592	646	2.168	1.207	630	238	576	476	628	416	2.206	12.882
beschiedene Anträge ²⁾	34	76	17	4	8	8	27	4	81	40	69	11	16	5	17	11	138	566
– davon Genehmigungen	33	71	17	4	8	8	27	4	81	40	68	11	15	5	15	11	130	548
– davon Ablehnungen	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	8	18
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	28	9	13	17	k.A.	13	154	44	93	12	32	33	42	36	215	741

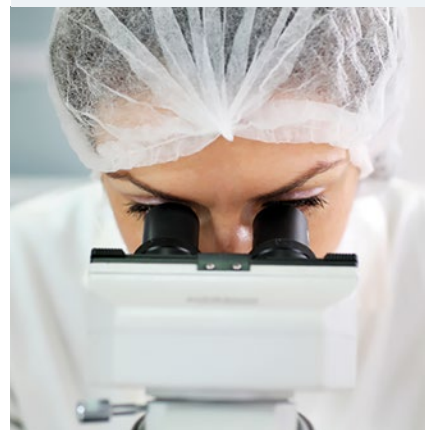
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen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

MOLEKULARGENETIK

537 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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



- GENEHMIGUNGSE RTEILUNG:** 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 verantwortlichen und durchführenden Ärzten und Ärztinnen
- REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH:** regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen
- PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- FORTBILDUNG / QUALITÄTSSIRKEL:** 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
- RÜCKMELDESYS TEME / 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 31.12.2023	85	59	34	13	8	30	30	14	49	51	42	6	28	11	10	7	56	533
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	97	55	27	13	6	26	31	14	54	53	44	6	26	11	8	8	58	537
beschiedene Anträge ²⁾	15	14	2	0	1	5	2	0	14	3	6	0	2	2	0	1	20	87
– davon Genehmigungen	15	14	2		1	5	2		14	2	6		2	2		1	13	79
– davon Ablehnungen	0	0	0		0	0	0		0	1	0		0	0		0	7	8
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	1	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	7	9	1	3	0	k.A.	0	1	0	4	0	4	2	2	0	9	42

JAHRESSTATISTIK § 9 Abs. 4

elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	k. A.	0	k. A.	1	0	6	5	2	9	2	5	1	6	4	3	0	1	45
abrechnende Betriebsstätten	11	0	4	1	0	6	5	3	9	9	5	1	5	3	3	2	0	67
Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
– davon nachvollziehbar begründet														2				2
– davon nicht nachvollziehbar begründet														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⁾ Nur 2 Jahresstatistiken eingegangen aufgrund technischer Probleme.

NEUROPSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE

✓ 260 **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: 31.07.2025

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

GENEHMIGUNGSE RTEILUNG: 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: 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: Dokumentationsprüfung auf Anforderung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung

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

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 / Psychotherapeuten ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	29	54	8	7	2	11	35	7	20	27	11	5	10	2	18	4	16	266
Ärzte / Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	30	41	9	7	2	11	34	8	21	30	11	5	10	2	18	4	17	260
– Anzahl neu erteilter Genehmigungen	3	4	1	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	14

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

abrechnende Ärzte / Psychotherapeuten	23	0	8	7	0	10	0	8	17	30	10	5	6	2	12	4	15	157
geprüfte Ärzte / Psychotherapeuten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
überprüfte Dokumentationen gemäß § 4 Abs. 4 (Einzelbewertung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	30
Stellungnahmen gemäß § 4 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 4 Abs. 6	0	0	0	k.A.	0	0	k.A.	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⁾ Dokumentationsprüfungen ausgesetzt.

ONKOLOGIE

✓ 4.269 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

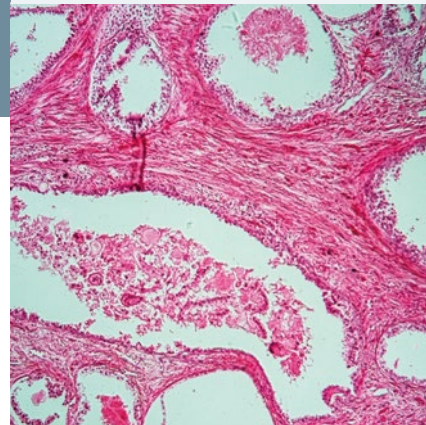
319 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**

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

3.419 **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**

§

Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2026



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 Tumortherapie behandelt werden, davon 15 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 Tumortherapie behandelt werden, davon 10 mit intravasaler und / oder intrakavitärer und / oder intraläsionaler Behandlung; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestzahl unterschritten werden, sowie bei Neu- und Jungpraxen

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

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

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

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

› ONKOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
							4)	4), 5)			6)		4)	4)	4)	4)	4)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	591	532	284	139	41	132	245	66	418	493	150	29	237	102	149	107	442	4.157
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	600	538	283	146	42	131	246	65	449	535	149	33	246	105	148	106	447	4.269
– darunter Ärzte in Neu- / Jungpraxen	k. A.	93	34	43	3	16	31	7	12	97	0	5	k. A.	14	4	0	40	399
– darunter Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	0	10	215	4	0	0	0	1	153	272	0	0	k. A.	0	1	0	0	656
beschiedene Anträge ²⁾	39	89	23	15	3	13	38	6	59	52	13	5	17	7	15	6	81	481
– davon Genehmigungen	38	82	23	15	3	13	38	6	59	52	13	5	17	7	15	6	72	464
– davon Ablehnungen	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	17
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	5	8
– davon bestanden														3			5	8
– davon nicht bestanden														0			0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	2	4	13
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	29	22	8	2	15	k. A.	6	28	10	34	0	8	4	14	6	71	257
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	45	41	20	11	4	9	20	6	45	37	14	4	k. A.	10	14	k. A.	39	319
– davon bestanden	40	30	20	11	3	9	20	6	27	37	14	4		9	14		32	276
– davon nicht bestanden	5	11	0	0	1	0	0	0	18	0	0	0		1	0		7	43
📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, welche die Nachweise gemäß § 7 Nr. 1.–3. erbracht haben	565	454	192	107	27	131	234	k. A.	399	520	148	27	k. A.	64	135	k. A.	416	3.419

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⁾ Vereinbarung auf Landesebene (Onkologie-Vereinbarung). ⁵⁾ Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung und Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Ein Genehmigungsverzicht.

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

✓ 4.147 **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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	494	630	249	100	50	130	313	76	395	543	200	54	188	98	143	79	397	4.139
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	501	638	246	90	50	136	314	75	397	533	204	56	189	98	144	79	397	4.147
beschiedene Anträge ²⁾	30	92	10	6	3	9	86	1	23	27	26	4	16	1	9	4	26	373
– davon Genehmigungen	30	88	10	6	3	9	86	1	23	27	26	4	15	1	9	4	26	368
– davon Ablehnungen	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5
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	13	16	3	8	k.A.	2	18	37	22	2	16	1	8	3	26	175

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.

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

✓ 198 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: 01.07.2023

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 2025

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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	20	30	15	6	3	4	6	7	27	18	8	8	16	5	11	3	35	222
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	17	29	14	6	3	3	4	6	24	17	7	5	16	3	9	3	32	198
beschiedene Anträge ²⁾	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
neu		4	1															5
– davon Genehmigungen		2	1															3
– davon Ablehnungen		2	0															2
erneut gemäß § 6 Abs. 6		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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	3	0	0	0	k.A.	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	7

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.

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

✓ 154 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 2025

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilung 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	13	30	8	3	1	5	3	4	14	21	4	4	8	1	4	1	28	152
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	15	28	10	3	0	6	3	4	10	21	4	3	9	2	5	1	30	154
beschiedene Anträge ²⁾	2	7	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	2	0	2	0	3	22
– davon Genehmigungen	2	3	2			2				2			2		2		3	18
– davon Ablehnungen	0	4	0			0				0			0		0		0	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	1	0	k.A.	0	4	2	0	1	1	0	1	0	1	11

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.

› POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE PET UND PET / CT

- ✓ 279 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 176 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 2.112 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
- 160 **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 Beanstandungen 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 onkologischen Fragestellungen, im Umfang von mindestens 20 Fortbildungspunkten innerhalb 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



Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16.05.2015, zuletzt hierzu geändert zum: 04.06.2025

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: 01.10.2025



► 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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	18	30	20	10	7	6	14	3	23	30	6	3	16	17	1	11	54	269
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	21	37	20	8	7	7	16	5	21	31	6	3	15	20	1	13	48	279
abrechnende Ärzte	16	32	17	8	5	6	13	4	21	25	7	2	15	13	1	11	25	221
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1 ²⁾	4	5	3	0	0	0	11	3	0	4	6	0	2	3	1	2	3	47
neu	4	5	3				2	3		4	6		2	3	1	2	3	38
– davon Genehmigungen	4	5	3				2	3		4	6		2	3	1	2	3	38
– davon Ablehnungen	0	0	0				0	0		0	0		0	0	0	0	0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 4	0	0	0				0	0		0	0		0	0	0	0	0	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	0	94	0	0	0	2	0	0	16	4	0	0	0	0	0	2	8	126
neu		69				2			3	4						2	8	88
– davon Genehmigungen		69				1			3	4						2	8	87
– davon Ablehnungen		0				1			0	0						0	0	1
erneut gemäß § 7 Abs. 4		0				0			0	0						0	0	0
beschiedene Anträge auf erneute Genehmigung gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
– davon Genehmigungen																	2	2
– davon Ablehnungen																	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	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4
– davon bestanden		2							1					1				4
– davon nicht bestanden		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	3	2	0	0	k.A.	1	5	3	6	0	3	0	1	0	10	34

⊞ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

insgesamt geprüfte Ärzte gemäß § 8	5	17	5	6	k.A.	2	0	0	16	11	4	0	9	5	0	4	15	99
– davon bestanden	5	16	4	5		2			14	11	4		9	4		4	15	93
– davon nicht bestanden	0	1	1	1		0			2	0	0		0	1		0	0	6
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1 (24 Monate)	5	15	5	3	k.A.	0	0	0	16	11	4	0	9	0	0	3	1	72
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	0	2	0	3	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5

📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	18	19	12	8	7	4	9	0	12	23	6	2	5	0	0	2	24	151
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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⁾ Beschiedene Anträge gemäß § 3: Verbescheidung im Zusammenhang mit den neuen Indikationen. ⁵⁾ Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen.

PSYCHOTHERAPIE



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: 01.01.2025

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: 11.11.2025



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin
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⁾	3.026	4.110	2.449	556	408	1.128	2.732	325	1.982	3.698	1.054	319	1.113	464	717	392	2.404	26.877
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	988	1.437	452	204	92	228	653	120	773	999	336	79	339	180	204	179	781	8.044
Ärztliche Psychotherapeuten	855	1.105	492	127	74	225	491	77	407	798	232	57	179	48	205	83	393	5.848
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten	128	190	70	29	10	59	79	18	141	160	53	13	44	25	55	21	128	1.223
Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)	872	1.017	405	191	79	209	442	135	638	824	274	85	356	183	238	179	590	6.717

¹⁾ Quelle: Bundesarztregister, Stand: 31.12.2024. 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 Psycho-

therapie bei ihrer Krankenkasse stellen, prüft die Gutachterin oder der Gutachter den dazugehörigen Bericht der Psychotherapeutin beziehungsweise des Psychotherapeuten 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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, 22, 23 und 24 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 Krankenversicherung haben zuletzt zum 1. Januar 2023 654 Gutachter und Gutachterinnen bestellt. Seit 1. Juli 2024 steht die Systemische Therapie auch für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung haben hierfür 14 Gutachterinnen und Gutachter bestellt.

Für Erwachsene ist das Verfahren bereits seit dem Jahr 2020 Kassenleistung. Das Antrags- und Gutachterverfahren zur Genehmigung von Psychotherapien soll künftig durch ein neues Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung abgelöst werden. Damit ist jedoch nicht vor dem Jahr 2031 zu rechnen.

GUTACHTENSTATISTIK

Gutachterinnen und Gutachter sind verpflichtet, eine Statistik über die von ihnen durchgeführten Begutachtungen zu erstellen. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung 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/praxis/patientenversorgung/psychotherapie

› GUTACHTENVERFAHREN PSYCHOTHERAPIE

Berichtsjahr	Gutachter ¹⁾	(Zweit-)Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Teilbefürwortung der Anträge in %
ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE				
2023	240 Gutachter – davon 64 für Kinder und Jugendliche	15.991 Gutachten – davon 4.368 für Kinder und Jugendliche	2,5	11,1
	– davon 37 für Zweitgutachten	229 Zweitgutachten	17,5	34,9
2024	233 Gutachter – davon 64 für Kinder und Jugendliche	15.442 Gutachten – davon 4.400 für Kinder und Jugendliche	2,9	11,4
	– davon 35 für Zweitgutachten	274 Zweitgutachten	15,3	31,8
SYSTEMISCHE THERAPIE				
2023	31 Gutachter – davon 3 für Zweitgutachten	1.475 Gutachten 15 Zweitgutachten	5,5	10,3
	– davon 3 für Zweitgutachten	15 Zweitgutachten	13,3	13,3
2024	37 Gutachter – davon 14 für Kinder und Jugendliche	2.921 Gutachten – davon 2 für Kinder und Jugendliche	4,2	8,5
	– davon 6 für Zweitgutachten	62 Zweitgutachten	17,7	11,3
TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE				
2023	349 Gutachter – davon 92 für Kinder und Jugendliche	59.223 Gutachten – davon 10.557 für Kinder und Jugendliche	2,1	6,4
	– davon 44 für Zweitgutachten	512 Zweitgutachten	22,0	22,7
2024	338 Gutachter – davon 91 für Kinder und Jugendliche	60.408 Gutachten – davon 10.196 für Kinder und Jugendliche	2,3	6,4
	– davon 43 für Zweitgutachten	661 Zweitgutachten	18,8	21,0
VERHALTENSTHERAPIE				
2023	289 Gutachter – davon 102 für Kinder und Jugendliche	116.504 Gutachten – davon 21.303 für Kinder und Jugendliche	2,9	9,3
	– davon 36 für Zweitgutachten	1.495 Zweitgutachten	18,7	25,6
2024	283 Gutachter – davon 101 für Kinder und Jugendliche	125.175 Gutachten – davon 21.874 für Kinder und Jugendliche	3,0	9,2
	– davon 36 für Zweitgutachten	1.580 Zweitgutachten	21,3	24,6

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

› RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

✓	3.341	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	528	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	10.229	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📄	1.924	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 erfolgreichem 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

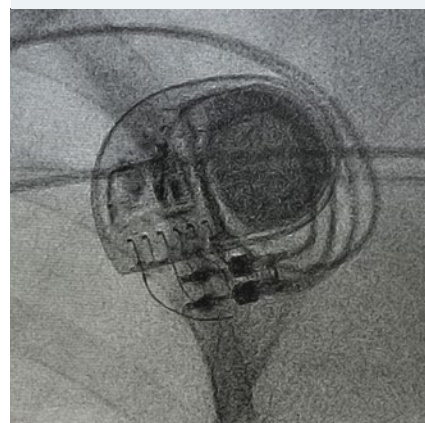
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von mindestens 15 Prozent der Ärzte und Ärztinnen; Dokumentationen von 20 nach dem Zufallsprinzip ausgewählten abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patientinnen und Patienten

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



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



› RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

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

4) 5)

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	14	20	5	0	0	2	9	3	7	7	3	4	3	4	7	4	7)	92
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	11	18	5	0	0	2	7	3	9	6	0	4	2	3	7	4	7)	81
beschiedene Anträge ²⁾	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0		6
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	1	3								1		0						5
– davon Ablehnungen	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			0	k.A.	0	0	2	0	0	1	1	0	0		4
abrechnende Ärzte	7	14	5			2	7	3	6	6	0	6)	2	3	6	4	7)	65

📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0	1	0			2	5	2	3	6		4	2	k.A.	7	0		32
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	0	0			0	0	k.A.	0	0		0	0	k.A.	0	0		0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0	0			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0

📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	1	0	0			0	0	1	1	1		1	0	0	1	1		7
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9	20	0	0			89	0	10	20	20		20	0	0	20	20		219
davon ohne Beanstandungen	20					85		10	20	20		20			19	13		207
davon mit Beanstandungen	0					4		0	0	0		0			1	7		12
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3						4									1	7		12
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung gemäß § 9 Abs. 3						0									0	0		0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden						0									0	1		1
Kolloquien																		
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0

› Fortsetzung nächste Seite

› RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

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

4) 5)

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE UND ICD

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2	7	1	0	0	0	0	3	3	5	2	3	2	6	2	4	7)	40
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	5	6	1	0	0	1	0	4	2	3	0	3	1	6	2	3	7)	37
beschiedene Anträge ²⁾	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		5
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	3	1							1									5
– davon Ablehnungen	0	0							0									0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0		0	0	0		0	0	0	0	0		0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0			0		0	1	2		0	1	0	0	0		4
abrechnende Ärzte	2	4	1			0		1	1	3		6)	1	5	1	3	7)	22

📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0	2	0			1		1	2	2		3	1	k.A.	2	0		14
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	0	0			0		0	0	0		0	0	k.A.	0	0		0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0	0			0		0	0	0		0	0	0	0	0		0

📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	0	1	0			0		0	1	0		0	0	3	0	2		7
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9	0	20	0			0		0	20	0		0	0	57	0	40		137
davon ohne Beanstandungen		20							18					57		36		131
davon mit Beanstandungen		0							2					0		4		6
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3									2							4		6
– 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	0	0	0	0	0	0	0		0

› Fortsetzung nächste Seite

➤ RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

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

4) 5)

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE, ICD UND CRT

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	408	529	109	96	41	66	258	63	312	361	171	20	153	77	105	57	274	3.100
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	413	564	117	92	43	76	257	66	336	374	170	22	152	86	107	59	289	3.223
beschiedene Anträge ²⁾	26	128	14	6	3	23	31	6	54	28	10	5	8	8	12	4	71	437
– davon Genehmigungen (erstmals erteilt, auch gemäß § 12)	26	121	14	6	3	23	31	6	54	28	9	4	8	8	11	4	61	417
– davon Ablehnungen	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	10	20
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	10	1	13	k.A.	3	29	15	22	1	9	1	9	2	8	129
abrechnende Ärzte	376	545	101	81	40	69	205	62	321	343	166	6)	139	86	99	57	244	2.934

📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	53	358	2	64	43	49	165	58	184	343	164	14	67	k.A.	88	6	210	1.868
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	0	0	0	k.A.	0	0	3	10
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	64	142	17	13	6	8	32	10	39	52	25	3	23	12	17	10	41	514
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9	1.280	2.640	340	260	120	60	640	189	765	974	500	60	460	225	340	200	820	9.873
davon ohne Beanstandungen	700	2.611	340	160	118	53	559	189	714	930	469	60	438	215	321	189	578	8.644
davon mit Beanstandungen	580	29	0	100	2	7	81	0	51	44	31	0	22	10	19	11	242	1.229
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3	580	29		20	1	7	47		40	43	29		21	10	17	11	224	1.079
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung gemäß § 9 Abs. 3	0	0		80	1	0	34		11	22	9		1	0	2	0	18	178
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	9	0	0	0	0	0	10	0	1	2	3	0	3	0	3	1	25	57
Kolloquien																		
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3

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 78 Ärzte aus 2023 ⁵⁾ Prüfungen zu Fortbildungsnachweisen noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Es haben abgerechnet: Herzschrittmacher: 20 Ärzte; ICD: 15 Ärzte; CRT: 15 Ärzte; ICD teled.: 3 Ärzte; CRT teled.: 2 Ärzte. ⁷⁾ Keine Differenzierung der Genehmigungsbereiche möglich.

SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

✓ 6.689 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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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)																		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2023	687	1.108	259	145	46	124	395	105	522	1.016	345	64	278	133	175	114	715	6.231
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2024	733	1.212	266	155	52	138	436	117	549	1.073	363	70	303	139	177	127	779	6.689
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	659	1.138	249	130	50	126	396	108	490	991	22	62	297	119	141	122	682	5.782
– davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	63	74	17	25	2	12	38	6	42	77	339	8	0	20	35	5	95	858
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	11	0	0	0	0	0	2	3	17	5	2	0	6	0	1	0	2	49
beschiedene Anträge ²⁾	70	259	28	28	7	16	115	10	33	130	66	9	38	11	12	13	109	954
– davon Genehmigungen	70	252	28	28	7	16	115	10	33	130	66	9	38	11	12	13	104	942
– davon Ablehnungen	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	12
Kolloquien (Antragsverfahren – Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	21	18	1	8	k.A.	0	9	43	48	2	13	5	10	7	49	234

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⁾ Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie werden nicht erteilt.

► SCHMERZTHERAPIE

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

4) 4)

5), 6)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	164	220	99	81	14	32	103	35	82	166	69	21	106	40	48	34	116	1.430
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	175	229	109	83	13	33	113	35	83	162	75	20	105	42	46	32	119	1.474
beschiedene Anträge ²⁾	11	51	57	8	1	3	37	2	7	9	11	1	8	2	0	1	16	225
neu (erstmalig)	11	41	19	7	1	3	20	1	2	9	10	0	6	1		1	16	148
– davon Genehmigungen	11	35	18	7	1	3	20	1	2	9	7		6	1		1	14	136
– davon Ablehnungen	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	3		0	0		0	2	12
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		0	0	1
– davon Genehmigungen													1					1
– davon Ablehnungen													0					0
neu (wegen Statuswechsel u. ä.)	5	10	38	1	0	0	17	1	5	4	4	1	1	1		0	2	90
– davon Genehmigungen	5	10	38	1			17	1	5	4	4	1	1	1			2	90
– davon Ablehnungen	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0			0	0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
– davon bestanden														1				1
– davon nicht bestanden														0				0
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	4	3	1	0	1	6	0	1	3	0	0	1	0	0	0	3	23
– davon bestanden		4	2	1		1	5		1	3			1				3	21
– davon nicht bestanden		0	1	0		0	1		0	0			0				0	2
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 10 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	8	5	2	0	k.A.	2	8	11	5	1	9	0	2	3	15	72

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7 Abs. 2 (fakultativ)

geprüfte Ärzte	8	0	0	0	0	0	0	18	3	0	0	0	0	0	0	1	0	30
– davon Anforderungen erfüllt	8							18	3							0		29
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0							0	0							1		1

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

geprüfte Ärzte	9	28	6	5	3	1	5	2	10	9	4	2	17	3	9	1	10	124
– davon Anforderungen erfüllt	7	22	6	4	3	1	3	2	9	5	3	2	17	1	9	0	9	103
– davon Anforderungen nicht erfüllt	2	6	0	1	0	0	2	0	1	4	1	0	0	0	0	1	1	19
geprüfte Dokumentationen	108	336	72	60	36	12	60	24	120	108	48	24	204	0	108	12	120	1.452
– davon ohne Beanstandungen	78	311	60	48	36	12	36	24	108	60	35	24	204		89	0	104	1.229
– davon mit Beanstandungen	30	25	12	12	0	0	24	0	12	48	13	0	0		19	12	16	223
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	2	6	2	1	0	0	1	0	1	4	1	0	0	0	2	1	1	22
– davon ohne Beanstandungen	1	6	2	1			0		0	1	1				2	1	1	16
– davon mit Beanstandungen	1	0	0	0			1		1	3	0				0	0	0	6
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
– davon ohne Beanstandungen							0									1		1
– davon mit Beanstandungen							3									0		3
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3

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⁾ Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Korrektur der Genehmigungsinhaber zum Vorjahr. ⁶⁾ Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen.

SOZIALPSYCHIATRIE

✓ 1.012 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: 01.01.2025, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 01.07.2013

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

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

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

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



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

4)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	83	154	62	26	11	56	52	11	132	148	44	8	26	17	40	21	96	987
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	87	162	63	26	11	57	52	11	135	143	48	8	26	17	39	23	104	1.012
beschiedene Anträge ²⁾	12	21	2	4	1	2	28	0	11	10	11	0	2	2	7	4	15	132
– davon Genehmigungen	12	21	2	4	1	2	28		11	10	11		2	2	7	4	14	131
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0	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	1	4	1	0	k.A.	0	8	15	7	0	2	3	8	2	0	51

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⁾ Korrektur der Genehmigungsinhaber zum Vorjahr.

SOZIOThERAPIE

✓ 4.553 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



Richtlinie 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: 26.07.2025

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2023	644	439	271	39	106	86	201	76	124	573	302	128	393	146	153	40	477	4.198
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2024	666	481	273	39	108	90	211	74	130	669	321	138	416	150	170	40	577	4.553
beschiedene Anträge ²⁾	56	68	17	1	6	8	32	6	15	139	54	23	46	6	25	0	136	638
– davon Genehmigungen	56	68	16	1	6	8	32	6	15	139	54	23	46	6	24		127	627
– davon Ablehnungen	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		9	11
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	26	14	1	4	0	k.A.	8	5	43	35	12	23	2	7	0	5	185

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.

› SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK

✓ 435 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

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

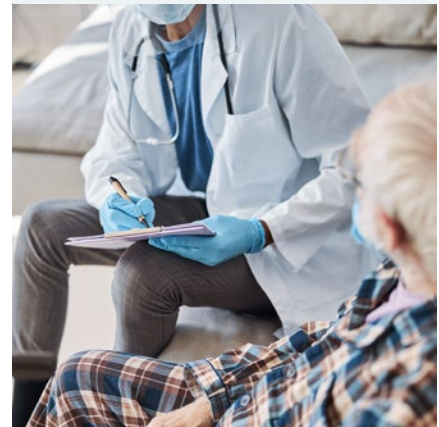
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

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 31.12.2023	30	80	19	7	8	10	18	8	25	43	82	9	17	11	23	7	42	439
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	35	74	18	7	8	14	21	8	25	41	81	7	11	11	23	7	44	435
Institutsambulanzen mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	29	12	0	1	0	9	0	0	5	3	0	0	3	1	1	0	8	72

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

SPEZIAL-LABOR

✓ 9.518 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

1.577 **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, zuletzt geändert zum: 01.01.2024



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

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

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.195	1.815	632	189	117	312	545	136	859	1.505	460	157	444	137	253	103	1.034	9.893
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	1.173	1.693	588	183	112	329	546	132	835	1.437	447	150	431	128	242	94	998	9.518
abrechnende Ärzte	995	1.363	414	146	95	329	405	93	782	924	303	85	312	99	176	74	813	7.408
beschiedene Anträge ²⁾	124	194	126	14	6	33	99	6	151	65	59	19	24	12	18	7	151	1.108
– davon Genehmigungen	119	158	121	14	5	33	98	6	134	47	58	8	22	12	18	5	136	994
· darunter erstmals erteilte Genehmigungen	119	113	23	11	5	0	74	5	49	27	18	2	22	1	18	5	22	514
– davon Ablehnungen	5	36	5	0	1	0	1	0	17	18	1	11	2	0	0	2	15	114
Kolloquien gemäß § 3 Abs. 2 (Antragsverfahren)	29	35	21	1	1	2	21	1	29	23	4	2	9	0	2	0	22	202
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	5
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	5	67	17	10	6	k.A.	11	71	95	71	7	36	9	29	14	145	593

1.577 ÜBERPRÜFUNG DER INTERNEN UND EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG § 5

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

überprüfte Ärzte gemäß § 5 Abs. 1	56	119	70	1	6	0	20	6	23	65	4	0	2	1	5	5	88	471
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5)	36	98	65	1	5		20	1	22	42	4		2	0	4	0	50	350
– davon mit Beanstandungen	0	12	0	0	0		0	0	0	15	0		0	1	0	0	16	44
– davon Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5	20	6	5	0	1		0	5	1	8	0		0	0	1	5	22	74
überprüfte Ärzte gemäß § 5 Abs. 3	153	193	63	15	13	38	63	18	133	136	47	0	73	10	16	10	125	1.106
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5)	97	135	49	9	10	11	63	13	101	75	22		10	4	5	3	28	635
– davon mit Beanstandungen	8	44	5	6	3	7	0	1	11	12	11		20	3	10	2	83	226
– davon Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5	48	3	9	0	0	20	0	4	8	49	14		43	3	1	5	14	221

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⁾ Prüfungen noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Davon 11 Rückgaben/Beendigungen aufgrund von Stichprobenprüfungen.

STOßWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

✓ 992 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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin
KOLLOQUIUM: gegebenenfalls 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 31.12.2023	152	243	5	9	21	16	60	12	117	135	55	24	23	23	29	13	117	1.054
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	144	218	5	10	20	8	58	12	122	133	49	22	20	21	28	13	109	992
beschiedene Anträge ²⁾	3	19	0	2	2	0	4	0	12	1	5	4	0	1	3	0	7	63
– davon Genehmigungen	3	12		2	2		4		11	1	5	4		1	3		7	55
– davon Ablehnungen	0	7		0	0		0		1	0	0	0		0	0		0	8
Kolloquien (Antragstellung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	2	2	0	k.A.	0	7	3	10	2	1	2	4	0	15	48

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:

- ✓ 19.023 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 850 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 10.200 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

COMPUTERTOMOGRAPHIE:

- ✓ 5.377 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

OSTEODENSITOMETRIE:

- ✓ 1.410 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

STRAHLENTHERAPIE:

- ✓ 1.309 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

NUKLEARMEDIZIN:

- ✓ 1.199 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: 01.07.2025

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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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:** gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

› **Stereotaktische Radiochirurgie (SRS):** Genehmigungsvoraussetzung für Neurochirurgen und Neurochirurginnen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

› **Konventionelle Röntgendiagnostik:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

› **Konventionelle Röntgendiagnostik:** Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik

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

› **Konventionelle Röntgendiagnostik:** jährliche Auswertung der Stichprobenprüfungen an G-BA

BERATUNG:

› **Konventionelle Röntgendiagnostik:** 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)

✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 5

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2.607	3.106	755	416	276	467	1.301	400	1.949	2.386	916	300	934	461	667	487	2.067	19.495
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	2.522	2.963	583	405	260	491	1.301	399	1.928	2.374	889	292	935	474	683	491	2.033	19.023
beschiedene Anträge ²⁾	228	5.096	77	26	30	83	276	21	254	181	162	23	78	24	75	38	308	6.980
– davon Genehmigungen	221	4.944	73	26	30	80	274	21	251	181	160	20	77	24	75	38	285	6.780
– davon Ablehnungen	7	152	4	0	0	3	2	0	3	0	2	3	1	0	0	0	23	200
Kolloquien (Antragsverfahren)	34	3	0	0	0	11	4	0	10	0	17	0	0	0	24	0	15	118
– davon bestanden	33	3				11	4		9		17				22		12	111
– davon nicht bestanden	1	0				0	0		1		0				2		3	7
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	1	0	0	0	0	11	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	14
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	8	7	245	37	46	50	k.A.	22	178	193	187	22	76	11	58	38	318	1.496

› 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
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																		
Prüfumfang																		
abrechnende Ärzte	2.109	2.931	611	352	200	433	1.095	314	1.828	2.004	732	240	831	328	597	419	1.564	16.588
geprüfte Ärzte	167	143	26	14	8	29	48	17	76	82	32	11	42	14	28	17	96	850
– davon Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	165	131	24	14	8	23	44	16	76	80	32	10	40	14	28	17	94	816
– davon anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	2	12	2	0	0	6	4	1	0	2	0	1	2	0	0	0	2	34
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	7,8	4,5	3,9	4,0	4,0	5,3	4,0	5,1	4,2	4,0	4,4	4,2	4,8	4,3	4,7	4,1	6,0	4,9
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	161	66	6	14	8	17	24	13	66	65	24	9	39	14	24	9	80	639
– geringe Beanstandungen	3	54	11	0	0	5	15	2	10	15	7	1	1	0	3	8	13	148
– erhebliche Beanstandungen	1	6	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
– schwerwiegende Beanstandungen	0	5	5	0	0	1	4	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	18
anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen	0	3	1			6	1	0		1		0	2				1	15
– geringe Beanstandungen	1	4	1			0	0	0		0		1	0				1	8
– erhebliche Beanstandungen	0	0	0			0	0	0		1		0	0				0	1
– schwerwiegende Beanstandungen	1	5	0			0	3	1		0		0	0				0	10
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	74	19	0	0	5	16	4	10	17	8	2	0	0	1	0	15	176
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	4	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	8
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	2	16	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	1	16	7			0												24
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	1	0	0			1												2
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	1														1			2
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	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.

