

**KBV**

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG



**QUALITÄTSBERICHT 2023**

BERICHTSJAHR  
**2022**



Dr. Andreas Gassen  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Sibylle Steiner  
Mitglied des Vorstands der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Stephan Hofmeister  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

# GRÜßWORT

## LIEBE LESERINNEN UND LESER,

es ist augenscheinlich: Nach der COVID-19-Pandemie verläuft das Prüfungsgeschehen im Rahmen der Qualitätsförderung und Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung wieder wie vorgesehen. Die noch im ersten Quartal des Berichtsjahres 2022 bestehenden Sonderregelungen hatten keinen nennenswerten Einfluss mehr. Dies lässt sich aus einem 4-Jahres-Vergleich zu 2019, dem letzten Berichtsjahr vor der Pandemie, eindeutig ablesen. So zeigt dieser Bericht auf anschauliche Weise, wie vielfältig und fundiert die Versorgungsqualität der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gefördert wird.

Ausgesprochen positiv ist die Entwicklung im Leistungsbereich Computertomographie: Aufgrund konstant guter Prüfergebnisse in den vergangenen Jahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dauerhaft von der Überprüfung der Qualität von Computertomographie-Untersuchungen entbunden. In diesem Bereich haben die KVen seit den 1990er-Jahren stichprobenhaft geprüft und begutachtet, mit Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie im Jahr 2007 nach bundeseinheitlichen Vorgaben.

Die stichprobenhafte retrospektive Begutachtung ärztlicher Behandlungsdokumentationen durch eine Qualitätssicherungskommission der KV ist ein etabliertes Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Insgesamt wurden von 2008 bis 2021 bei fast 1.800 Ärztinnen und Ärzten die Computertomographien zu 20.000 Patientinnen und Patienten überprüft – mit durchweg guten Prüfergebnissen. Besonders begrüßenswert ist hierbei, dass mit dem Wegfall der Stichprobenprüfungen eine erhebliche Reduzierung des Bürokratieaufwands einhergeht.

Insgesamt dokumentiert der vorliegende Qualitätsbericht, wie sehr sich Patientinnen und Patienten auf eine konstant hohe Qualität der ambulanten Versorgung verlassen können: Zum Ende des Berichtsjahrs hielten 185.298 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 301.860 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen, zusätzlich 46.332 Genehmigungen für Psychotherapie. Für die KBV und die KVen ist und bleibt die Sicherung der Qualität in der ambulanten Versorgung eine Kernaufgabe, in deren Mittelpunkt die Patientinnen und Patienten stehen. Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung müssen dabei stets in einem angemessenen Verhältnis zum bürokratischen Aufwand und dem erwarteten Effekt einer Prüfung stehen.

## WIR WÜNSCHEN IHNEN EINE AUFSCHLUSSREICHE LEKTÜRE

# INHALT

## 01 ÜBERBLICK UND AKTUELLES SEITE 6

Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
Aktuelles:	
› Konstant gute Prüfergebnisse – keine Stichprobenprüfungen mehr in der Computertomographie	8
› Neues Serviceheft „PraxisWissen“ – Ultraschalldiagnostik	9

## 02 STRUKTUREN UND PROGRAMME DER QS SEITE 10

Ambulante Qualitätssicherung – Kernaufgaben, Instrumente, Ergebnisse und Maßnahmen	11
Infografik: Anforderungen und Folgeverpflichtungen	12
Prüfbereiche der Qualitätssicherung	13
Im Fokus:	
› Fortbildungsverpflichtung	17
› Qualitätszirkel	18
› Qualitätsmanagement und Patientensicherheit	19
› Qualitätsmanagement-Tools	20
› Disease-Management-Programme (DMP)	22
› Mammographie-Screening-Programm	28

## 03 SPEZIELLE QUALITÄTSSICHERUNG VON A BIS Z SEITE 30

Abklärungskolposkopie	31
Akupunktur	32
Ambulantes Operieren	34
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	35
Arthroskopie	36
Balneophototherapie	38
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung	39
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	40
Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen	41
Histopathologie Hautkrebs-Screening	42
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	44
Hörgeräteversorgung	46
Hörgeräteversorgung – Kinder	48
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	50
Interventionelle Radiologie	51
Intravitreale Medikamenteneingabe	53
Invasive Kardiologie	55
Kapselendoskopie – Dünndarm	57
Koloskopie	59
Langzeit-EKG-Untersuchungen	62
Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom	63
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	64
Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie	65
Magnetresonanztomographie-Angiographie	68
Mammographie (kurativ)	70
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)	72
Molekulargenetik	73
Neuropsychologische Diagnostik und Therapie	74

Onkologie	75
Otoakustische Emissionen	77
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	78
Phototherapeutische Keratektomie	79
Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT)	80
Psychotherapie	82
Rhythmusimplantat-Kontrolle	84
Schlafbezogene Atmungsstörungen	88
Schmerztherapie	89
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS)	91
› Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	92
› Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (QS WI)	93
› Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	95
› Ausblick	95
Sozialpsychiatrie	96
Soziotherapie	97
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	98
Spezial-Labor	99
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	100
Strahlendiagnostik/ -therapie	101
› Konventionelle Röntgendiagnostik	101
› Computertomographie	103
› Osteodensitometrie	104
› Strahlentherapie	104
› Nuklearmedizin	105
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	106
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	108
› Infografik	109
Ultraschalldiagnostik	110
› Infografik	117
› Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	118
Vakuumbiopsie der Brust	121
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri	123

## 04 GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND HINTERGRUNDINFOS SEITE 126

Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	127
Dimensionen der Qualitätssicherung	131
Arztstruktur	132
Vertragsärztliche Versorgung – Anzahl Ärzte und Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen	134
Themenbezogene Qualitätsinitiativen	135
Glossar	136
Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen	139
Impressum	140

### ABKÜRZUNGEN

<b>BMV-Ä</b>	Bundesmantelvertrag-Ärzte
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<b>GKV-SV</b>	Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen
<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>SGB V</b>	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

### Abkürzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

<b>BB</b>	Brandenburg
<b>BE</b>	Berlin
<b>BW</b>	Baden-Württemberg
<b>BY</b>	Bayern
<b>HB</b>	Bremen
<b>HE</b>	Hessen
<b>HH</b>	Hamburg
<b>MV</b>	Mecklenburg-Vorpommern
<b>NI</b>	Niedersachsen
<b>NO</b>	Nordrhein
<b>RP</b>	Rheinland-Pfalz
<b>SH</b>	Schleswig-Holstein
<b>SL</b>	Saarland
<b>SN</b>	Sachsen
<b>ST</b>	Sachsen-Anhalt
<b>TH</b>	Thüringen
<b>WL</b>	Westfalen-Lippe



# 01

## ÜBERBLICK UND AKTUELLES

KENNZAHLEN ZUR  
QUALITÄTSSICHERUNG  
BERICHTSJAHR  
2022



185.298

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



301.860

**GENEHMIGUNGEN ZU VERSCHIEDENEN BEREICHEN**  
(keine Kopfzählung)



14.046

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



121.725

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



4.355

**PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**



17.156

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



19.910

**PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE**  
(inklusive Wartungsnachweise und Wiederholungen)



3.601

**HYGIENEPRÜFUNGEN**  
(inklusive Wiederholungen)



280

**GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN WEGFALL  
DER QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN**



61

**GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN NEGATIVER PRÜFERGEBNISSE**

# › KENNZAHLEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG GESAMTUMFANG FÜR DAS BERICHTSJAHR 2022

KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren als Partner des Bundesmantelvertrags (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 185.298 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 301.860 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen, zusätzlich 46.332 Genehmigungen für Psychotherapie<sup>1</sup>.