› 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 31.12.2023	660	677	299	120	70	185	403	91	499	710	276	78	210	101	149	145	582	5.255
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	673	666	303	118	72	200	421	92	529	725	289	78	207	100	159	157	588	5.377
abrechnende Ärzte	610	642	188	118	53	193	397	74	553	539	273	66	199	95	108	112	520	4.740
beschiedene Anträge ²⁾	83	1.279	60	12	7	32	133	4	90	61	37	11	13	5	29	24	149	2.029
– davon Genehmigungen	83	1.277	59	12	7	31	132	4	90	61	37	11	13	5	29	24	125	2.000
– davon Ablehnungen	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	29
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	0	55	14	3	23	k. A.	3	68	46	24	9	16	6	19	15	114	415

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⁾ Korrektur der Genehmigungsinhaber zum Vorjahr. ⁵⁾ Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden.

› OSTEODENSITOMETRIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	227	159	73	40	22	14	107	14	93	95	116	21	119	34	19	37	216	1.406
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	237	157	74	40	22	12	112	16	87	104	103	21	118	38	21	35	213	1.410
abrechnende Ärzte	171	159	61	27	22	5	112	15	78	80	84	13	102	34	19	27	145	1.154
beschiedene Anträge ²⁾	25	37	6	1	0	2	16	2	9	18	15	0	5	4	4	3	16	163
– davon Genehmigungen	25	37	6	1		2	16	2	9	18	15		5	4	4	3	16	163
– davon Ablehnungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5
– davon bestanden		3							2									5
– 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	5	1	0	3	k. A.	0	5	9	28	0	6	0	2	5	22	88

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.

► STRAHLENTHERAPIE

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 § 9																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	188	174	74	28	16	38	90	26	118	159	63	20	58	31	32	34	149	1.298
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	192	176	72	28	16	36	92	26	115	156	63	22	63	35	31	35	151	1.309
abrechnende Ärzte	174	171	74	28	14	33	76	21	100	145	61	19	59	34	35	34	136	1.214
Ärzte, die Leistungen der Stereotaktischen Radiochirurgie (SRS) abrechnen	36	53	11	16	0	15	25	11	29	47	18	1	47	0	0	4	23	336
beschiedene Anträge ²⁾	22	273	7	5	2	5	30	1	51	19	18	5	8	6	13	1	78	544
– davon Genehmigungen	22	272	7	5	2	5	30	1	49	19	18	5	8	6	13	1	70	533
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	8	11
Kolloquien (Antragsverfahren)	2	2	0	0	0	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	1	13
– davon bestanden	2	1				1	1		1	5							1	12
– davon nicht bestanden	0	1				0	0		0	0							0	1
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	0	9	5	2	7	k.A.	0	27	22	4	2	3	2	14	1	26	124

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Kolloquium bezieht sich auf SRS. ⁵⁾ Beschiedene Anträge: 4 Genehmigungen Strahlentherapie allgemein; 1 Genehmigung SRS. ⁶⁾ Diskrepanz aufgrund unterschiedlicher Zeitpunkte der Datenerfassung. ⁷⁾ Beschiedene Anträge: nur Strahlentherapie (ohne SRS).

► NUKLEARMEDIZIN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 10																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	167	189	59	26	18	36	88	24	109	166	69	13	44	27	30	32	125	1.222
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	166	188	59	23	18	35	89	25	100	161	64	13	42	29	32	36	119	1.199
abrechnende Ärzte	135	168	58	23	13	31	82	25	95	142	56	12	40	29	32	34	98	1.073
beschiedene Anträge ²⁾	10	76	7	1	0	4	18	1	20	7	13	0	3	11	4	4	14	193
– davon Genehmigungen	10	75	7	1		4	18	1	20	7	13		3	11	4	4	14	192
– davon Ablehnungen	0	1	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	1
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	7	4	0	4	k.A.	0	14	12	28	0	5	7	2	0	17	100

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.

› SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

✓ 3.105 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

1.464 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

5.316 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

§

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



› SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

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 31.12.2023	500	414	168	39	51	101	187	52	397	397	90	15	76	101	94	26	437	3.145	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	470	414	180	38	49	99	185	59	385	383	86	12	78	101	95	33	438	3.105	
abrechnende Ärzte	276	368	180	16	39	70	147	22	238	356	55	10	43	33	91	22	299	2.265	
beschiedene Anträge ²⁾	23	78	12	6	0	18	19	7	43	16	8	0	7	2	4	7	48	298	
– davon Genehmigungen	22	77	12	6		18	19	7	43	16	8		7	2	4	7	46	294	
– davon Ablehnungen	1	1	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	2	4	
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4	
– davon ohne Beanstandungen	2														2			4	
– davon mit Beanstandungen	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	7	2	5	k.A.	0	12	30	12	3	5	11	3	0	41	131	
Ärzte im Konsiliarverfahren	216	230	1	10	14	16	43	42	157	6	42	1	46	59	61	8	158	1.110	
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	2	0	0	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	2	15	
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 Abs. 3																			
geprüfte Ärzte	205	163	52	6	35	47	131	12	135	356	30	10	26	23	48	14	171	1.464	
geprüfte Fälle	522	582	344	12	242	238	556	34	616	900	166	57	91	37	225	39	488	5.149	
– davon ohne Beanstandungen	387	452	299	9	177	206	421	5	550	584	145	50	72	35	166	33	196	3.787	
– davon mit geringen Beanstandungen	103	6	26	3	35	30	95	29	55	262	0	7	17	1	33	5	292	999	
– davon mit erheblichen Beanstandungen	30	0	12	0	21	2	40	0	5	37	21	0	1	0	9	1	0	179	
– davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	2	124	7	0	9	0	0	0	6	17	0	0	1	1	17	0	0	184	
📄 2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 Abs. 11																			
geprüfte Fälle	71	0	83	0	0	0	0	0	13	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	167	
– davon ohne Änderung der Behandlung	71		83						13									167	
– davon mit Änderung der Behandlung	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) 1 Diamorphinantrag abgelehnt. 5) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 6) 2-Jahres-Überprüfungen erfolgen im Rahmen der Prüfungen nach § 8 Abs. 3. 7) Davon 19 Institutsambulanzen gezählt als 1 Arzt.

TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ

844 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Erfüllung der Anforderungen an die technische Ausstattung
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: die für das intensivierte Telemonitoring erforderliche Zusammenarbeit legen die primärbehandelnde Ärztin oder der primärbehandelnde Arzt (PBA) und das telemedizinische Zentrum (TMZ) in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung fest
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehung durch die Qualitätssicherungskommission der KV gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Jahresstatistik wird in elektronischer Form übermittelt
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfung auf Verlangen der KV
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Jahresstatistiken der TMZ gemäß § 7 der QS-Vereinbarung über die KVen an die KBV; Jahresbericht an die KVen und die Partner des Bundesmantelvertrags; jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	103	132	29	12	36	30	60	17	40	83	18	1	49	17	18	24	44	713
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	117	146	44	16	13	36	65	16	50	103	27	1	60	25	34	26	65	844
abrechnende Ärzte (3. Quartal 2024)	44	61	25	16	6	17	32	13	34	103	19	0	33	25	19	17	33	497
beschiedene Anträge ²⁾	15	33	17	8	2	4	8	1	10	24	9	2	12	9	16	3	25	198
– davon Genehmigungen	15	29	17	8	2	4	8	1	10	24	9	1	12	9	16	3	24	192
– davon Ablehnungen	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	6
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 4 (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 6	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	2	1	2	5	k.A.	1	0	4	0	0	1	1	0	1	3	21
PATIENTEN⁴⁾																		
mit Telemonitoring versorgte Patienten	k.A.	0	477	k.A.	0	k.A.	491	k.A.	k.A.	k.A.	307	k.A.	470	k.A.	255	k.A.	1.250	3.250
mit intensiviertem Telemonitoring versorgte Patienten	k.A.	0	110	k.A.	0	k.A.	203	k.A.	k.A.	k.A.	55	k.A.	219	k.A.	108	k.A.	13	708
an die KV übertragene Jahresstatistiken nach § 7	k.A.	0	11	k.A.	1	k.A.	18	7	k.A.	k.A.	7	k.A.	13	k.A.	9	k.A.	14	80

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⁾ Für die vollständigen Daten vgl. Jahresbericht gemäß § 7 der QS-V.

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK:

✓ 97.773	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
📶 12.473	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📊 4.592	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍 22.758	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE:

✓ 8.451	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
📊 2.099	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍 25.044	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN / PATIENTEN)



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.10.2025



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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 (in 2024 und 2025: vier Prozent) der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zu fünf Fällen, dabei können maximal die Hälfte der Festlegungen des Prüfvolumens durch die Partner des Bundesmantelvertrags 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 Ultraschalldiagnostik 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)				5)				6)			6),7)							
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Ärzte ¹⁾ mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2023	12.885	17.228	3.673	2.280	965	2.232	6.900	1.337	9.585	12.172	4.784	1.320	4.102	1.823	3.241	2.215	9.558	96.300	
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2024	13.22	17.442	3.752	2.403	1.104	2.260	7.001	1.290	9.719	12.164	4.811	1.327	4.166	1.901	3.312	2.296	9.703	97.773	
beschiedene Anträge (Ärzte) ²⁾	1.448	6.701	1.137	216	174	551	1.874	131	1.975	2.717	755	152	597	228	403	268	2.631	21.958	
neu	1.448	5.218	306	152	174	551	595	88	703	2.437	287	106	352	151	397	268	2.631	15.864	
– davon Genehmigungen	1.087	4.772	288	145	139	513	567	88	693	2.340	278	100	310	148	359	253	2.527	14.607	
– davon Ablehnungen	361	446	18	7	35	38	28	0	10	716	9	17	42	3	38	15	104	1.887	
erneut gemäß § 11 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	61	0	0	0	0	2	0	0	2	65	
– davon Genehmigungen									57					2			2	61	
– davon Ablehnungen									4					0			0	4	
neu (wg. Statuswechsel u. ä.)	951	1.483	831	64	32	0	1.279	43	1.203	280	468	46	245	77	6	140	k. A.	7.148	
– davon Genehmigungen	951	1.316	817	64	32		1.279	43	1.191	279	468	46	245	77	6	140		6.954	
– davon Ablehnungen	0	167	14	0	0		0	0	12	40	0	1	0	0	0	0		234	
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	10.058	30.734	3.835	0	477	0	2.253	289	8.393	8.024	2.124	341	1.091	540	1.048	1.524	13.321	84.052	
neu	5.555	21.952	881		477		2.253	289	3.042	6.645	881	341	1.091	336	1.048	962	13.321	59.074	
– davon Genehmigungen	4.439	20.127	802		449		1.649	191	2.697	4.516	862	311	1.002	325	972	660	13.130	52.132	
– davon Ablehnungen	1.116	1.825	79		28		604	98	345	2.129	19	30	89	11	76	302	191	6.942	
erneut	4.503	8.782	2.954		k. A.		0	0	5.018	1.379	1.243	0	0	11	0	562	2	24.454	
– davon Genehmigungen	4.503	8.151	2.936						4.872	1.301	1.243			11		512	2	23.531	
– davon Ablehnungen	0	631	18						146	78	0			0		50	0	923	
Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	130	241	22	8	3	4	65	0	48	61	47	3	0	62	59	8	187	948	
– davon bestanden	118	223	21	8	3	4	57		47	57	45	1		60	41	7	169	861	
– davon nicht bestanden	12	18	1	0	0	0	8		1	4	2	2		2	18	1	18	87	
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	8	0	0	0	0	0	1	0	9	0	0	0	0	1	0	0	2	21	
– davon bestanden	6						1		9					1			2	19	
– davon nicht bestanden	2						0		0					0			0	2	
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	16	59	4	0	0	3	1	0	4	8	0	8	4	0	15	31	21	174	
Rückgabe/ Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) ³⁾	2	48	205	22	k. A.	0	k. A.	135	793	2	719	0	224	109	273	74	1.182	3.788	

› 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 31.12.2024																		
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	526	693	85	58	35	69	306	27	510	382	200	48	131	44	101	84	318	3.617
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	243	454	51	31	30	60	112	28	302	319	91	39	111	29	68	37	213	2.218
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	430	359	44	30	31	47	109	27	172	326	108	AB 2.1	109	32	61	33	244	2.162
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	635	729	185	67	32	299	280	52	362	520	173	42	224	88	119	100	368	4.275
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.706	2.487	427	214	158	452	773	90	1.378	1.574	464	98	622	99	304	329	654	11.829
3.3 Schilddrüse, B-Modus	5.989	8.671	1.199	884	406	1.313	3.305	481	5.339	5.731	2.322	588	2.008	744	1.451	1.118	4.852	46.401
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	687	1.110	202	143	55	136	457	79	788	621	271	68	215	125	138	99	374	5.568
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	273	294	27	34	45	76	232	22	418	202	AB 21.4	14	70	n.a.	50	18	105	1.880
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	73	88	37	14	6	14	37	8	60	AB 4.1	65	2	23	12	17	12	52	520
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	7	3	0	0	2	27	10	0	132	AB 4.2	AB 21.4	0	2	n.a.	0	0	1	184
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	437	551	115	62	43	143	236	50	345	367	155	38	123	17	90	46	242	3.060
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	16	10	5	1	6	56	5	0	AB 4.5	AB 4.5	k.A.	0	4	2	0	1	6	112
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	2.083	2.573	407	236	151	560	1.515	180	1.968	2.045	592	81	821	35	384	297	1.963	15.891
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	21	12	2	2	19	4	17	1	AB 5.1	13	k.A.	8	3	n.a.	3	1	11	117
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.580	1.566	533	214	132	307	938	102	1.448	1.352	488	146	413	202	281	241	1.154	11.097
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7.847	10.844	2.080	1.108	576	1.140	4.197	637	7.413	7.895	3.040	798	2.456	967	1.993	1.396	5.842	60.229
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	264	38	34	17	35	24	59	9	AB 7.1	81	k.A.	29	59	12	40	34	52	787
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	112	38	20	6	38	13	35	3	AB 7.1	AB 7.2	k.A.	AB 7.2	23	n.a.	8	16	44	356
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.270	1.443	366	138	67	471	695	64	991	AB 7.1	556	188	295	93	254	181	663	7.735
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	5.066	8.277	876	701	249	796	2.438	136	4.027	4.516	1.320	523	1.551	124	328	719	3.170	34.817
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	610	772	174	96	75	99	166	67	AB 8.1	432	k.A.	144	203	n.a.	119	98	346	3.401
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.710	2.390	748	311	141	605	951	206	1.527	1.531	581	552	629	268	404	282	1.221	14.057
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.551	1.926	688	300	133	396	914	200	1.631	1.493	531	134	565	257	403	276	1.188	12.586
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.353	1.590	547	203	112	311	782	160	1.141	1.267	481	126	460	223	342	214	1.040	10.352
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	736	749	170	35	55	133	432	20	703	390	208	116	57	48	128	75	619	4.674
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.303	2.177	481	163	118	308	609	104	1.154	1.275	428	138	423	124	282	202	929	10.218
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.217	1.649	265	164	87	133	644	80	944	1.130	363	120	368	122	283	189	843	8.601
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.670	1.582	315	168	131	278	909	67	1.658	1.727	354	166	359	96	339	97	681	10.597
12.1 Haut, B-Modus	12	5	2	0	7	16	6	1	112	132	3	3	5	4	4	10	14	336
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	243	28	5	8	17	0	60	13	AB 12.1	AB 12.1	6	12	59	8	17	36	23	535

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	8)								9)				9)					
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.525	2.618	329	207	127	285	748	75	2.008	1.091	424	162	223	129	279	138	1.263	11.631
20.2 CW-Doppler – Extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1.264	2.016	160	111	96	194	450	40	1.672	748	424	131	193	82	132	127	958	8.798
20.3 CW-Doppler – Extremitätenentsorgende Gefäße	310	AB 20.2	158	68	24	0	139	6	AB 20.2	63	AB 20.2	AB 20.2	150	n.a.	17	45	9	989
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	469	384	106	29	42	73	175	22	287	301	82	25	78	38	66	33	191	2.401
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	438	617	105	50	45	120	259	35	388	375	134	62	74	37	84	53	290	3.166
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.124	1.676	280	186	103	273	574	95	1.063	1.056	329	89	304	121	227	103	686	8.289
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	356	387	80	64	53	84	210	19	273	364	126	49	84	38	86	61	180	2.514
20.8 Duplex-Verfahren – Extremitätenver- / entsorgende Gefäße	893	1.030	237	134	68	156	464	54	852	777	231	52	221	80	126	77	442	5.894
20.9 Duplex-Verfahren – Extremitätenentsorgende Gefäße	309	AB 20.8	233	76	20	0	169	11	AB 20.8	82	AB 20.8	AB 20.8	192	n.a.	18	34	9	1.153
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	1.131	1.188	276	166	109	177	701	59	1.019	883	327	78	260	75	192	143	601	7.385
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	555	807	220	36	53	202	337	19	532	559	124	80	187	20	48	91	547	4.417
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	674	1.103	196	145	49	129	438	79	638	578	257	66	218	125	129	96	353	5.273
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	270	286	32	33	46	75	240	22	406	163	127	14	70	n.a.	49	17	106	1.956
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	76	88	27	14	6	56	33	9	63	AB 21.1	69	2	24	12	18	12	53	562
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	8	AB 21.2	0	0	2	24	11	0	129	AB 21.2	17	0	2	n.a.	0	0	1	194
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	164	176	65	19	13	59	66	14	136	183	39	31	29	13	36	28	132	1.203
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	726	828	189	81	62	246	345	55	742	641	233	101	290	101	145	146	614	5.545
23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	30	34	2	8	4	6	9	2	27	10	9	1	13	1	10	13	17	196
GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG																		
Ultraschall-Systeme																		
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2023)	12.885	37.480	18.239	1.812	930	2.064	17.948	1.122	17.203	13.345	9.427	1.491	3.826	4.250	2.826	5.082	19.480	169.410
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2024)	13.263	37.612	18.701	1.854	964	1.479	17.545	1.119	15.862	14.346	9.710	1.467	3.859	3.334	7.440	5.225	19.551	173.331
Konstanzprüfungen § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	686	2.184	594	122	30	0	631	44	705	106	344	12	332	175	380	43	550	6.938
Konstanzprüfungen § 13 Abs. 3 (Bilddokumentation) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	343	1.479	349	96	10	0	498	23	790	182	198	34	2	115	425	181	810	5.535

► Fortsetzung nächste Seite

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

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

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11

Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2a (gesamt)

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte	637	694	149	76	67	52	280	55	428	551	207	58	173	72	132	100	413	4.144
– davon ohne Beanstandungen	165	274	73	32	55	25	87	0	272	350	128	45	135	44	62	57	141	1.945
– davon mit geringen Beanstandungen	322	353	69	37	10	24	104	46	120	143	76	10	31	20	56	22	185	1.628
– davon mit erheblichen Beanstandungen	48	44	4	3	2	2	39	6	15	20	3	0	2	1	4	10	30	233
– davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	102	23	3	4	0	1	50	3	21	38	0	3	5	7	10	11	57	338
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	4,9	4,0	4,1	3,3	6,9	2,3	4,1	4,1	4,5	4,5	4,3	4,4	4,2	3,9	4,1	4,5	4,3	4,3

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	3.179	3.470	745	380	335	260	1.400	275	2.140	2.755	1.035	290	865	176	660	498	2.065	20.528
– davon ohne Beanstandungen	1.429	2.304	426	198	275	168	741	24	1.639	1.750	857	244	775	134	437	389	990	12.780
– davon mit geringen Beanstandungen	1.129	808	297	142	50	74	329	223	340	715	160	31	62	26	166	44	740	5.336
– davon mit erheblichen Beanstandungen	324	323	11	29	10	16	212	17	58	100	17	0	7	4	38	27	130	1.323
– davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	297	35	11	11	0	2	118	11	103	190	1	15	21	12	19	38	205	1.089
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	187	39	2	18	0	3	84	8	32	99	2	5	11	1	30	28	53	602
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	118	0	0	24	2	5	61	1	23	50	0	0	0	0	26	0	100	410
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	188	29	15	32	0	1	215	17	50	116	4	5	12	1	45	57	170	957
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	351	29	6	11	0	3	324	3	45	89	11	5	14	2	29	45	68	1.035
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefund	271	25	0	13	0	4	135	19	58	116	12	5	2	4	32	0	64	760
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	220	85	0	25	0	2	13	20	112	197	0	21	13	14	22	75	60	879
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	280	110	19	8	0	2	161	5	77	214	8	7	20	3	3	0	265	1.182
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	173	70	7	17	0	0	215	23	42	114	11	0	8	4	39	0	170	893

› Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2b (Schwerpunkt)																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	218	474	0	0	0	10	150	0	151	0	0	0	0	36	0	0	0	1.039
– davon ohne Beanstandungen	63	201				3	33		103					19				422
– davon mit geringen Beanstandungen	98	238				5	55		36					12				444
– davon mit erheblichen Beanstandungen	24	21				2	22		5					1				75
– davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	33	14				0	40		7					4				98
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	1,7	2,8	0,0	0,0	0,0	0,4	2,2	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	1.090	2.370	0	0	0	50	750	0	755	0	0	0	0	180	0	0	0	5.195
– davon ohne Beanstandungen	514	1.629				28	296		585					119				3.171
– davon mit geringen Beanstandungen	354	527				16	206		119					39				1.261
– davon mit erheblichen Beanstandungen	96	185				5	164		16					14				480
– davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	126	29				1	84		35					8				283
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	73	19				5	69		22					0				188
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	39	0				1	58		5					0				103
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	67	16				1	157		11					11				263
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	150	21				3	242		12					0				428
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	106	15				5	95		17					12				250
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	92	51				0	3		16					11				173
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	81	58				4	122		22					1				288
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	75	31				0	154		12					19				291

► 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)																		
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 5																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	92	61	17	9	0	23	51	6	30	18	5	9	6	8	13	20	80	448
– davon ohne Beanstandungen	23	28	6	3		10	11	0	21	13	4	6	5	1	9	7	20	167
– davon mit geringen Beanstandungen	52	31	7	6		10	17	6	5	3	1	1	1	6	3	9	40	198
– davon mit erheblichen Beanstandungen	4	1	2	0		3	10	0	1	0	0	2	0	1	0	0	11	35
– davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	13	1	2	0		0	13	0	2	2	0	0	0	0	1	4	9	47
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	460	305	80	45	0	115	255	30	150	90	25	45	30	40	65	95	400	2.230
– davon ohne Beanstandungen	211	199	49	21		66	102	5	113	65	23	37	25	19	55	66	145	1.201
– davon mit geringen Beanstandungen	164	82	18	22		37	67	25	18	15	2	2	5	17	6	13	170	663
– davon mit erheblichen Beanstandungen	41	19	7	2		11	67	0	3	0	0	6	0	2	2	5	47	212
– davon mit schwerwiegenden Beanstandungen	44	5	6	0		1	19	0	11	10	0	0	0	2	2	11	38	149
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	9	2	1	0	0	0	29	0	0	1	0	2	0	0	1	3	19	67
– davon bestanden	6	1	1				16			1		2			1	3	14	45
– davon nicht bestanden	3	1	0				13			0		0			0	0	5	22
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung – Ärzte	6	9	0	0	0	0	9	0	0	3	0	0	0	0	0	1	10	38

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) Gemeldete US-Systeme: Korrektur zum Vorjahr, da zuvor Geräte doppelt gezählt wurden (Praxisgemeinschaften, Krankenhäuser usw.). 5) Beschiedene Anträge: keine Differenzierung zwischen neu und erneuten Anträgen möglich. 6) Beschiedene Anträge beinhalten auch Teilgenehmigungen. 7) Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte/ Anwendungsbereiche), da apparative Anforderungen nicht mehr erfüllt. 8) Gemeldete Ultraschallsysteme: Stichtag 18.02.2025. 9) Hoher Anstieg der gemeldeten US-Systeme aufgrund Angabe von US-Systemen gemäß Definition der QS-V (davor Angabe Ultraschall-(Haupt-)Geräte). 10) Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6: gezählt wurden Anwendungsbereiche, nicht Ärzte.

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

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 31.12.2023	1.198	1.635	252	153	71	135	642	82	800	1.126	363	112	374	119	267	187	849	8.365
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	1.207	1.649	265	164	89	133	644	80	802	1.130	363	120	368	122	283	189	843	8.451
beschiedene Anträge ²⁾	159	599	49	18	10	15	100	5	92	90	80	9	32	12	28	13	223	1.534
neu	82	452	17	13	10	15	29	1	45	61	24	6	13	12	28	8	223	1.039
– davon Genehmigungen	73	451	17	13	10	15	23	1	43	57	24	6	13	12	28	7	199	992
– davon Ablehnungen	9	1	0	0	0	0	6	0	2	4	0	0	0	0	0	1	24	47
erneut gemäß § 11 Abs. 4	2	0	0	0	0	0	1	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	12
– davon Genehmigungen	2						1		9									12
– davon Ablehnungen	0						0		0									0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	75	147	32	5	0	15	71	4	38	29	56	3	19	0	0	5	k.A.	499
– davon Genehmigungen	75	138	32	5		15	71	4	38	29	56	3	19			5		490
– davon Ablehnungen	0	9	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0			0		9
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon bestanden	2																	2
– davon nicht bestanden	0																	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	0	0	3	0	0	2	3	17
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	3	4	2	8	1	k.A.	3	64	1	80	0	30	9	12	5	125	347

☐ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Initialprüfungen

abrechnende Ärzte (Vorjahr)	908	1.166	154	142	k.A.	135	502	82	550	805	324	82	308	119	216	143	643	6.279
geprüfte Ärzte	66	93	5	6	6	3	33	1	53	55	16	2	24	12	32	9	36	452
– davon ohne Beanstandungen	53	66	2	5	6	1	33	1	39	41	14	2	17	10	14	4	18	326
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	11	24	2	1	0	2	0	0	13	14	0	0	4	2	17	2	8	100
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	2	3	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0	1	3	10	26
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0	1						1		1		0		1	0	6	10
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	2	0						0		0		0		0	0	0	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	6	27	0	0	0	0	4	0	4	12	4	0	9	0	4	3	8	81
– davon ohne Beanstandungen	5	18					4		3	5	3		5		2	3	3	51
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	9					0		1	7	0		2		2	0	4	26
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0					0		0	0	1		0		0	0	0	1
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0					0		0	0	0		0		0	0	0	0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	0					0		0	0	1		2		0	0	1	4
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben gemäß Anlage V § 11 Abs. 3									2		1		0			0	1	4
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben									0		0		0			1	0	1

► 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
Prüfungen innerhalb 2 Jahre																		
geprüfte Ärzte	46	42	7	7	10	5	50	0	31	46	20	0	23	1	5	7	22	322
– ohne Beanstandungen	44	35	4	7	9	2	50		28	41	15		18	1	4	7	10	275
– mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	7	2	0	1	3	0		3	4	1		4	0	1	0	9	37
– mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	0	1	0	0	0	0		0	1	4		1	0	0	0	3	10
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben			1						0	0	3		0				1	5
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben			0						1	0	0		0				0	1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	0	3	0	0	1	1	0	0	7	1	0	3	0	1	1	3	21
– ohne Beanstandungen			2			1	1			7	1		1		1	0	3	17
– mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a			0			0	0			0	0		2		0	1	0	3
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen			1			0	0			0	0		0		0	0	0	1
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2			0			0	0			0	0		0		0	0	0	0
– mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung			1				0			0	0		0		0	0	0	1
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben			1				0			1	0		0		0	0	3	5
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben			0				0			0	0		0		0	0	1	1
Prüfungen innerhalb 5 Jahre																		
geprüfte Ärzte	109	255	19	38	14	13	119	17	69	157	84	18	46	14	37	21	33	1.063
– keine Beanstandungen	103	195	16	35	13	2	118	15	59	139	59	18	32	12	21	18	26	881
– mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	5	52	3	3	1	9	0	1	10	17	15	0	12	2	16	2	2	150
– mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1	8	0	0	0	2	1	1	0	1	10	0	2	0	0	1	5	32
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	10
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	16	95	2	3	0	1	0	0	6	6	7	0	13	2	6	0	3	160
– ohne Beanstandungen	14	59	0	3		1			3	5	7		10	2	3		1	108
– mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	32	1	0		0			3	1	0		3	0	2		1	45
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0	1	0		0			0	0	0		0	0	0		0	1
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0	0	0		0			0	0	0		0	0	0		0	0
– mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	4	1	0		0			0	0	0		0	0	1		1	7
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0	0	0		0			0	1	0		0	0	1		0	2
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0	0		0			0	0	0		0	0	0		0	0
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	0	5	0	0	0	2	0	0	5	2	2	0	4	0	22	1	0	43

► 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	2.840	6.144	432	612	360	276	2.484	204	1.956	3.388	1.584	240	1.464	324	1.020	456	1.260	25.044
– davon regelgerecht (Stufe I)	2.731	5.331	350	603	358	176	2.475	179	1.749	3.061	1.459	204	1.182	322	722	385	946	22.233
– davon eingeschränkt (Stufe II)	73	746	75	8	2	92	0	13	190	298	38	36	232	2	247	47	260	2.359
– davon unzureichend (Stufe III)	36	67	7	1	0	8	9	12	17	29	87	0	50	0	51	24	54	452
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2, davon Mängel	25	67	7	0	0	6	9	12	17	29	87	0	50	0	51	24	54	438
– ausschließlich in der Bilddokumentation	13	52	6			5	9	0	13	24	81		32		36	23	47	341
– ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	5	0	0			0	0	0	1	1	1		1		15	1	3	28
– sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	7	15	1			1	0	12	3	4	5		17		0	0	4	69

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.

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

✓	350	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	132	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	1.269	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)
📊	0	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



GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

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 31.12.2023	49	49	17	13	5	9	21	11	39	41	9	3	15	11	21	10	36	359
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	47	47	17	13	6	11	21	11	34	42	9	3	13	12	20	9	35	350
beschiedene Anträge ²⁾	11	7	11	0	1	3	4	0	10	4	2	0	1	2	2	0	4	62
neu	11	6	1		1	3	1		8	4	2		1	2	2		4	46
– davon Genehmigungen	11	6	1		1	3	1		8	4	2		1	2	1		4	45
– davon Ablehnungen	0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	1		0	1
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	1		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	1
– davon Genehmigungen			1															1
– davon Ablehnungen			0															0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	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	1	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	1	8
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4						1	2		2						2		1	8
– davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5						0	0		0						0		0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	1	0	0	1	k.A.	0	5	3	2	0	2	1	0	1	5	21

› Fortsetzung nächste Seite

> VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

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

4)

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	29	40	15	8	5	0	14	9	32	39	7	2	10	12	20	5	33	280
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	6	36	13	6	0	0	1	9	14	8	3	2	2	7	0	3	16	126
– davon bestanden	3	31	12	6			1	9	14	8	2	2	2	6		3	15	114
– davon nicht bestanden	3	5	1	0			0	0	0	0	1	0	0	1		0	1	12
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	12,2	73,5	76,5	46,2	0,0	0,0	4,8	81,8	35,9	19,5	33,3	66,7	13,3	63,6	0,0	30,0	44,4	35,1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6
– davon bestanden		2	1														2	5
– davon nicht bestanden		1	0														0	1
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5 b	0	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
vorgezogene Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden			0															0
– davon nicht bestanden			1															1

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	60	360	140	60	0	0	10	90	140	80	30	20	20	69	0	30	160	1.269
– davon vollständig und nachvollziehbar	26	350	134	60			10	90	140	80	28	20	20	69		30	157	1.214
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	4	4	2	0			0	0	0	0	2	0	0	0		0	2	14
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	30	4	3	0			0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	37
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	2	1	0			0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	4

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	2	11	1	0	5	4	4	0	0	0	0	0	2	5	1	0	0	35
≥ 25	45	36	15	13	4	7	17	9	31	42	8	3	11	7	9	9	33	299

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 zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen.

› ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

- ✓ 664 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 120 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 🔍 1.294 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)

GENEHMIGUNGSERTEILUNG: 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

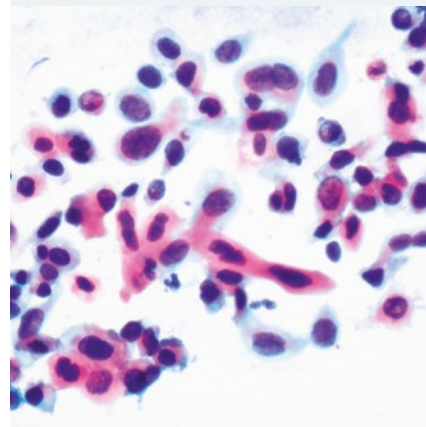
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Statistik bezogen auf die Einrichtung des zytologieverantwortlichen Arztes oder der zytologieverantwortlichen Ärztin mit Korrelation zu histologischen Befunden an KV; Benchmarkberichte der KV an die Zytologinnen und Zytologen; jährliche statistische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

BERATUNG: eingehende Beratung bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

§

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: 01.04.2025

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



› 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	76	111	32	14	11	19	51	14	69	90	33	19	26	12	22	16	80	695
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2024	73	103	24	14	11	18	52	13	69	90	33	18	26	11	22	16	71	664
beschiedene Anträge ²⁾	7	12	0	1	0	0	8	1	14	4	2	0	2	0	2	0	3	56
neu	7	12		1			8	1	6	4	2		2		2		3	48
– davon Genehmigungen	7	8		1			5	1	6	4	2		2		2		2	40
– davon Ablehnungen	0	4		0			3	0	0	0	0		0		0		1	8
erneut gemäß § 7 Abs.7	0	0		0			1	0	0	0	0		0		0		0	1
– davon Genehmigungen							1											1
– davon Ablehnungen							0											0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0		0			0	0	0	0	0		0		0		0	0
Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	3	7	0	1	0	0	6	1	5	0	0	0	2	0	1	0	0	26
– davon bestanden	2	3		1			3	1	4				2		1			17
– davon nicht bestanden	1	4		0			3	0	1				0		0			9
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	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⁾	1	0	8	1	0	0	k.A.	2	6	4	2	1	1	1	1	0	16	44

☒ ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	12	23	5	2	11	0	5	3	18	11	5	0	5	0	8	4	2	114
– davon bestanden	11	21	5	2	11		4	3	18	11	3		5		8	4	2	108
– davon nicht bestanden	1	2	0	0	0		1	0	0	0	2		0		0	0	0	6
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	15,8	20,7	15,6	14,3	100,0	0,0	9,8	21,4	26,1	12,2	15,2	0,0	19,2	0,0	36,4	25,0	2,5	16,4
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6
– davon bestanden	0	1	1			1	0		1									4
– davon nicht bestanden	1	0	0			0	1		0									2
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

› Fortsetzung nächste Seite

➤ ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE		
												4)							5), 6)	
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																				
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																				
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	144	205	60	16	132	0	48	36	216	132	60	0	5	0	96	48	24	1.222		
– davon ohne Beanstandungen	144	203	60	12	132		48	36	216	132	58		5		86	48	24	1.204		
– davon mit Beanstandungen	0	2	0	4	0		0	0	0	0	2		0		10	0	0	18		
bei Beanstandungen																				
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität		0		4							2				0			6		
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung		2		0							0				0			2		
– darunter mit unvollständiger Dokumentation		2		0							0				0			2		
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																				
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	12	12	12	0	0	12	12	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	72		
– davon ohne Beanstandungen	2	12	12			12	2		12									52		
– davon mit Beanstandungen	10	0	0			0	10		0									20		
bei Beanstandungen																				
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	10						8											18		
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	5						0											5		
– darunter mit unvollständiger Dokumentation	0						2											2		
JAHRESSTATISTIK § 8 Abs. 4																				
abrechnende Praxen / Labore (Berichtsjahr 2024)	53	50	14	6	8	12	15	7	32	53	18	12	13	9	13	9	49	373		
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2023)	52	50	14	6	8	12	15	7	32	53	18	12	13	9	13	9	49	372		
– davon ohne Auffälligkeiten	44	31	12	6	8	12	15	7	19	53	15	9	13	8	9	9	46	316		
– davon mit Auffälligkeiten	8	19	2	0	0	0	0	0	13	0	3	3	0	1	4	0	3	56		
Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme	8	19	0	0	0	0	0	0	2	0	3	3	0	1	4	0	3	43		
– davon ausreichend begründet	8	19							2		3	2		0	3		3	40		
– davon nicht ausreichend begründet	0	0							0		0	1		1	1		0	3		
Kolloquien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2		
– davon bestanden												0			0			0		
– davon nicht bestanden – Auflage												0			0			0		
– davon nicht bestanden – Widerruf												1			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) 1 Stellungnahme noch ausstehend. 5) Beanstandungen gemäß § 7 Abs. 3 beziehen sich auf Hinweise und Empfehlungen der Kommission (keine Mängel). 6) Prüfung noch nicht abgeschlossen.

04

SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG sQS



Die Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie die Anwendungsbestimmungen bei neuartigen Arzneimitteln gelten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Krankenhäuser gleichermaßen.

DATENGESTÜTZTE QUALITÄTSSICHERUNG

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) zielt gegenwärtig auf ein sektorengleiches Vorgehen bei der QS, wenn medizinische Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor erbracht werden können. Die Abläufe sind in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) geregelt, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Wirkung zum 1. Januar 2019 beschlossen hat. Da damit trotz einer Annäherung der Sektoren nur ein Teil der Leistungen abgedeckt ist, beinhaltet die Richtlinie auch sektorenspezifische Maßnahmen der QS. Die gesetzliche Grundlage ist § 136 SGB V.

Derzeit erfasst die Richtlinie Qualitätssicherungsverfahren zu 16 Themenfeldern. Drei Verfahren sind sektorenübergreifend ausgerichtet. Dies sind „perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ und „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“, die nahezu unverändert von der Vorgängerrichtlinie in die DeQS-RL überführt wurden, sowie das Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen, einschließlich Pankreastransplantation (QS NET)“, welches 2020 hinzukam, um die bis dahin geltenden sektorenspezifischen Regelungen zur Dialyse und Transplantation zusammenzuführen.

Die meisten Verfahren nach DeQS-RL beziehen sich auf den stationären Sektor. Dies ist im Wesentlichen dadurch bedingt, dass 2021 die Richtlinie über „Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern“ (QSKH-RL) in die DeQS-RL integriert worden ist. 2024 ist ein rein ambulantes Verfahren zur Psychotherapie hinzugekommen, das – im Unterschied zu den bisherigen Verfahren – zunächst in einem Bundesland über sechs Jahre erprobt wird, um zu prüfen, ob es in die Regelversorgung überführt werden kann und welche Anpassungen gegebenenfalls erforderlich sind.

Mit der Neuentwicklung von QS-Verfahren sowie deren Pflege und Weiterentwicklung hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) betraut. Das Institut wurde 2015 über eine Trägerstiftung des G-BA gegründet. Es übernimmt als Bundesauswertungsstelle auch die zentrale Auswertung der erhobenen Daten.

INSTRUMENTE DER DATENERHEBUNG

Fallbezogene Dokumentation in den Gesundheitseinrichtungen:

› Für die Daten, die zum Zwecke der Qualitätssicherung fallbezogen erfasst werden, stehen verfahrensspezifische Softwaremodule bereit. Die in der Richtlinie verankerten Datenflüsse stellen sicher, dass die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit eingehalten werden.

Sozialdaten bei den Krankenkassen:

› Sozialdaten können für die Beobachtung von Behandlungsverläufen genutzt werden. Allerdings gilt, dass die Zuschreibbarkeit auf die medizinische Leistung einer Einrichtung sinkt, je länger diese zurückliegt.

Einrichtungsbefragungen:

› Um Kenntnis über vom Behandlungsfall unabhängige Strukturen und Prozesse einer Arztpraxis oder eines Krankenhauses zu erlangen, sind Einrichtungsbefragungen möglich.

Patientenbefragungen:

› Um Rückmeldung zu Behandlungserfahrungen und -ergebnissen zu erhalten, können Patientinnen und Patienten direkt befragt werden. Die Daten werden anonymisiert erhoben und ausgewertet und den Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Einrichtungsebene zurückgespiegelt.

Die Einrichtungen sind gesetzlich verpflichtet, die Daten zum Zwecke der QS bereitzustellen. Eine Widerspruchsmöglichkeit der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Weitergabe der sie betreffenden Daten existiert nicht. Dies gilt auch für die Weiterleitung von Daten, die benötigt werden, um die Fragebögen zwecks Patientenbefragung zuzustellen.

BETEILIGUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR FACHEXPERTEN

Über die Fachkommissionen auf Landesebene können Ärzte, Ärztinnen und künftig auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Expertise einbringen, um die rechnerisch ermittelten Ergebnisse der Datenerhebung fachlich zu bewerten. Erst auf Basis dieser Bewertung entscheiden die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), ob eine Einrichtung aufgefordert werden sollte, eine Stellungnahme zu einem Sachverhalt abzugeben.

Die vertragsärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Mitglieder einer Fachkommission werden von der KV vorgeschlagen und durch die LAG benannt. In einer LAG haben sich – analog zum G-BA auf Bundesebene – die jeweilige Landeskrankengesellschaft, die KV und die Krankenkassen auf Landesebene zusammengeschlossen, um vor Ort Maßnahmen zur QS zu empfehlen.

Des Weiteren steht es allen Ärzten und Ärztinnen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten offen, in einem Expertengremium beim IQTIG mitzuwirken. Sie können sich hierzu beim IQTIG bewerben. Die Expertengremien unterstützen das IQTIG in der Weiterentwicklung von QS-Verfahren.

NEUARTIGE ARZNEIMITTEL

Seit 2024 können erstmals neuartige Therapien bei Hämophilie auch in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden. Die Anforderungen an deren Anwendung folgen einer eigenen Richtlinie, der ATMP-QS-RL gemäß § 136a Absatz 5 SGB V, die der G-BA am 4. November 2021 beschlossen hat und die am 14. Juni 2022 in Kraft getreten ist. Die KVen prüfen, ob die Vorgaben in der vertragsärztlichen Versorgung eingehalten werden. Im stationären Sektor obliegt die Prüfung dem Medizinischen Dienst. Der Qualitätsbericht der KBV informiert regelmäßig über die Anwendungsgebiete (siehe Seite 135).

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/praxis/qualitaet/qualitaetssicherung

➔ <https://iqtig.org>

BETEILIGUNGSMÖGLICHKEITEN

LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT LAG

➔ MITGLIEDSCHAFT
IN EINER FACHKOMMISSION
Bewertung der Ergebnisse
der Qualitätssicherung

INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN IQTIG

➔ BETEILIGUNG IM
EXPERTENGREMIUM
Weiterentwicklung
von QS-Verfahren

ENTWICKLUNG UND AUSWERTUNG VON QS-VERFAHREN
BETEILIGUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
SOWIE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN

PERKUTANE KORONARINTERVENTION UND KORONARANGIOGRAPHIE QS PCI

Die Koronarangiographie mit gegebenenfalls perkutaner Koronarintervention beziehungsweise die isolierte Koronarintervention sind die Indexeingriffe des ersten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren), das sektorenübergreifend sowohl bei Vertragsärztinnen und -ärzten als auch im Krankenhaus nach denselben Qualitätssicherungsvorgaben bewertet wird.

Zu den Hauptzielen des QS-Verfahrens zählen:

Präzisierung der Indikationsstellung

› Koronarangiographien werden nur bei klarer medizinischer Notwendigkeit durchgeführt.

Einhaltung der Leitlinien

› Die Durchführung der Eingriffe erfolgt nach den in den Leitlinien empfohlenen medizinischen und wissenschaftlichen Standards.

Minimierung der Komplikationen während und nach einer Koronarangiographie beziehungsweise einer Koronarintervention

Das QS-Verfahren umfasste im Erfassungsjahr 2022 38 Qualitätsindikatoren und stützt sich auf drei Datenquellen:

1. Fallbezogene QS-Dokumentation durch die Ärztinnen und Ärzte (13 Indikatoren)

2. Sozialdaten, die als Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen vorliegen (sechs Indikatoren)

3. Patientenbefragung seit 1. Juli 2022 (19 Indikatoren)

Seit dem 1. Juli 2022 findet im Verfahren QS PCI eine anonyme Befragung der Patientinnen und Patienten statt. Die Weiterleitung der für die Durchführung der Patientenbefragung notwendigen Daten ist für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gesetzlich verpflichtend. Die Teilnahme an der Befragung ist für die Patientinnen und Patienten freiwillig. Diese Daten sind durch die Vertragsärzte und -ärztinnen monatlich an die Stelle weiterzuleiten, die den Fragebogenversand durchführt (Versendestelle).

Die fallbezogene QS-Dokumentation wird quartalsweise durchgeführt. Da es sich um die erste Patientenbefragung in einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren handelt, wird die Befragung über einen Zeitraum von viereinhalb Jahren erprobt und wissenschaftlich durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) begleitet. Jährlich ist zum 15. Januar des Folgejahres ein Bericht durch das IQTIG zu erstellen, der die Erkenntnisse definierter Betrachtungszeiträume enthält.

Der erste Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung vom 15. Januar 2024 im Verfahren QS PCI zeigte einen sehr hohen Mehraufwand für Ärztinnen und Ärzte durch den monatlichen Versand der Patientendaten. Auch im zweiten Bericht bewerten 69,61 Prozent der Leistungserbringer den Mehraufwand durch die Patientenbefragung als hoch oder sehr hoch. Die KBV hatte bereits beim Start der Patientenbefragung die neu eingeführte und von der regulären quartalsweisen Frist abweichende, monatliche Datenlieferung kritisch diskutiert.

Alle Daten der drei oben genannten Quellen werden von der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) zusammengeführt und ausgewertet. Auf dieser Basis erhalten die am Verfahren beteiligten Praxen und Krankenhäuser einen jährlichen Rückmeldebericht. Darüber hinaus werden alle Ergebnisse jährlich in dem Bundesqualitätsbericht veröffentlicht.

ERGEBNISSE 2023

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) freigegeben und im Bundesqualitätsbericht veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2024 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2023 auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation beziehungsweise 2022 für die Ergebnisse, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der Patientenbefragung wurden erstmals im Herbst 2024 veröffentlicht, da die Durchführung der Befragung im zweiten Halbjahr 2022 vorrangig der Erprobung des Datenflusses diente und die Daten aus 2023 erst im Folgejahr ausgewertet wurden.