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 14.046 Dokumentationsprüfungen wurden 121.725 Patientendokumentationen<sup>2</sup> 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 341 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 4.355 Fällen die Einhaltung von Frequenzvorgaben überprüft, 17.156 Überprüfungen spezieller Fortbildungsanforderungen vorgenommen, und – insbesondere in den Leistungsbereichen Hörgeräteversorgung und Ultraschall – 19.910 gerätebezogene Überprüfungen durchgeführt. 3.601 Hygieneprüfungen erfolgten zur Sicherung der Qualität der Koloskopie.

## NORMALISIERUNG DES PRÜFGESCHEHENS NACH DER COVID-19-PANDEMIE

Der dargestellte Gesamtumfang der Daten zur Qualitätssicherung für das Berichtsjahr 2022 zeigt, dass die COVID-19-Pandemie und die noch im ersten Quartal des Berichtsjahres bestehenden Sonderregelungen keinen nennenswerten Einfluss auf das Prüfgeschehen hatten. In einem 4-Jahres-Vergleich der kumulierten Werte der im Bericht dargestellten Kennzahlen zeigt sich in allen Bereichen im Vergleich zu 2019, dem letzten Berichtsjahr vor der Pandemie, eine Normalisierung des Prüfumfangs.

Beispielsweise zeigen die bundesweit kumulierten Werte der durchgeführten arztbezogenen Dokumentationsprüfungen mit 121.725 Patientendokumentationen gegenüber dem Vorjahr 2021 mit 94.823 Dokumentationsprüfungen einen Anstieg von etwa 22 Prozent. Auch bei den Überprüfungen der Fortbildungsnachweise zeigt sich ein Anstieg von fast 24 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Bei Konstanz- und Geräteprüfungen bewegt sich das Prüfgeschehen mit 19.910 Geräteprüfungen im Jahr 2022 oberhalb des Niveaus vor der Pandemie (2019).

In vergleichbarer Weise hat sich die Anzahl insgesamt durchgeführter Stichprobenprüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V von 892 im Jahr 2021 auf 1.312 im Berichtsjahr 2022 deutlich erhöht. Für den Leistungsbereich Computertomographie wurde erstmals aufgrund anhaltend guter Ergebnisse eine Streichung der Richtlinieninhalte vorgenommen, sodass der Leistungsbereich Computertomographie zukünftig nicht mehr zu überprüfen ist.

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Wert enthält für einzelne Leistungsbereiche Schätzungen.

## › KONSTANT GUTE PRÜFERGEBNISSE KEINE STICHPROBENPRÜFUNGEN MEHR IN DER COMPUTERTOMOGRAPHIE

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Verpflichtung der KVen zur Überprüfung der Qualität von Computertomographie-Untersuchungen dauerhaft aufgehoben. Begründet wird diese Entscheidung mit den guten Prüfergebnissen in den vergangenen Jahren.

Seit vielen Jahren ist die stichprobenhafte retrospektive Begutachtung ärztlicher Behandlungsdokumentationen durch eine Qualitätssicherungskommission der KV ein etabliertes Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung. Dazu wählt die KV abgeschlossene Behandlungsfälle nach dem Zufallsprinzip aus und fordert die zugehörigen Patientenakten bei der Ärztin oder dem Arzt an. Das Verfahren ist für alle KVen einheitlich in der „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“<sup>1</sup> des G-BA geregelt. Die Kriterien zur Beurteilung der Qualität sind in leistungsbereichsbezogenen „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien“ festgelegt, für die Röntgendiagnostik und Computertomographie in der „Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie“.

Das Stichprobenverfahren nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie wurde im Auftrag des G-BA vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua) evaluiert. In seinem Evaluationsbericht<sup>2</sup> kommt das aQua-Institut 2021 zu dem Schluss, dass das Stichprobenverfahren als Maßnahme der externen Qualitätssicherung zur Bewertung der Fachlichkeit der ärztlichen Leistung geeignet ist und zumindest indirekt auf die Qualität der Patientenversorgung wirkt, denn es kann angenommen werden, dass eine gute Prozessqualität Voraussetzung für eine gute Patientenversorgung ist.

Im Bereich Computertomographie wurden Stichprobenprüfungen bereits seit den 1990er Jahren von den KVen durchgeführt, mit Inkrafttreten der Qualitätsprüfungs-Richtlinie in 2007 nach bundeseinheitlichen Vorgaben. Anhand der schriftlichen Aufzeichnungen (z. B. Befundbericht) und Computertomographie-Bilder werden die fachgerechte Indikationsstellung und Durchführung der Untersuchung (z. B. Strahlenexposition), die Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformationen und die Bildbeschriftung sowie die Schlüssigkeit des Befundberichts bewertet. Dafür sind vier Ergebniskategorien vorgegeben, je nachdem ob keine, geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt werden. Jährlich sind bei mindestens vier Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die Computertomographien durchführen und abrechnen, jeweils zwölf Behandlungsfälle (Patientinnen und Patienten) zu begutachten.

In den ersten Jahren (2008–2011) nach Einführung der Richtlinie überwog die bundesweite Prüfquote mit jährlich 10 bis 15 Prozent der Ärztinnen und Ärzte den vorgeschriebenen Mindestprüfumfang von vier Prozent deutlich. Aufgrund der geringen Beanstandungsquoten wurde die Prüfverpflichtung für die KVen vom G-BA in den folgenden Jahren wiederholt befristet ausgesetzt. Aber auch in den Jahren ohne Prüfverpflichtung (2012–2014, 2016–2017) führten mehrere KVen die Prüfungen eigeninitiativ fort. Ab dem Jahr 2020 erfolgten die Stichprobenprüfungen in der Computertomographie auf der Grundlage neu gefasster Richtlinien, wegen der COVID-19-Pandemie allerdings unter erschwerten Bedingungen und in reduziertem Umfang.