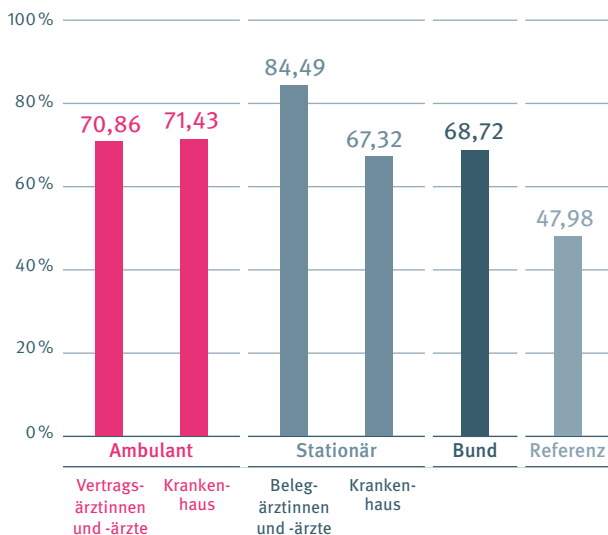
Von 120.102 versendeten Fragebögen im Jahr 2023 wurden 68.287 zurückgesendet, was einer Rücklaufquote von 56,86 Prozent entspricht und für eine hohe Akzeptanz der Befragung seitens der Patientinnen und Patienten spricht.

Um eine sektorenübergreifende Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, führt das IQTIG bei Qualitätsindikatoren im Verfahren QS PCI, bei denen dies notwendig ist, eine Risikoadjustierung durch. Es ist jedoch zu beachten, dass im bestehenden Risikoadjustierungsmodell die Unterschiede zwischen den Sektoren / Leistungserbringergruppen teilweise implausibel sind. Daher werden aktuell unterschiedliche Ansätze im G-BA beraten, um das bestehende Modell weiterzuentwickeln.

Für das Erfassungsjahr 2023 lagen insgesamt 743.610 Datensätze zur Auswertung vor (2022: 714.881), davon 69.109 (2022: 61.808) von Vertragsärztinnen und -ärzten. Insgesamt 254 (2022: 269) vertragsärztliche kardiologische Praxen beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ), 822 (2023: 1.040) Krankenhäuser sowie 35 (2022: 35) selektivvertraglich tätige Leistungserbringer übermittelten dem IQTIG Daten zu durchgeführten Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen. Im Vergleich zum Vorjahr ist im

ERGEBNISSE QUALITÄTSINDIKATOR „OBJEKTIVE, NICHT-INVASIVE ISCHÄMIEZEICHEN ALS INDIKATION ZUR ELEKTIVEN, ISOLIERTEN KORONARANGIOGRAPHIE“ ERFASSUNGSJAHR 2023

➤ Anteil Koronarangiographien mit angemessener Indikationsstellung nach Leistungserbringergruppen



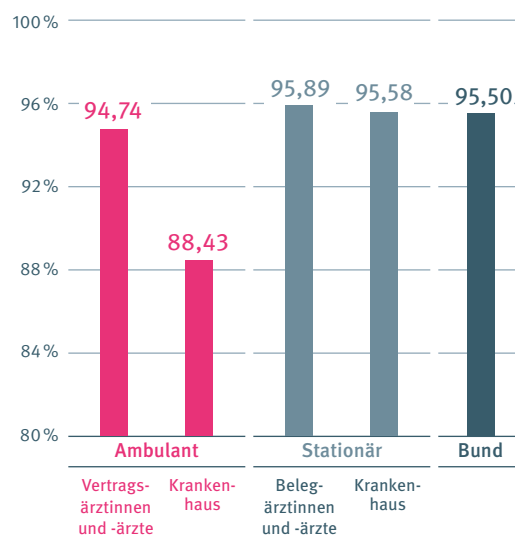
Jahr 2023 die Anzahl gelieferter Datensätze auf Bundesebene um 4,02 Prozent beziehungsweise 28.729 Datensätze gestiegen. Der Anstieg ist insbesondere auf eine Zunahme an isolierten Koronarangiografien (+ 4,65 Prozent beziehungsweise + 20.989 Untersuchungen) und elektiven Prozeduren (+ 6,19 Prozent beziehungsweise + 29.881 Prozeduren) zurückzuführen.

Die Abbildung oben links zeigt die Ergebnisse des auf fallbezogener Dokumentation basierenden Indikators „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“. Das Qualitätsziel ist hier ein möglichst hoher Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine angemessene Indikationsstellung vorliegt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt differenziert nach Leistungserbringergruppen: ambulant tätige Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, ambulant und stationär erbrachte Leistungen der Krankenhäuser, belegärztliche Leistungen im Krankenhaus. Ferner werden der Bundesdurchschnitt und der Referenzbereich ausgewiesen.

Im Erfassungsjahr (EJ) 2023 lag gemäß der Definition des Indikators für 68,72 Prozent der Patientinnen und Patienten (EJ 2022: 64,25 Prozent; EJ 2021: 61,88 Prozent; EJ 2020: 59,74 Prozent; EJ 2019: 60,26 Prozent) eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vor. Für einige Patientinnen und Patienten lag trotz fehlendem Ischämienachweis die Indikation zur isolierten Koronarangiographie vor. Für diesen Indikator wurde der Bedarf für eine Überarbeitung festgestellt, um die Validität der Ergebnisse zu verbessern. In diesem Rahmen hat das IQTIG in Zusammenarbeit mit den LAG eine Sonderanalyse durchgeführt. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Analyse sollen Lösungen zur Optimierung der Validität abgeleitet werden, die in die Überarbeitung des Indikators einfließen können.

ERGEBNISSE QUALITÄTSINDIKATOR „ERREICHEN DES WESENTLICHEN INTERVENTIONSZIELS BEI PCI“ ERFASSUNGSJAHR 2023

➤ Anteil der Fälle, in denen das wesentliche Interventionsziel bei PCI erreicht wurde nach Leistungserbringergruppen



Die Abbildung oben rechts zeigt die Ergebnisse des auf fallbezogener 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 auf einem hohen Niveau. Bei 95,5 Prozent der Patientinnen und Patienten konnte 2023 mittels PCI ein normaler Blutfluss wiederhergestellt werden.

ERGEBNISSE ZUM STELLUNGNAHMEVERFAHREN FÜR DAS ERFASSUNGSJAHR 2023

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, wenn also Ergebnisse in einem Qualitätsindikator vom festgelegten Referenzbereich abweichen, kann durch die LAG ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden. Das Stellungnahmeverfahren kann auch mehrstufig sein (schriftliche Stellungnahme, Begehung, Gespräch). Hierdurch hat die Ärztin beziehungsweise der Arzt die Möglichkeit, die „auffälligen“ Ergebnisse ihrer oder seiner Einrichtung zu erläutern. Sollten sich die rechnerischen Auffälligkeiten nicht klären lassen, werden diese als „qualitative“ Auffälligkeiten eingestuft.

>>

**AUFFÄLLIGKEITEN UND QUALITÄTSSICHERUNGSMABNAHMEN
GEMÄß § 17 DeQS-RL IM VERFAHREN QS PCI
ERFASSUNGSJAHR 2023**

ERGEBNISSE	Anzahl	Anteil (%)
› Indikatorergebnisse des QS-Verfahrens	18.333	
› Rechnerisch auffällige Ergebnisse ¹⁾	931	5,36
› Kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet ²⁾	203	21,83
› Stellungnahmeverfahren eingeleitet ²⁾	727	78,17
Schriftlich ³⁾	724	99,59
Gespräch ³⁾	13	1,79
Begehung ³⁾	0	0

**EINSTUFUNG DER ERGEBNISSE NACH ABSCHLUSS
DES STELLUNGNAHMEVERFAHRENS**

› Bewertung als qualitativ unauffällig ²⁾	329	35,38
› Bewertung als qualitativ auffällig ²⁾	243	26,13
› Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation ²⁾	119	12,08
› Sonstiges ²⁾	36	3,87

INITIIERUNG QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN

› Maßnahmenstufe 1 gemäß DeQS-RL	76	–
› Maßnahmenstufe 2 gemäß DeQS-RL	2	–

¹⁾ Anteil bezogen auf die Anzahl der Indikatorergebnisse des QS-Verfahrens

²⁾ Anteil bezogen auf Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten

³⁾ Anteil bezogen auf eingeleitete Stellungnahmeverfahren

Infolgedessen können für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt qualitätsfördernde Maßnahmen (zum Beispiel Implementierung von Behandlungspfaden und Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien, Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien) festgelegt werden. In bestimmten Fällen sind neben qualitätsfördernden auch sanktionierende Maßnahmen (zum Beispiel Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen) möglich.

5,36 Prozent der Indikatorergebnisse waren im Jahr 2023 rechnerisch auffällig (931 von 17.367 Datensätzen). Für 78,17 Prozent der auffälligen Indikatorergebnisse (727 von 931) wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, davon wurden 26,1 Prozent als qualitativ auffällig bewertet (243 von 931). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten auf einem konstanten Niveau. In den Ergebnissen bei den eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurde ein geringer Anstieg von circa vier Prozentpunkten verzeichnet.

WEITERENTWICKLUNG DES VERFAHRENS

Im Rahmen der Weiterentwicklung der QS-Verfahren gemäß Eckpunktepapier des G-BA vom 21. April 2022 wurde das IQTIG beauftragt zu prüfen, ob das Verhältnis von Aufwand und Nutzen in der gesetzlichen QS verbessert werden kann. Das Verfahren QS PCI gehört zu den ersten drei Verfahren, die geprüft wurden.

In seinem Abschlussbericht vom 19. Juli 2023 empfahl das IQTIG, acht Qualitätsindikatoren im Verfahren QS PCI abzuschaffen und sechs Indikatoren zu überarbeiten. Den ersten Empfehlungen zur Reduktion von Indikatoren und Datenfeldern folgt der G-BA bereits mit einem Beschluss im Juli 2024 für das Erfassungsjahr 2025. Dadurch können bundesweit circa 19 Prozent der jährlichen Aufwandseinheiten eingespart werden. Die KBV hat im Rahmen der Beratung zur Weiterentwicklung darauf hingewiesen, dass die Empfehlungen des IQTIG nur einen ersten Schritt im Rahmen der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens darstellen.

› VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN – POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN QS WI

Am 1. Januar 2017 startete das zweite sektorenübergreifende Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“. 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 Initialerfolg 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.

Im zweiten Abschnitt werden operierende Ärztinnen und Ärzte in Praxen, MVZ 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 eine Erprobung der Richtlinie geplant, die sich inzwischen über einen Zeitraum von acht Jahren erstreckt. Während dieser Erprobungsphase wird das QS-Verfahren auf Basis von Hinweisen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie durch den regelmäßigen Einbezug von Fachleuten stetig überarbeitet und weiterentwickelt.

ERGEBNISSE ZUM HYGIENE- UND INFEKTIONSMANAGEMENT 2023

Die Vollständigkeit der Datensätze (Praxen, MVZ, ermächtigte Ärzte und Ärztinnen, Krankenhäuser ambulant) der ambulanten Einrichtungsbefragung lag für das Erfassungsjahr 2023 bei circa 75 Prozent. Für die Datensätze der stationären Einrichtungsbefragung (Belegärzte und -ärztinnen, Krankenhäuser stationär) lag die Vollständigkeit bei 80 Prozent.

Die beiden Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement sind sogenannte Indexindikatoren, die sich aus zehn Kennzahlen zusammensetzen, die ungewichtet in die Berechnung des Indikators eingehen. Erreicht eine Einrichtung in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten.

Im bundesweiten Mittelwert wurde im Erfassungsjahr 2023 für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein Wert von 90,25 von 100 Punkten erreicht. Aufgrund eines Spezifikationsfehlers wurden für die beiden Kennzahlen zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen von einigen Leistungserbringern unplausible Daten dokumentiert. Deswegen werden die Ergebnisse nicht in der Tabelle ausgewiesen. Der Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ erreichte ein Ergebnis von 86,21 von 100 Punkten.

Die Ergebnisse der Kennzahlen für die stationären Einrichtungen (Krankenhaus stationär und Belegärztinnen und -ärzte) werden an dieser Stelle nicht berichtet, da sich die Belegärzte und -ärztinnen zum großen Teil dem Hygiene- und Infektionsmanagement des jeweiligen Krankenhauses anschließen.

Insgesamt ergibt sich bundesweit auch für das siebte Erfassungsjahr sowohl für die Vertragsärzte und -ärztinnen als auch für die Krankenhäuser nur ein geringfügiges Potenzial zur Qualitätsförderung in folgenden Themenbereichen:

- › Vorhalten einer Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie
- › Geeignete Haarentfernung vor operativen Eingriffen
- › Teilnahme an Informationsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie
- › Durchführung von Compliance-Überprüfungen

ERGEBNISSE ZU DEN NOSOKOMIALEN POSTOPERATIVEN WUNDINFEKTIONEN AUS DEM ERFASSUNGSJAHR 2022

Zur Ermittlung der Indikatorergebnisse zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden definierte operative Eingriffe entweder 30 Tage (Nicht-Implantat-Operation) oder 90 Tage (Implantat-Operation) 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 Ergebnisse zu den Kennzahlen der postoperativen Wundinfektionen mit multi-resistenten Erregern (MRE) sowie der 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen liegen nach ambulanten Operationen zwischen 0,00 Prozent und 0,02 Prozent und sind damit auf sehr niedrigem Niveau.

**ERGEBNISSE DER KENNZAHLEN
ZUM HYGIENE- UND INFektionsMANAGEMENT
– AMBULANTE EINRICHTUNGEN
ERFASSUNGSJAHR 2023**

Ergebnisse jeweils von 100 Punkten	AMBULANT OPERIERENDE KRANKENHÄUSER	VERTRAGSÄRZTLICHE EINRICHTUNGEN PRAXIS, MVZ	BUND GESAMT
› Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungs- überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	84,37 Punkte	84,52 Punkte	84,49 Punkte
› Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	70,83 Punkte	66,67 Punkte	70,83 Punkte
› Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	94,96 Punkte	72,96 Punkte	77,91 Punkte
› Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	93,75 Punkte	89,49 Punkte	90,45 Punkte
› Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,88 Punkte	91,31 Punkte	92,79 Punkte
› Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	91,73 Punkte	83,46 Punkte	85,32 Punkte
› Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	keine validen Ergebnisse	keine validen Ergebnisse	keine validen Ergebnisse
› Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	keine validen Ergebnisse	keine validen Ergebnisse	keine validen Ergebnisse
› Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	98,32 Punkte	76,55 Punkte	81,45 Punkte
› Durchführung von Compliance-Überprüfungen	59,54 Punkte	77,17 Punkte	73,21 Punkte

STELLUNGNAHMEVERFAHREN ZU DEN AUSWERTUNGEN AUS DEM AUSWERTUNGSJAHR 2023

Parallel zur Versendung der Rückmeldeberichte an die Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser gehen die Auswertungen auch an die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) zu den 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. Infolgedessen 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 456 ermittelten rechnerischen Auffälligkeiten 231 schriftliche Stellungnahmen durchgeführt. Insgesamt wurden 62 Einrichtungen als qualitativ auffällig eingestuft und anschließend 25 qualitätsfördernde Maßnahmen der Stufe 1 für den ambulanten Bereich eingeleitet. Für den stationären Bereich (stationär am Krankenhaus) wurden auf Basis von 116 rechnerischen Auffälligkeiten 89 schriftliche Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Insgesamt wurden 30 Einrichtungen als qualitativ auffällig eingestuft und sechs Maßnahmen der Stufe 1 empfohlen.

WEBPORTAL FÜR DIE EINRICHTUNGSBEFRAGUNG

Die einbezogenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können seit Beginn der Dokumentationspflicht über eine Software ihrer KV 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 Webseite Lehrfilme zum Thema präoperative Haarentfernung und Prävention postoperativer Wundinfektionen an. Zudem bietet die KBV im Themenbereich Antibiotika auf ihrem Fortbildungsportal vier zertifizierte Fortbildungen an. Hierzu gehören drei Fortbildungen zur rationalen Antibiotikatherapie und eine zertifizierte Fortbildung zum Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Keim (MRSA).