Insgesamt wurden von 2008 bis 2021 bei fast 1.800 Ärztinnen und Ärzten die Computertomographien zu 20.000 Patientinnen und Patienten überprüft. Dabei waren die Prüfergebnisse durchwegs gut. In den Jahren mit bestehender Prüfverpflichtung betrug der bundesweite Anteil an Prüfungen ohne eine Beanstandung zwischen 85 und 90 Prozent, bei knapp 10 Prozent gab es nur geringe Beanstandungen. Insgesamt wurden seit 2008 nur in 64 Fällen erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt.

Die geringen Beanstandungsquoten in der Computertomographie können auch damit zusammenhängen, dass Computertomographie-Untersuchungen hochstandardisiert sind. Im Evaluationsbericht des aQua-Instituts wird ausgeführt, dass die Qualität der Untersuchung zunehmend nicht mehr zu beanstanden sei. Wenn Probleme vorliegen, dann häufig im Bereich der Strahlenbelastung oder der technischen Geräte.

Aufgrund der guten Prüfergebnisse mussten die KVen nur wenige Maßnahmen zur Förderung der Qualität durchführen. Meistens genügte eine Beratung oder eine Empfehlung beziehungsweise Verpflichtung zur Beseitigung festgestellter Mängel. Nur in Einzelfällen fand eine Praxisbegehung oder ein Kolloquium statt. Auch Wiederholungsprüfungen, wie sie die Qualitätsprüfungs-Richtlinie bei bestimmten festgestellten oder mutmaßlichen Qualitätsmängeln vorsieht, waren nur selten durchzuführen.

Das Stichprobenverfahren ist laut aQua-Institut insgesamt und in der vergleichenden Betrachtung zu Qualitätssicherungsanforderungen anderer Sektoren als aufwandsarm einzustufen. Für die Ärztin oder den Arzt beschränkt sich der Aufwand im Falle einer Überprüfung darauf, die Unterlagen zusammenzustellen und zu versenden, da sie ohnehin verpflichtet sind, Patientenakten zu führen und aufzubewahren. Eine zusätzliche Dokumentation nur zu Zwecken der Qualitätssicherung ist nicht erforderlich.

>>



Der zeitliche Aufwand für die Mitglieder der Qualitätssicherungskommission kann hingegen beträchtlich sein, gerade bei der Computertomographie, wo umfangreiches Bildmaterial gesichtet werden muss. Als Zeitaufwand für die Begutachtung von zwölf Behandlungsfällen durch die Qualitätssicherungskommission gibt das aQua-Institut eine Stunde (Median) an.

Das aQua-Institut weist in seinem Evaluationsbericht darauf hin, dass Stichprobenprüfungen bei dauerhaft guten Ergebnissen vergleichsweise ineffizient sind. In der Computertomographie waren die Ergebnisse in den vergangenen Jahren durchwegs gut. Auch wiederholte befristete Aussetzungen der Prüfungen zeigten keine nachteiligen Auswirkungen auf die Beanstandungsquoten. Insofern folgt der Beschluss des G-BA, die Verpflichtung der KVen zur Durchführung von Stichprobenprüfungen in der Computertomographie dauerhaft aufzuheben, der Evaluationsempfehlung des aQua-Instituts und trägt dazu bei, die Ärztinnen und Ärzte sowie die Qualitätssicherungskommissionen zu entlasten.

Insofern wird auch zu überlegen sein, inwieweit eine Fortsetzung von Stichprobenprüfungen im Bereich der Kernspintomographie sinnvoll ist. Denn auch hier werden seit Jahren fortwährend gute Ergebnisse erzielt.

1) 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), URL: [www.g-ba.de/richtlinien/46/](http://www.g-ba.de/richtlinien/46/) (Stand 07.06.2023).

2) Evaluation der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) – Abschlussbericht, Hrsg. aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2021, URL: [www.g-ba.de/downloads/39-261-5218/2021-12-16\\_QP-RL\\_Freigabe-Abschlussbericht-aQua-Evaluation-QP-RL.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-5218/2021-12-16_QP-RL_Freigabe-Abschlussbericht-aQua-Evaluation-QP-RL.pdf) (Stand 07.06.2023).

Artikel erstmals erschienen in: Die Radiologie, 63, BDR-Mitteilungen, Seite 629

## ➤ NEUES SERVICEHEFT „PraxisWissen“ ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Zur Ultraschalldiagnostik stellt die KBV mit dem neuen Serviceheft aus der Reihe PraxisWissen eine Übersicht zu den Vorgaben aus der Ultraschall-Vereinbarung zur Verfügung. Hierbei werden anhand von grafischen Darstellungen und Hinweisen die wesentlichen Aspekte der Vereinbarung erläutert.



Die Ultraschalldiagnostik ist deutschlandweit das am häufigsten eingesetzte bildgebende Diagnostikverfahren. Die Anwendungsbereiche sind vielfältig und reichen wortwörtlich von Kopf bis Fuß, da eine Sonographie des Auges ebenso möglich ist wie die der distalen Beinvenen.

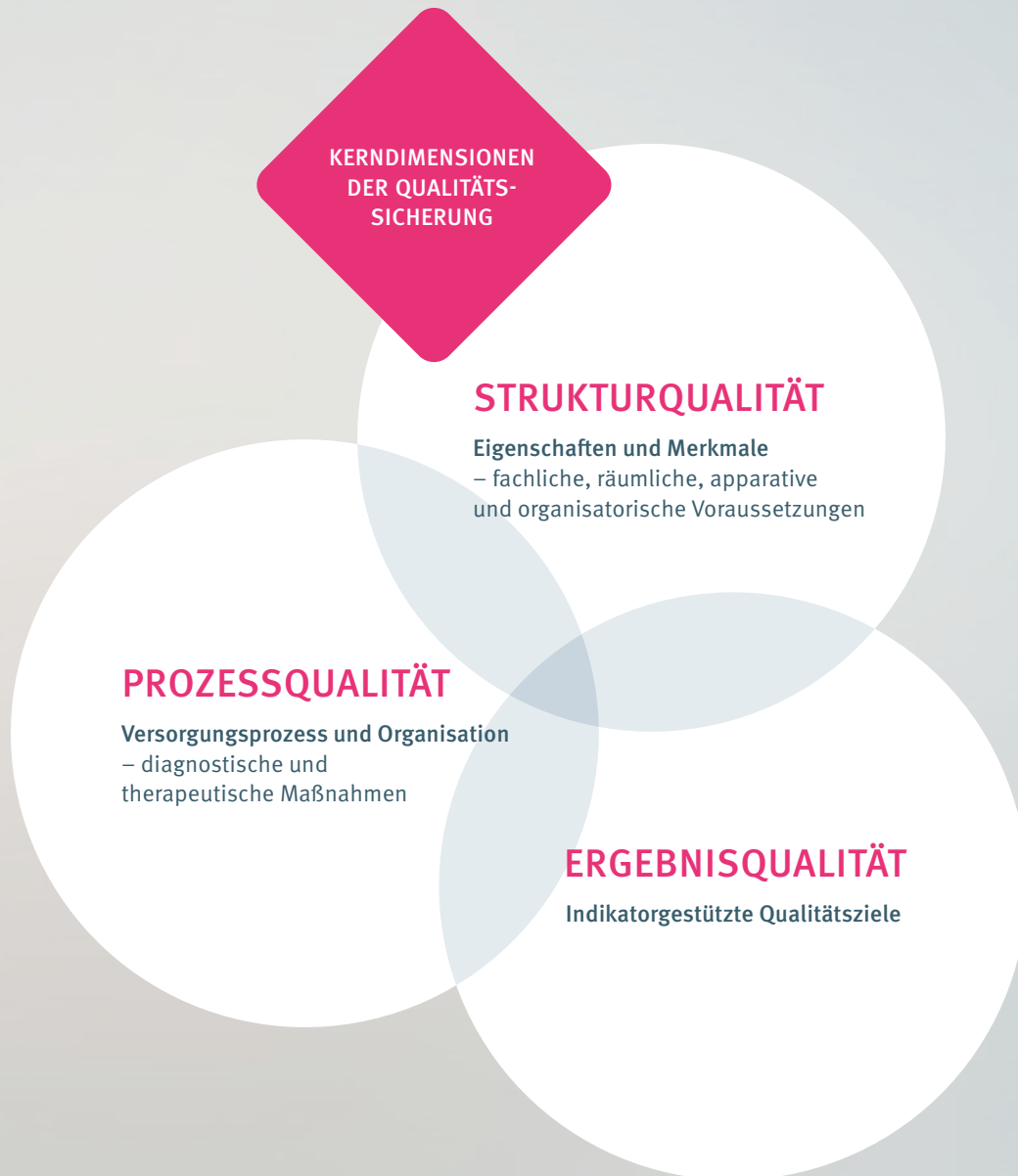
Untersuchungen mittels Ultraschall unterliegen in der vertragsärztlichen Versorgung besonderen Qualitätsanforderungen. Die Vorgaben zur Genehmigung sind in der Ultraschall-Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband enthalten und werden immer wieder angepasst und aktualisiert.

Das Serviceheft zur Ultraschalldiagnostik gibt einen umfassenden Überblick zu den Vorgaben aus der Ultraschall-Vereinbarung und geht dabei auf die Anforderungen an die ärztliche Qualifikation, das Genehmigungsverfahren, die Vorgaben zur Dokumentation sowie Stichprobenprüfungen ein und gibt Tipps für die Arbeit in der Praxis.

Online-Ausgabe des Serviceheftes unter:  
➔ [www.kbv.de/html/publikationen.php](http://www.kbv.de/html/publikationen.php)

# 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 Vertragsärzteschaft auf Bundesebene in Verhandlungen mit den Vertragsparteien und in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). 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.

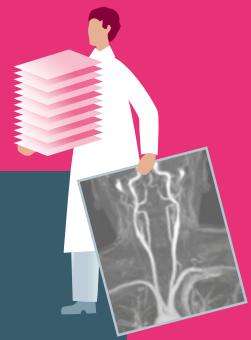
Um geeignete Prüfparameter zur Ergebnisqualität einer medizinischen Leistung bestimmen und überprüfen zu können, müssen einige Faktoren mitgedacht werden. Dies betrifft einerseits die individuelle Situation von Patienten und Patientinnen (Krankenvorgeschichte und Lebenssituation), aber auch die Bereitschaft 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 3.580 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

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



### › AKKREDITIERUNG

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

Der Aufwand der KVen in diesem Bereich variiert von Jahr zu Jahr und ist abhängig von den im jeweiligen Jahr in Kraft getretenen oder aktualisierten Vereinbarungen. Diese können gegebenenfalls eine neue Genehmigung, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen. 2022 wurden allein für diese Aufgabe etwa 60.000 solcher Verwaltungsakte von den KVen bearbeitet.

### › EINGANGSPRÜFUNG

In besonders sensiblen Bereichen ist über die Prüfung der Akkreditierungsvoraussetzungen hinaus eine Eingangsprüfung erforderlich. Dies betrifft im vertragsärztlichen Bereich die kurative Mammographie mit einer Fallsammlungsprüfung und die Zervix-Zytologie mit einer Präparateprüfung. 2022 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 150 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. 2022 erfolgte dies bei 431 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 2022 bei 358 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 2022 etwa 1.400 Kolloquien statt, wobei der größte Teil, etwa 970, im Leistungsbereich Ultraschall diagnostik durchgeführt wurde. 219 Kolloquien gab es im Laborbereich.

---

## › FREQUENZREGELUNG

---

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

- › Abklärungskolposkopie
- › Histopathologie Hautkrebs-Screening
- › HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen (Anzahl der Behandelten)
- › Interventionelle Radiologie
- › Invasive Kardiologie
- › Kapselendoskopie – Dünndarm (Auswertende)
- › Koloskopie
- › Kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust
- › Mammographie-Screening
- › Onkologie
- › Schmerztherapie (schmerztherapeutische Einrichtung)
- › Vakuumbiopsie der Brust

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

---

## › KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG

---

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

---

## › REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH

---

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

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

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

Durch Gewährleistungserklärungen und regelmäßige Konstanzprüfungen, die durch Wartungsnachweise ersetzt werden können, werden Ultraschallgeräte in Bezug auf die Einhaltung apparativer Vorgaben überprüft. Damit wird jedes einzelne der etwa 171.400 Ultraschallgeräte von jedem der 94.620 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 fachlichen Weiterentwicklungsbedarf der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des G-BA zu identifizieren und daraus gegebenenfalls konkrete Qualitätsförderungsmaßnahmen ableiten zu können. Oder, wie im Fall der Computertomographie, wegen anhaltend guter Ergebnisse die dauerhafte Aufhebung der Verpflichtung zur Durchführung von Stichprobenprüfungen zu beschließen.

>>

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
- › Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Histopathologie Hautkrebs-Screening
- › HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
- › Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom
- › Intravitreale Medikamenteneingabe
- › Kapselendoskopie – Dünndarm
- › Koloskopie
- › Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
- › Liposuktion
- › Magnetresonananz-Angiographie
- › 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
- › 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.

## 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 zu einer kontinuierlichen, kompetenzsichernden Fortbildung verpflichtet. 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 Zulassung vor. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie wurde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Frist für den Nachweis der fachlichen Fortbildung für Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mehrfach verlängert. Zuletzt bis zum Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite.