WEITERENTWICKLUNG DES VERFAHRENS

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte am 19. Januar 2023 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Weiterentwicklung des Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ beauftragt. Die KBV hat sich für diese Beauftragung insbesondere aufgrund der bestehenden Probleme in der Einrichtungsbefragung eingesetzt. Die vom IQTIG vorgelegten Abschlussberichte wiesen methodische Mängel auf und enthielten nicht alle beauftragten Inhalte. Zudem empfahl das IQTIG den Teil der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation aus dem QS-Verfahren zu streichen und stattdessen eine Strukturrichtlinie zu implementieren.

Die IQTIG-Berichte wurden am 21. Dezember 2023 mit einer Kommentierung des G-BA veröffentlicht. Darin wurde festgehalten, dass sich der G-BA einvernehmlich gegen eine Strukturrichtlinie ausspricht. Zudem sollten die methodischen Mängel als auch die fehlenden Auftragsgegenstände vom IQTIG nachgearbeitet werden.

Unter den Trägerorganisationen des G-BA besteht Konsens, die Erprobung zum Erfassungsjahr 2026 zu beenden. Eine Überführung in den Regelbetrieb soll nicht erfolgen.

Mehr Infos unter:

Themenseite QS WI der KBV:

➔ www.kbv.de/praxis/qualitaet/qualitaetssicherung

Lehrfilme auf der Webseite der KBV:

➔ www.kbv.de/video/5417

Komentierung des G-BA zum Weiterentwicklungsbericht des QS-Verfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“:

➔ www.g-ba.de/downloads/39-261-6382/2023-12-21_DeQS-RL_Freigabe_IQTIG-Berichte_WI.pdf



SERVICEANGEBOTE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG AUF DER KBV-WEBSEITE

Musterdokumente auf der Hygiene-Webseite der KBV

Lehrfilme auf der Webseite der KBV

Zertifizierte Fortbildung „Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie von Risikopatienten, MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten“

Zertifizierte Fortbildungen zum Themenbereich rationale Antibiotikatherapie:

- › Infektionen der oberen Atemwege
- › Infektionen der unteren Atemwege
- › Arzt-Patienten-Kommunikation bei der Verordnung von Antibiotika

› NIERENERSATZTHERAPIE BEI CHRONISCHEM NIEREN- VERSAGEN EINSCHLIEßLICH PANKREAS-TRANSPLANTATIONEN QS NET

Zum 1. Januar 2020 wurden die bis dahin sektoral getrennten Regelungen des G-BA „Sicherung der Qualität von Dialysebehandlungen (QSD-RL)“ für den vertragsärztlichen Sektor und „Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) – Leistungsbereich Nieren- sowie Nieren- und Pankreastransplantation“ in ein neues sektorenübergreifendes Verfahren 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.

Neben den Indikatoren zur dauerhaften Dialyse enthält das Verfahren Indikatoren zur Versorgung während und nach einer Nieren- und / oder Pankreastransplantation, 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 Ärztinnen und Ärzte 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). Die vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erhobene Datengrundlage zur Dialyse wies zu Beginn noch deutliche Unstimmigkeiten auf, sodass für die Erfassungsjahre 2021 und 2022 keine Ergebnisse der Qualitätsmessung veröffentlicht wurden. Erste Ergebnisse zur Dialyse liegen trotz fortbestehender Probleme für das Erfassungsjahr 2023 vor. Es zeigt sich jedoch, dass auch diese noch nicht aussagekräftig sind.

ÜBERARBEITUNGSBEDARF

Im Rahmen der Weiterentwicklung aller QS-Verfahren (siehe Seite 136 „Ausblick“) hat das IQTIG dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 28. Mai 2025 die Empfehlungen für das Modul Dialyse des Verfahrens „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ vorgelegt. Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG die passagere Aussetzung des Moduls. Als Konsequenz wurden bereits in den endgültigen Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2024 die Referenzbereiche einzelner Indikatoren per Beschluss aufgehoben und kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet. Der G-BA sieht die Aussetzung des Moduls Dialyse im Verfahren QS NET für die Erfassungsjahre 2026 und 2027 vor. Durch die Aussetzung soll das IQTIG hinreichend Zeit erhalten, die Indikatoren und Kennzahlen so zu überarbeiten, dass daraus ein effizientes und effektives Qualitätssicherungsverfahren resultiert.

Aufgrund der unzureichenden Operationalisierung vieler Indikatoren und des umfangreichen Überarbeitungsbedarfs des Teilbereichs Dialyse sind die Ergebnisse der letzten Jahre zur Dialyse nicht sicher interpretierbar. Aufgezeigte Qualitätsdefizite spiegeln möglicherweise nicht das tatsächliche Bild der Versorgung wider und lassen keine sicheren Handlungsempfehlungen zu. Von einer Darstellung der Ergebnisse im Qualitätsbericht wird daher bis zur abgeschlossenen Überarbeitung des Verfahrens abgesehen.

› QS AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung zu entwickeln, um die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung zu fördern und Transparenz hierüber herzustellen. Gleichzeitig soll das QS-Verfahren darauf abzielen, die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und deren Partizipation zu stärken und zu verbessern.

Der G-BA hat das vom IQTIG entwickelte QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Versicherter – kurz QS ambulante Psychotherapie – am 18. Januar 2024 beschlossen. Das QS-Verfahren wird als 16. Verfahren in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) aufgenommen und ist zum 1. September 2024 in Kraft getreten. Vor einer bundesweiten Einführung wird das QS-Verfahren zunächst in Nordrhein-Westfalen erprobt. Es handelt sich um die erste regionale Erprobung in der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung.

REGIONALE ERPROBUNG

Der G-BA folgte mit seinem Beschluss vom 18. Januar 2024 der Empfehlung der KBV, das QS-Verfahren regional zu erproben, um vorerst die Umsetzbarkeit und den Nutzen des Verfahrens zu prüfen. In seinen Entwicklungsarbeiten konnte das IQTIG die Versorgungsqualität nicht ausreichend evidenzbasiert abbilden. Konkrete Versorgungsdefizite, welchen man sich mit dem QS-Verfahren nähern wolle, wurden nicht aufgezeigt. Vielmehr zielt das Verfahren in seiner aktuellen Form auf die Erhebung und Darstellung diverser Versorgungsaspekte ab.

Bei einer bundesweiten Einführung wären rund 26.500 zugelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten betroffen. Bisher umfasst kein QS-Verfahren im Rahmen der datengestützten und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung solch eine hohe Anzahl an ärztlichen und psychotherapeutischen Einrichtungen. Daher zielt die Erprobung insbesondere darauf ab, die Datenerhebung und den Datenfluss sowie damit verbundene organisatorische und technische Aufwände in ihrer Funktionalität zu prüfen.

Die Erprobung hat am 1. Januar 2025 in Nordrhein-Westfalen begonnen und erstreckt sich über einen Zeitraum von insgesamt sechs Jahren, einschließlich der Datenauswertung und Abschlussberichtserstellung. Sie wird wissenschaftlich durch das IQTIG begleitet. Die Evaluation wird in Teilen durch ein externes Institut mit ausgewiesener Expertise im Bereich der Psychotherapieforschung unterstützt. Die Ergebnisse der Erprobung bilden die Grundlage für eine mögliche Überarbeitung oder zielgerichtete Weiterentwicklung des Verfahrens.

In das QS-Verfahren werden alle Behandlungsfälle eingeschlossen, bei welchen die Patientinnen und Patienten eine Psychotherapie für Erwachsene regulär in einem der vier Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie und Analytische Psychotherapie) beendet haben. Nicht einbezogen werden Patientinnen und Patienten, die zu Behandlungsbeginn unter 18 Jahre alt waren, im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie behandelt wurden oder ausschließlich eine Therapie im Gruppensetting oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie erhalten haben.

Aufgrund der langen Behandlungszeiträume und den damit verbundenen kleinen Fallzahlen pro psychotherapeutischer Praxis erstreckt sich ein Erhebungszeitraum auf zwei Kalenderjahre. In die Erprobung gehen zwei vollständige Erhebungszeiträume ein. Erprobt werden unter anderem die Funktionalität der Datenerhebung und -erfassung, die Abläufe der Patientenbefragung, die Einleitung und Durchführung von Stellungnahmeverfahren, die Kriterien und Kategorien für die Datenbewertung und die Ergebnisdarstellung in den Berichten. Zudem werden die Indikatoren und Kennzahlen empirisch und inhaltlich und hinsichtlich ihrer Eignung zur Abbildung von Qualitätsdefiziten geprüft, Kriterien für die Datenvalidierung entwickelt und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis analysiert.

Die Datenerhebung einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgt über zwei Erhebungsinstrumente: eine fallbezogene Dokumentation in der psychotherapeutischen Einrichtung und eine Befragung der Patientin oder des Patienten (Patientenbefragung) mit jeweils neun Qualitätsindikatoren.

Die Erprobung wird durch zwei Gremien technisch und wissenschaftlich unterstützt: den Technischen Fachausschuss und das Erprobungsexpertengremium. Die Ergebnisse beider werden aufbereitet in die jährlichen Evaluationsberichte aufgenommen und einmal jährlich mit den an der Erprobung teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besprochen. Dies erfolgt im Rahmen einer jährlichen Regionalkonferenz, welche den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Raum für Rückmeldungen geben und die Einbindung dieser fördern soll. Ein Abschlussbericht, welcher in einem Review-Verfahren mit einem externen Institut der Psychotherapieforschung erstellt und dem G-BA bis zum 31. August 2030 vorgelegt werden soll, soll als Beratungsunterlage für die Entscheidung über eine bundesweite Einführung beziehungsweise über eine mögliche Modifikation des QS-Verfahrens dienen.

QS-VERFAHREN FÜR VOLLJÄHRIGE PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT SCHIZOPHRENIE, SCHIZOTYPEN UND WAHNHAFTEN STÖRUNGEN

Seit 2012 beschäftigt sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit psychischen Erkrankungen und strebt eine Verbesserung der Versorgung und eine Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in diesem Bereich an. Seit 2014 wird an einem QS-Verfahren 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 Berichte wurden durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz (IQTIG) erstellt.

Am 31. März 2022 übergab das IQTIG den Abschlussbericht zur Machbarkeitsprüfung an den G-BA. Am 17. November 2022 wurde dieser durch einstimmigen Beschluss veröffentlicht. Das geplante Verfahren soll im vertragsärztlichen Bereich einen Dokumentationsaufwand von sechs Minuten pro Patientin beziehungsweise Patient erfordern und würde erstmals ein „schlankes“ QS-Modul darstellen. Empfehlungen für die Software-Spezifikation wurden dem G-BA 2023 vorgelegt. Aufgrund der derzeit laufenden Überarbeitung der S3 Leitlinie Schizophrenie möchte das IQTIG die Inhalte, nach Erscheinen der neuen Version, erneut überprüfen und gegebenenfalls Aktualisierungen vornehmen. Zusätzlich soll aufgrund des Novums des Wechsels von Fall- zur Patientenebene den Softwareanbietern mehr Zeit für das Erstellen der QS-Software gewährt werden. Mit einem Verfahrensstart vor 2028 kann daher nicht gerechnet werden.

QS-VERFAHREN ZUM LOKAL BEGRENZTEN PROSTATAKARZINOM

Am 16. April 2020 hat der G-BA die Entwicklung eines QS-Verfahrens 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. Durch die Einbindung der Krebsregister 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 QS 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 QS 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 2027 zu rechnen.

Außerdem hat der G-BA am 25. Januar 2023 die Entwicklung einer Patientenbefragung zur Qualität der Diagnostik, Beratung und Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aus Patientensicht beauftragt. Der Abschlussbericht wurde zum 26. Juli 2025 vorgelegt.

› NEUARTIGE ARZNEIMITTERTHERAPIEN QS ATMP

Arzneimittel für neuartige Therapien (englisch: Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) basieren auf Gen-, Gewebe- oder Zellprodukten. Diese Therapien sind innovativ und erfordern hohe Qualitätsstandards. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt die Qualitätssicherung für den Einsatz einiger dieser Gen- und Zelltherapeutika in der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie gemäß § 136a Abs. 5 SGB V, welche der G-BA am 4. November 2021 beschlossen hat und die am 14. Juni 2022 in Kraft getreten ist.

Ob ein ATMP aufgenommen wird und damit der Qualitätssicherung unterliegt oder nicht, entscheidet der Unterausschuss Arzneimittel des G-BA nach bestimmten Kriterien. In entsprechenden Anlagen zur Richtlinie werden die Details indikationsbezogen oder bezogen auf Arzneimittelgruppen ausgestaltet.

Derzeit sind sechs Anlagen in Kraft. Zuletzt trat die Anlage VI Exagamglogen autotemcel bei beta-Thalassämie und Sichelzellerkrankungen für die Anwendung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen am 8. Mai 2025 in Kraft.

Für die vertragsärztliche Nachsorge können Ärztinnen und Ärzte eine Anzeige bei ihrer KV für folgende ATMP stellen:

Patienten nach CAR-T Zelltherapie bei B-Neoplasien (Anlage I)

Onasemnogene Apeparvovec bei spinaler Muskelatrophie (Anlage II)

Eladocagene Exuparvovec bei AADV-Mangel (Anlage V)

Gentherapie bei Hämophilie (Anlage IV)

Für letztgenannte können die Vertragsärzte und -ärztinnen auch eine Genehmigung für die Durchführung von ihrer KV erhalten (ausführliche Berichterstattung im Qualitätsbericht der KBV 2024).

Laut ATMP-QS-RL sind die KVen verpflichtet, bis zum 30. April anhand eines von der KBV zur Verfügung gestellten Datenblattes, die Anzahl an erteilten Anzeigebestätigungen und Genehmigungen des Vorjahres an die KBV zu übermitteln, welche diese bis zum 30. Juni an die Geschäftsstelle des G-BA meldet. Die untere Abbildung zeigt die Anzeigen und Genehmigungen, die für das Bezugsjahr 2024 bei der KBV eingegangen sind.

ANZAHL AN GENEHMIGUNGEN UND ANZEIGEN FÜR DIE ANLAGEN I UND IV BEZUGSJAHR 2024

	ANZEIGEN ZUR NACHSORGE FÜR ANLAGE I NEU BESTÄTIGTE ANZEIGEN	ANZEIGEN ZUR NACHSORGE FÜR ANLAGE I ALLE BESTÄTIGTEN ANZEIGEN	NEU ERTEILTE GENEHMIGUNG FÜR ANLAGE IV ALLE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
KV Bayerns	1		
KV Berlin			2
KV Hamburg		3	
KV Hessen			1
GESAMT	4		3

› AUSBLICK WEITERENTWICKLUNG sQS

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 21. April 2022 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung beschlossen, auf deren Basis das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt wurde, die QS-Verfahren weiterzuentwickeln.

Das Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ gehört zu den ersten drei Verfahren, die überarbeitet wurden. Der Bericht mit den Empfehlungen des IQTIG wurde am 16. November 2023 mit einer kritischen Kommentierung des G-BA zur Veröffentlichung freigegeben.

Die Empfehlungen zu den nächsten sechs rein stationären QS-Verfahren wurden dem G-BA zum 15. März 2024 vorgelegt. Die Empfehlungen zu den übrigen sechs Verfahren folgten am 15. März 2025. Hierunter fallen die beiden sektorenübergreifenden Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ und „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation (QS NET Modul: Transplantation)“, wobei sich die Abgabe des Berichts für das Modul Dialyse auf den 30. Mai 2025 verschob.

Weiterhin wurde das IQTIG infolge des Eckpunktepapiers am 12. Mai 2023 mit der Entwicklung und Anwendung eines Konzepts zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten und Verbesserungsbedarfen beauftragt. Mit diesem Konzept soll zukünftig eine Einschätzung gegeben werden, ob beziehungsweise welche QS-Verfahren neu eingeführt werden sollen. Der Vorbericht zum Konzept wurde dem G-BA am 28. April 2025 vorgelegt.