Trotz der Erschwernisse, sich während der COVID-19-Pandemie fortzubilden, haben per 31. Dezember 2022 mehr als 96 Prozent der Nachweispflichtigen die 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer KV nachgewiesen und damit die Vorgaben erfüllt.

Mehr Infos unter:

➔ [www.kbv.de/html/fortbildung.php](http://www.kbv.de/html/fortbildung.php)

### FORTBILDUNGSPORTAL IM SICHEREN NETZ

Das Fortbildungsportal der KBV ist ein Angebot für Vertragsärzte und -ärztinnen sowie Vertragspsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen. Die CME-Fortbildungen sind kostenfrei. Sie wurden von der Ärztekammer Berlin zertifiziert und setzen sich jeweils aus den Lerninhalten und zehn Multiple-Choice-Prüfungsfragen zusammen. Die Fortbildungspunkte werden auf Wunsch elektronisch an die jeweils zuständige Ärztekammer übermittelt (gilt nur für Ärzte beziehungsweise Ärztinnen).

Das Fortbildungsportal befindet sich im sogenannten Sicherem Netz der KVen. Das bedeutet: Um sich anmelden zu können, muss der Praxiscomputer mit dem Sicherem Netz verbunden sein, zum Beispiel über die Telematikinfrastruktur. Die Anmeldung erfolgt mit persönlichen Login-Daten, die die KVen vergeben.

### FORTBILDUNGSTHEMEN (AUSWAHL):

#### Arzneimittel

› 3 CME-Punkte je Fortbildung

#### Außerklinische Intensivpflege

› 3 CME-Punkte je Fortbildung

#### Methicillin-resistenter Staphylococcus-aureus-Keim (MRSA)

› 3 CME-Punkte

#### Bundeseinheitlicher Medikationsplan

› 3 CME-Punkte

#### DMP Herzinsuffizienz

› 3 CME-Punkte

#### Heilmittel

› 3 CME-Punkte je Fortbildung

#### IT-Sicherheit in der Praxis

› 2 CME-Punkte

#### Medizinische Rehabilitation

› 6 CME-Punkte je Fortbildung

#### Infektionen der unteren Atemwege

› 3 CME-Punkte

#### Arzt-Patienten-Kommunikation bei der Verordnung von Antibiotika

› 3 CME-Punkte

#### Vermeidung postoperativer Wundinfektionen: Antibiotikaresistenzlage und -therapie

› 3 CME-Punkte

#### Umgang mit Kindesmisshandlung

› 3 CME-Punkte je Fortbildung





# › 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.

Bereits seit 2004 fördert die KBV diese Form der Fortbildung im Rahmen eines Konzeptes, das auf der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutorinnen und -Tutoren sowie -Moderatorinnen und Moderatoren beruht und die Zirkelarbeit sowohl inhaltlich-fachlich 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. 2022 wurde das Modul „Barrieren identifizieren – auf dem Weg zur barrierearmen Praxis“ überarbeitet und in zweiter Auflage veröffentlicht.

Außerdem wurde 2022 ein neues Video zur Qualitätszirkelarbeit veröffentlicht. Es soll Moderierende und Teilnehmende motivieren, Qualitätszirkel bei Bedarf auch online durchzuführen und dabei digitale Werkzeuge auszuprobieren.

## 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. Im Jahr 2022 startete die 14. Tutoren-Staffel mit 14 Teilnehmenden aus elf KVen.

2022 engagierten sich bundesweit über 6.750 Moderatorinnen und Moderatoren in circa 7.650 Qualitätszirkeln, an denen rund 60.000 Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten teilnahmen.

Nach nur wenigen Ausbildungsangeboten für Moderierende in 2020 und einer Steigerung um 27 Prozent in 2021 wurden in 2022 erneut deutlich mehr Moderierende ausgebildet (ein Zuwachs von 20 Prozent gegenüber 2021). Die Zahl hat damit wieder das Niveau aus Zeiten vor der COVID-19-Pandemie erreicht.

## QUALITÄTSZIRKEL-NEWSLETTER

Der Qualitätszirkel-Newsletter informiert in größeren Abständen Qualitätszirkel-Interessierte über neue Themen sowie methodische und didaktische Unterstützungsangebote. Der Newsletter erschien im Jahr 2022 zwei Mal und hatte zum Jahresende mehr als 14.000 Abonnenten.

## FÖRDERUNG DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

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, Beantwortung von Fortbildungspunkten bei den Berufskammern) bis hin zu gezielter Öffentlichkeitsarbeit in den KV-Medien.

Mehr Infos unter:

➔ [www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php](http://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php)



- 7.647 Qualitätszirkel und fast 60.000 Teilnehmende
- 62 Tutorinnen und Tutoren unterstützen aktiv die regionale Zirkelarbeit
- Bundesweit 522 neu ausgebildete Moderatorinnen und Moderatoren
- 24 Fortbildungsveranstaltungen für Moderatorinnen und Moderatoren in den KVen
- Etwa 2.800 Downloads der Qualitätszirkel-Module



# › QUALITÄTSMANAGEMENT UND PATIENTENSICHERHEIT

## QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®

Zehn Jahre nach der letzten Aktualisierung wurden der QEP-Qualitätsziel-Katalog® und das QEP-Manual<sup>plus</sup>® umfassend überarbeitet sowie aktualisiert. In 2022 sind beide Werke in einer neuen Auflage erschienen. Dabei sind die fünf Kapitel und die Gliederungsstruktur erhalten geblieben. Sämtliche Texte, Qualitätsziele, Nachweise, Erläuterungen, Bezüge zu gesetzlichen Vorgaben, Umsetzungsvorschläge und Musterdokumente wurden vollständig geprüft und überarbeitet beziehungsweise aktualisiert.

### NEUE THEMEN UND ASPEKTE / BEISPIELE

- › Anfragen per E-Mail
- › Bundeseinheitlicher Medikationsplan
- › OP-Checkliste
- › Digitale Form von Patientendaten, -unterlagen und -befunden
- › Information über die ärztliche / psychotherapeutische Versorgung außerhalb der Sprechzeiten
- › Information über den Einsatz eines Erinnerungssystems
- › Unterweisung Brandbekämpfung und Evakuierung
- › Zugänglichkeit von Informationen zu den aktuell meldepflichtigen Erkrankungen

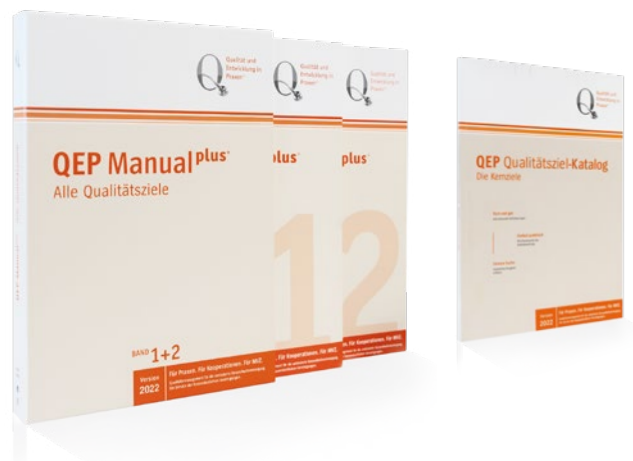
### AUFBAU UND STRUKTUR

Die Qualitätsziele sind fünf Kapiteln zugeordnet und decken ein breites Spektrum allgemeingültiger, qualitätsrelevanter Anforderungen an eine Praxis / ein MVZ ab. Die Gliederung der Werke und ihrer Kapitel ist prozessorientiert in Anlehnung an den Ablauf der Patientenversorgung gestaltet. Zahlreiche Themen und Ziele stehen in Bezug zueinander. Neben dem Hauptkapitel Patientenversorgung werden in vier weiteren Kapiteln die Themen Patientenrechte und Patientensicherheit, Mitarbeitende und Fortbildung, Führung und Organisation sowie Qualitätsentwicklung abgehandelt.

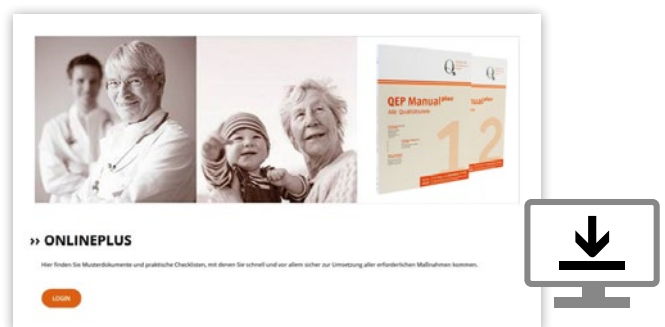
#### Mehr Infos unter:

- › [www.kbv.de/html/qualitaetsmanagement.php](http://www.kbv.de/html/qualitaetsmanagement.php)
- › [www.kbv.de/qep](http://www.kbv.de/qep)

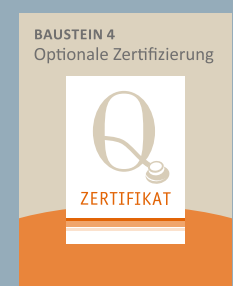
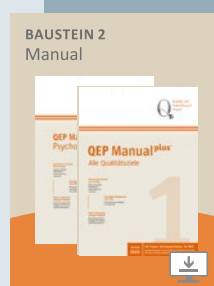
Qualität und  
Entwicklung in  
Praxen®



- › Das **QEP-Manual<sup>plus</sup>** enthält in zwei Bänden die insgesamt 140 Qualitätsziele. Zu den 62 Kernzielen bietet es konkrete Umsetzungsvorschläge sowie einen umfangreichen Serviceteil. Über das passwortgeschützte **Webportal OnlinePlus** können Musterdokumente und weiterführende Informationen heruntergeladen werden.



- › QEP ist ein Qualitätsmanagement-Verfahren speziell für Praxen / MVZ im niedergelassenen Bereich. Es ist für alle Fachrichtungen, Praxisgrößen und Organisationsstrukturen in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung geeignet. Im Mittelpunkt steht die Patientenversorgung. Das Verfahren besteht aus verschiedenen Bausteinen, die aufeinander abgestimmt, kombinierbar und schrittweise umsetzbar sind. QEP wird regelmäßig aktualisiert und kontinuierlich weiterentwickelt.



## › QUALITÄTSMANAGEMENT-TOOLS

### QM-TOOL: PATIENTENBEFRAGUNG eZAP

Patientenbefragungen sind ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements. 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:

➔ [www.kbv.de/html/6332.php](http://www.kbv.de/html/6332.php)

 **eZAP**  
Patientenzufriedenheit



### QM-TOOL: Mein PraxisCheck



### Neu: Notfallmanagement

Eine regelmäßige Selbstbewertung ist fester Bestandteil des Qualitätsmanagements in Praxen und MVZ. Das Online-Tool Mein PraxisCheck gibt einen schnellen Überblick darüber, wie gut die eigene Einrichtung in verschiedenen Bereichen aufgestellt ist. Das Angebot ist anonym und kostenfrei. Eine 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.

Mit dem neuen Mein PraxisCheck zum Thema Notfallmanagement können Praxen / MVZ überprüfen, wie gut sie für medizinische und psychosoziale Notfälle gerüstet sind. Anhand von acht Fragen können wichtige Aspekte, insbesondere auch Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich des Notfallmanagements, überprüft werden. Die Richtlinie fordert eine dem Patienten- und Leistungsspektrum entsprechende Notfallsausstattung, eine durch regelmäßiges Notfalltraining aktualisierte Notfallkompetenz sowie geschulte Mitarbeitende, die Notfallsituationen erkennen und mit diesen umgehen können (§ 4 Abs. 2 QM-RL).

### Aktualisiert: Prävention Wundinfektion

In 2022 wurde Mein PraxisCheck Prävention Wundinfektionen aktualisiert. Dieser Mein PraxisCheck richtet sich insbesondere an ambulant operierende Ärzte und Ärztinnen. Mit wenigen Klicks kann das Hygiene- und Infektionsmanagement in wesentlichen Bereichen der Praxis überprüft werden. Berücksichtigt sind auch die Anforderungen der jährlichen Einrichtungsbefragung ausgewählter Fachgruppen im Rahmen des sQS-Verfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen. In den 16 Fragen sind alle relevanten Aspekte abgedeckt, um Patientinnen und Patienten vor postoperativen Wundinfektionen zu schützen: von der Antiseptik über Antibiotikaphylaxe und Medizinprodukteaufbereitung bis hin zu Fortbildung und Schulung.

Zur Themenauswahl von Mein PraxisCheck:

➔ [www.kbv.de/praxischeck](http://www.kbv.de/praxischeck)



**QM IN DER APP KBV2GO!  
QM2GO**

QM2GO in der App KBV2GO! bietet zu verschiedenen QM-Themen einen kurzen Praxistest mit Zielen und Tipps aus QEP an. Die Texte wurden passend zur neuen QEP-Version aktualisiert. Zur Auswahl stehen derzeit 14 kurze Fragenkataloge, zum Beispiel zur Terminvergabe oder Therapieentscheidung, Leitlinien und EbM, Aufklärung und Einwilligung.