Die letzte noch ausstehende Beauftragung aus dem Eckpunkt Papier zur Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung wurde am 6. März 2024 vom G-BA beschlossen. Die Abgabe des Berichts erfolgte am 30. September 2025. Im Fokus der Beauftragung stehen Abläufe und Kriterien für eine möglichst einheitliche Beurteilung von rechnerischen Auffälligkeiten auf Landesebene. Darüber hinaus soll das Konzept Empfehlungen enthalten, wie sich die Durchführung von Stellungnahmeverfahren aufwandsarm sowohl für LAG und Fachkommissionen als auch für Arztpraxen und Krankenhäuser gestalten lässt.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz am 28. März 2024 wurde der § 136a Absatz 6 SGB V geändert. Die vom G-BA festzulegenden Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit anhand einrichtungsbezogener risikoadjustierter Vergleiche nach § 136a gelten nunmehr nur noch für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.

Die Richtlinie zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz gemäß § 136a Absatz 6 SGB V (QbT-RL) wurde am 16. Januar 2025 beschlossen und soll zum 1. Januar 2026 in Kraft treten. Daten, die ab diesem Zeitpunkt im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erhoben werden, sind grundsätzlich veröffentlichungsfähig, wenn sie bestimmte Eignungskriterien erfüllen. Zum Beispiel dürfen nur die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren veröffentlicht werden, die einem Leistungserbringer maßgeblich zuschreibbar sind und die die messtechnischen Anforderungen an Objektivität, Validität und Reliabilität erfüllen.

Mit der Richtlinie soll die Transparenz der Qualitätssicherungsergebnisse erhöht werden. Leistungserbringer sollen eine Anregung zur Leistungsverbesserung erhalten und überweisende Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten und deren beratende Organisationen Unterstützung bei der Auswahlentscheidung eines Leistungserbringers. Die Ergebnisse werden voraussichtlich erstmals ab dem 15. Januar 2029 der Öffentlichkeit über ein Online-Portal zur Verfügung stehen. Am 3. Juli 2025 wurde das IQTIG mit dem Aufbau des Portals beauftragt.

05

GESETZLICHE GRUNDLAGEN

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

§ 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

› GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl verschiedener Zuständigkeiten und Akteure.

Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen:

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

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

Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend:

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

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

Zu den grundlegenden Paragraphen des SGB V zählen:

§ 70 QUALITÄT, HUMANITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT

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

§ 75 INHALT UND UMFANG DER SICHERSTELLUNG

Die Sicherung und Förderung der Qualität ärztlicher Tätigkeit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung auf hohem Leistungsniveau. Qualitätssicherung der ärztlichen Leistung hat zum Ziel, die Qualität des Arbeitsprozesses und der Arbeitsergebnisse zu wahren und gegebenenfalls zu erhöhen. Dies kann nur verwirklicht werden, wenn Probleme rechtzeitig identifiziert, hinreichend analysiert, praktikable Verbesserungsvorschläge zügig erarbeitet und erfolgreich angewendet werden. Eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung besteht nach wie vor darin, die strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns in der Aus- und Weiterbildung zu schaffen und zu erhalten.

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 Leistungserbringerorganisation benannt worden sind.

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

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

§ 92 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr 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

- › besonderer Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes beziehungsweise der Ärztin,
 - › einer besonderen 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 Qualitätssicherungs-Vereinbarungen 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 und deren Ziele und Ergebnisse zu dokumentieren und jährlich zu 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. Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Vergütungsabschläge sind gesetzlich vorgesehen, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Richtlinien 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 ergänzende 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 sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der stationären und ambulanten Versorgung 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 ab 1. Januar 2022 eine barrierefreie Durchführung vorsehen. Bereits erarbeitete Patientenbefragungen sind bzgl. der barrierefreien Durchführung bis zum 31. Dezember 2025 nachträglich zu beauftragen.

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.

Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum 31. März 2025 neben den bestehenden Behandlungsprogrammen zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ I und 2 ergänzend die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen.

§ 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 lebenslagenpezifischer 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 zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung,
- › Beteiligung an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin.

06 | ANHANG

› 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.

KERNDIMENSIONEN

› STRUKTURQUALITÄT

Dieser Begriff kennzeichnet die Eigenschaften und Merkmale der Ärztin beziehungsweise des Arztes, des Praxispersonals, der Praxiseinrichtung und -ausstattung. Darunter fallen die Aus- und Weiterbildung (fachliche Qualifikation) des medizinischen und psychotherapeutischen Personals, vorhandene Gerätschaften und bauliche Voraussetzungen. Auch die Organisation innerhalb des Praxisbetriebs kennzeichnet die Strukturqualität.

- › Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte
- › Anzahl und Qualifikation der Beschäftigten der Praxis
- › Praxisräumlichkeiten
- › Technische Ausstattung der Praxis (z. B. Ultraschallgerät)
- › Erreichbarkeit der Praxis

› PROZESSQUALITÄT

Dieser Schritt beschreibt, wie die praxisinternen Abläufe funktionieren. Wie organisiert die Praxis beispielsweise die Terminvergabe? Wie erbringen Ärztinnen und Ärzte diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb des Versorgungsprozesses?

- › Indikationsstellung
- › Gesprächsführung mit Patientinnen und Patienten
- › Diagnostik und Therapie
- › Befundung von Röntgenbildern
- › Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Teammitgliedern

› ERGEBNISQUALITÄT

Dieser Begriff sagt aus, ob und inwieweit gesteckte Qualitätsziele erreicht wurden. Bei der Betrachtung eines Diagnoseverfahrens kann Ergebnisqualität beispielsweise eine gute Röntgenaufnahme betreffen. Hat ein Diagnoseverfahren zu besseren Ergebnissen geführt? Geht es um therapeutische Leistungen, so ist der Gesundheitszustand der behandelten Personen Indikator für die Ergebnisqualität. Ist die gewünschte Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten? Ist der Patient oder die Patientin selbst zufrieden mit dem Ergebnis der ärztlichen Behandlung?

- › Morbidität, Mortalität
- › Besserung oder Heilung einer Erkrankung
- › Patientinnen- beziehungsweise Patientenzufriedenheit
- › Messwert (z. B. Blutdruck, Labor)
- › Sensitivität und Spezifität einer Röntgenuntersuchung

➤ ARZTSTRUKTUR 2024

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG
TEILNEHMENDE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN,
PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN
QUELLE: BUNDESARZTREGISTER, STAND 31. DEZEMBER 2024

Mehr Infos unter:
➤ [www.kbv.de/infothek/
zahlen-und-fakten/
bundesarztregister](http://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/bundesarztregister)



SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	SUMME
Allgemeinmedizin	25.028	12	2.831	6.939	41	34.851
Anästhesiologie	1.954	23	1.082	680	397	4.136
Augenheilkunde	3.100	19	2.264	1.143	152	6.678
Chirurgie und Orthopädie	6.734	83	4.393	1.213	2.149	14.572
– Gefäßchirurgie	287	1	384	75	329	1.076
– Kinderchirurgie	93	1	54	22	124	294
– Orthopädie	2.445	10	741	249	252	3.697
– Orthopädie und Unfallchirurgie	3.254	64	2.149	637	807	6.911
– Plastische Chirurgie	218	8	97	37	117	477
– Rheumatologie	217	2	70	24	41	354
– Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	6	0	5	2	45	58
– Unfallchirurgie	958	4	662	111	342	2.077
– Viszeralchirurgie	258	2	429	75	461	1.225
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	7.890	40	2.035	1.699	1.254	12.918
– Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	187	3	126	65	10	391
– Gynäkologische Onkologie	137	0	90	8	208	443
– Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	191	0	92	49	161	493
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Phoniatrie und Pädaudiologie	3.274	17	443	666	218	4.618
– Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung / Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	132	2	17	38	21	210
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.586	29	640	693	110	4.058
Humangenetik	33	0	271	12	3	319
Innere Medizin	18.360	122	6.236	4.751	1.756	31.225
– hausärztlich tätig	12.420	7	2.333	3.428	0	18.188
– fachärztlich tätig	5.940	115	3.903	1.323	0	11.281
Innere Medizin mit fachlichem Schwerpunkt, einschließlich Ermächtigte**	5.940	116	3.903	1.323	1.756	13.037
– Angiologie	252	3	175	42	81	553
– Diabetologie / Endokrinologie	117	5	115	26	62	325
– Gastroenterologie	1.027	29	622	188	495	2.357
– Geriatrie	0	0	0	0	0	0
– Hämatologie / internistische Onkologie	492	6	664	134	184	1.480
– Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	3	0	3	0	2	8
– Kardiologie	1.846	52	911	421	564	3.794
– Nephrologie	693	14	811	222	95	1.835
– Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	855	8	327	134	212	1.536
– Rheumatologie	365	2	226	75	57	725

➤ Fortsetzung nächste Seite

➤ ARZTSTRUKTUR 2024

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	SUMME
Kinder- und Jugendmedizin	5.205	34	836	1.560	855	8.490
– Infektiologie	0	0	0	0	1	1
– Kinderendokrinologie und -diabetologie	12	0	5	0	15	32
– Kindergastroenterologie	2	0	2	0	12	16
– Kinderhämatologie / Kinderonkologie	57	2	16	14	51	140
– Kinderkardiologie	265	3	53	66	84	471
– Kindernephrologie	12	0	2	2	5	21
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	0	0	0	0
– Kinderpneumologie / Kinder- lungen- und -bronchialheilkunde	55	0	8	12	23	98
– Kinderrheumatologie	1	0	0	0	2	3
– Neonatologie	540	1	73	87	231	931
– Neuropädiatrie	215	0	35	37	154	441
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	7.108	194	167	497	78	8.044
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	907	2	131	159	24	1.223
Laboratoriumsmedizin / Biochemie / Mikrobiologie	104	0	1.202	44	20	1.370
– Biochemie	0	0	1	0	0	1
– Immunologie	2	0	3	0	2	7
– Laboratoriumsmedizin	90	0	924	34	12	1.060
– Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	32	0	418	18	7	475
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.046	0	128	144	23	1.341
Nervenheilkunde / Neurologie / Psychiatrie	4.196	40	1.262	729	490	6.717
– Nervenheilkunde	770	2	120	89	33	1.014
– Neurologie und Psychiatrie	917	5	100	80	30	1.132
– Neurologie	1.458	21	764	391	353	2.987
– Psychiatrie	1.376	14	313	199	87	1.989
– Forensische Psychiatrie	8	0	4	1	2	15
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	1	0	0	1
Neurochirurgie	428	2	634	77	89	1.230
Nuklearmedizin	341	0	492	179	12	1.024
Pathologie	328	0	666	216	24	1.234
– Neuropathologie	7	0	25	2	2	38
Physikalische und Rehabilitative Medizin	331	0	170	78	5	584
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin Arzt / Ärztin	2.118	0	132	280	43	2.573
Ärztliche Psychotherapie	5.430	10	199	143	66	5.848
– Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.129	0	85	31	34	2.279
Psychologische Psychotherapie	23.311	682	1.034	1.718	132	26.877
Radiologie	1.344	21	1.845	888	578	4.676
– Kinderradiologie	18	0	17	13	39	87
– Neuroradiologie	122	2	100	52	89	365
– Strahlentherapie	3	0	1	0	2	6
Strahlentherapie	148	0	875	140	10	1.173
Transfusionsmedizin	25	0	124	5	26	180
Urologie	2.423	19	454	403	284	3.583
Übrige Fachbereiche	0	0	2	0	7	9
Summe	123.752	1.349	30.548	25.056	8.846	189.551

* Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Einrichtungen und kommunale Einrichtungen. ** Hier werden nur Internistinnen und Internisten berücksichtigt, die als Fachinternistinnen und -internisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärztinnen und Ärzte, die als Internistinnen und Internisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berücksichtigt. Allgemeiner Hinweis: Bei Ärztinnen und Ärzten, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

› VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

ANZAHL ÄRZTE UND ÄRZTINNEN,
PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN



KV NIEDERSACHSEN
16.992



KV SACHSEN-ANHALT
4.612



KV BADEN-WÜRTTEMBERG
24.092



KV BREMEN
2.093



KV NORDRHEIN
23.456



KV SCHLESWIG-HOLSTEIN
6.404



KV BAYERN
30.527



KV HAMBURG
5.763



KV RHEINLAND-PFALZ
8.475



KV THÜRINGEN
4.490



KV BERLIN
10.985



KV HESSEN
14.608



KV SAARLAND
2.255



KV WESTFALEN-LIPPE
17.005



KV BRANDENBURG
5.075



KV MECKLENBURG-VORPOMMERN
3.510



KV SACHSEN
9.209

BUNDESWEIT
189.551

THEMENBEZOGENE QUALITÄTSINITIATIVEN

KBV KVen



› **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.



› **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.



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

KBV GKV-SV



› **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.



A

Audit: Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditrachweisen 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 Regelung vorgegebene Anzahl von Patientinnen- oder Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden.

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.

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. Mit der Festlegung einer Frequenz wird versucht, Erfahrungswissen zu operationalisieren.

G

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.

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.

Hygieneprüfungen: Regelmäßige Hygieneprüfungen 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“.

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. 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 Hygieneprüfungen 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.

Q

Qualitätsdimensionen: Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-)Ergebnisses definierte Anforderungen erfüllt.

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 Echtdaten 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-Manual^{plus}®.

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 konsenterte, 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.

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.

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
.....

› 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) 88 28 - 0
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-thuringen.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

QUELLEN: ➤ Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press 2006, New York NY. ➤ Donabedian A (1966), zitiert in Böcker P. Qualitätsmanagement im Krankenhaus – ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren. GRIN Verlag, Norderstedt 2005, S. 8. ➤ Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework. OECD Health Working Papers No. 23; OECD 2006. ➤ Lauerer M, Emmert M, Schöffski O. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Schriften zur Gesundheitsökonomie 18; HERZ, Burgdorf 2011. ➤ 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 15.01.2026. ➤ WHO. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO press 2006.

DER KBV-QUALITÄTSBERICHT
IST ONLINE VERFÜGBAR:
www.kbv.de/398202

IMPRESSUM

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur,
Abteilung ambulante Qualitätssicherung – Qualitätsdarstellung;
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation,
Bereich Externe Kommunikation;
unterstützt von weiteren Organisationseinheiten der KBV
sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen

Gestaltung: büro lüdke GmbH

Fotos: © Adobe Stock: Chinnapong (S. 44), Drazen (S. 55),
edward olive / EyeEm (S. 51), Koragot kaewmahakhun (S. 89),
KseniyaK (S. 49), lightfieldstudios (S. 18), Monkey Business (S. 60),
Viacheslav Lakobchuk (S. 98); © Bernd Bertram (S. 58);
© Berufsverband der Augenärzte / Augenärzte Datenbank (S. 83);
© Christoph Rieken (S. 64); © Christoph Strohm / Pro Health Media
(S. 94); © Fotolia: Dr. N. Lange (S. 80), hl studios (S. 118), mankale
(S. 97), picsfive (S. 45), science photo (S. 99), WavebreakMediaMicro
(S. 87); © iStockphoto: Alexander Raths (S. 114), alvarez (S. 85),
BraunS (S. 96), choja (S. 75), cosinart (S. 62), DjelicS (S. 108),
Engine Images (S. 7), fotostorm (S. 105), izusek (S. 14), Matthias Krüger
(S. 101), maodesign (S. 39), nicolas (S. 77), OKrasyuk (S. 36), Phototake
PM (S. 100), robertprzybysz (S. 53), SimmiSimmons (S. 43), skynesher
(78), spark067 (S. 37), zlikovec (S. 40); © Kaya Erdem, Düren (S. 79);
© Katrin Marquardt (S. 120); © Lopata / axentis.de (S. 2); © Otto
Hildebrand, Bad Zwischenahn (S. 41); © Robert Kühlmann /
Klinikum Ernst v. Bergmann (S. 56); wikimedia: © Eric Erbe (S. 47)

Redaktionsschluss: Kapitel 3 > 30. November 2025

Stand: Februar 2026