Mehr Infos unter:  
[www.kbv.de/html/kbv2go.php](http://www.kbv.de/html/kbv2go.php)



**TIPP**

**NEUAUFLAGE: PRAXISWISSEN  
„QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS“**

Kurz und anschaulich werden Anforderungen der Qualitätsmanagement-Richtlinie erläutert und verschiedene Instrumente des Qualitätsmanagements (QM) vorgestellt – von Ablaufbeschreibungen und Checklisten beispielsweise für Notfall- oder Hygienemanagement bis hin zu Teambesprechungen und Fortbildungen. Farblich abgehobene Infokästen verweisen auf Umsetzungsvorschläge und Musterdokumente, die das QM-Verfahren QEP bietet.

Darüber hinaus berichten Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen, wie QM sie bei ihrer Arbeit unterstützt und wie das Team sowie die Patientinnen und Patienten davon profitieren. Ärzte und Ärztinnen, die sich gerade niedergelassen haben, erfahren in der Übersicht „Qualitätsmanagement in zehn Schritten“, wie sie am besten QM in ihrer Praxis etablieren können. Zudem enthält die Broschüre spezielle Hinweise für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Mehr Infos unter:  
[www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Qualitaetsmanagement.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Qualitaetsmanagement.pdf)



# › DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME DMP

Ende des Jahres 2022 waren mehr als 7,2 Millionen Patientinnen und Patienten in Disease-Management-Programme (DMP) für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Brustkrebs eingeschrieben.

Da Patientinnen und Patienten zum Teil an mehreren DMP teilnehmen, waren zum 31. Dezember 2022 insgesamt circa 8,5 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Ein großer Teil dieser Einschreibungen, etwa 4,4 Millionen, erfolgte im DMP Diabetes mellitus Typ 2.



ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG IM JAHR 2022:

**7.092**

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

**51.509**

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

**51.087**

DMP KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)

**6.397**

DMP BRUSTKREBS

**49.646**

DMP ASTHMA BRONCHIALE<sup>4)</sup>

**47.601**

DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)<sup>4)</sup>

## VERTRAGSUMFANG DER DMP

KVen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>DMP DIABETES MELLITUS TYP 1</b>																		
Ärzte <sup>1), 2)</sup> mit Genehmigung	264	2.775	291	94	20	84	320	53	250	1.106	167	36	158	306	86	78	1.004	7.092
Patienten <sup>1), 3)</sup>	27.300	37.970	10.881	8.565	2.129	7.125	19.411	4.712	30.139	31.305	12.192	2.589	13.396	7.797	11.756	7.205	31.933	259.334
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<b>DMP DIABETES MELLITUS TYP 2</b>																		
Ärzte <sup>2)</sup> mit Genehmigung	6.588	8.407	2.180	1.541	431	900	4.178	1.078	4.789	5.701	2.486	651	2.551	1.441	1.917	1.361	5.309	51.509
Patienten <sup>3)</sup>	553.808	602.687	196.345	217.180	36.723	77.836	312.598	114.252	431.584	577.617	234.841	65.842	350.559	198.179	133.007	169.389	442.707	4.408.278
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<b>DMP KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)</b>																		
Ärzte <sup>2)</sup> mit Genehmigung	6.618	8.532	2.052	1.574	428	897	4.062	1.052	4.761	5.854	2.504	657	2.470	1.469	1.907	1.383	4.867	51.087
Patienten <sup>3)</sup>	257.899	259.335	87.624	104.888	14.817	29.076	103.155	50.836	205.957	260.809	94.904	28.953	134.496	85.093	63.998	84.061	194.835	1.879.431
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<b>DMP BRUSTKREBS</b>																		
Ärzte <sup>2)</sup> mit Genehmigung	706	1.947	–	158	53	36	–	157	610	814	282	100	242	–	325	121	846	6.397
Patientinnen <sup>3)</sup>	12.656	29.391	5.649	7.195	1.128	793	16.529	4.656	18.675	19.187	5.775	1.534	6.328	5.074	6.414	4.678	23.714	171.893
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	6)	✓	✓	✓	6)	✓	✓	✓	5)	✓	✓	6)	✓	✓	✓	
<b>DMP ASTHMA<sup>4)</sup></b>																		
Ärzte <sup>2)</sup> mit Genehmigung	6.771	9.313	1.820	1.072	493	760	4.245	749	4.902	5.439	2.477	644	1.740	1.325	1.851	1.091	4.954	49.646
Patienten <sup>3)</sup>	126.679	281.747	79.662	66.663	11.729	38.268	60.874	21.563	130.060	135.740	27.080	10.290	89.924	51.508	39.310	46.560	121.583	1.071.567
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
<b>DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)<sup>4)</sup></b>																		
Ärzte <sup>2)</sup> mit Genehmigung	6.189	9.313	1.761	1.069	421	756	3.941	737	4.507	5.439	2.296	605	1.659	1.325	1.714	1.001	4.868	47.601
Patienten <sup>3)</sup>	85.987	281.747	54.115	40.663	8.566	15.794	38.677	15.372	95.268	126.685	40.996	10.007	37.455	51.508	22.071	29.428	84.474	711.611
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

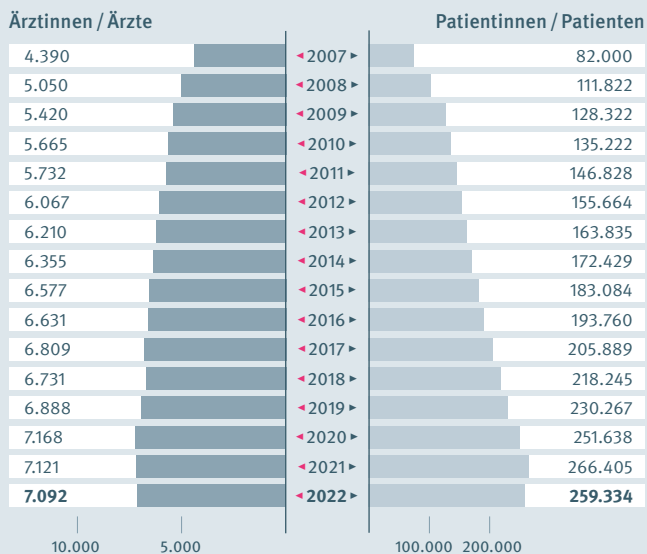
<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Anzahl der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2022. <sup>3)</sup> DMP-Patienten und Patientinnen gemäß amtlicher Statistik KM 6 (seit 2020 KM7) Teil II des BMG. <sup>4)</sup> Anzahl Ärzte und Ärztinnen sowie Patientinnen und Patienten der KVen BY und ST: Keine Unterscheidung der Programme Asthma und COPD. <sup>5)</sup> Alle Kassen außer AOK. <sup>6)</sup> Kein Vertrag mit KV.

# DMP 2007 BIS 2022

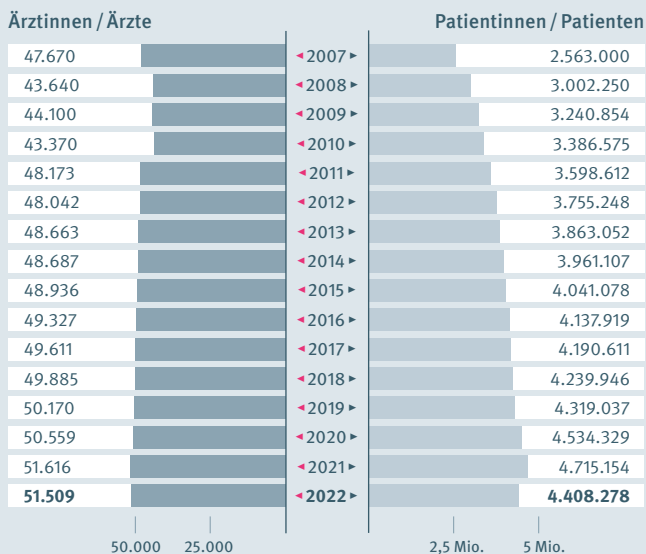
## ÄRZTINNEN UND ÄRZTE SOWIE PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Hinweis: Für die Jahre 2020 und 2021 galten Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie vom 27. März 2020.

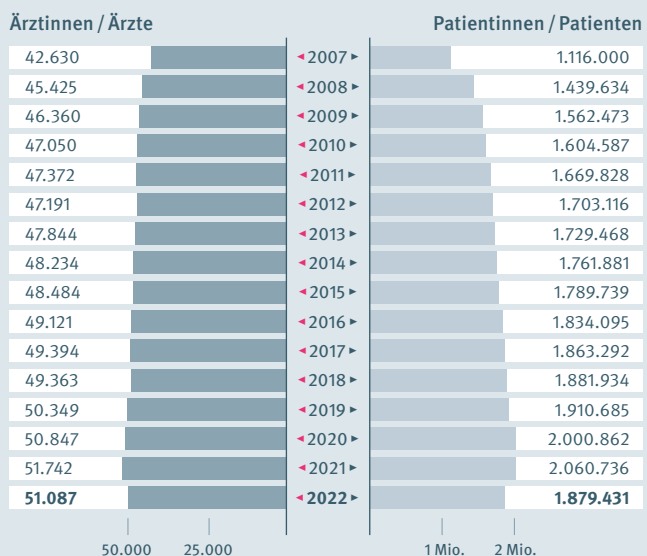
### DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



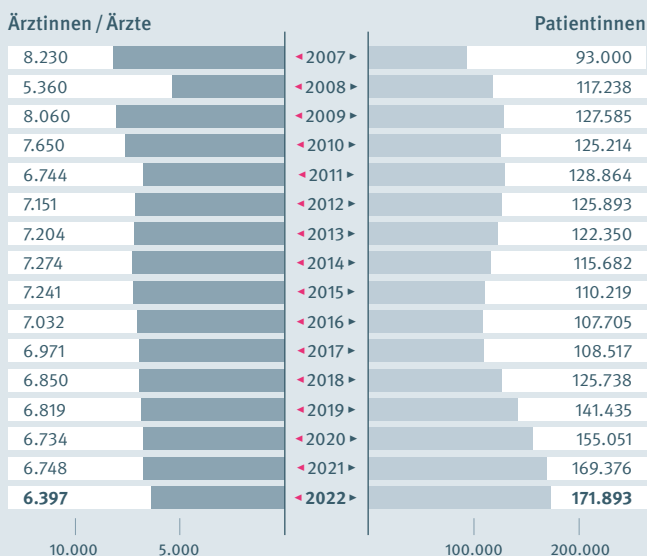
### DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



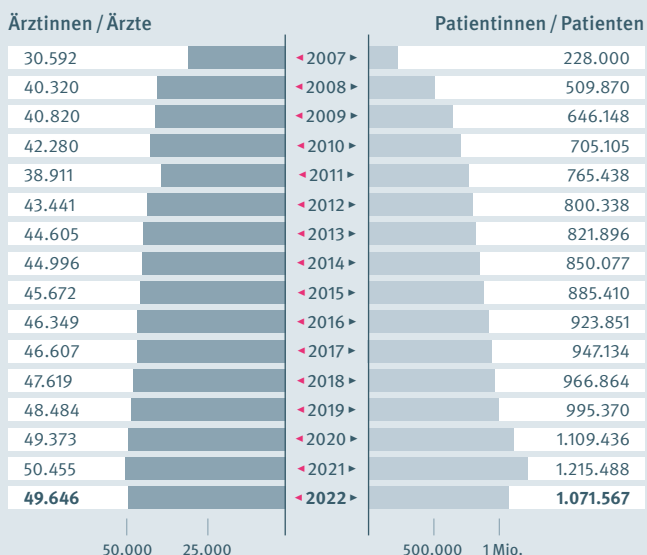
### DMP KHK



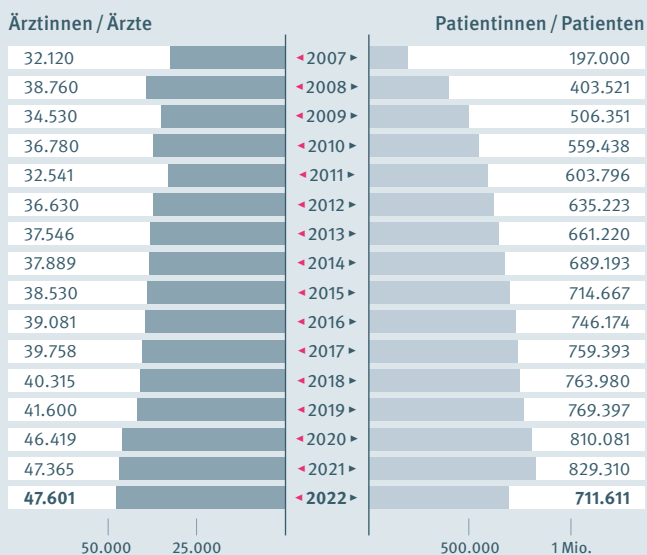
### DMP BRUSTKREBS



### DMP ASTHMA



### DMP COPD





# DMP KORONARE HERZKRAKHEIT (KHK)

## QUALITÄTSZIELERREICHUNG NACH AKTUALISIERUNG

Seit der Erstfassung des strukturierten Behandlungsprogramms zur koronaren Herzkrankheit (DMP KHK) im Jahr 2009 wurden die Anforderungen zum dritten Mal überarbeitet. Die Umsetzung der Aktualisierung in den Praxen erfolgte zum 1. April 2021. Mit den angepassten Empfehlungen hat der G-BA insbesondere die inhaltlichen Vorgaben zur Behandlung im Hinblick auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse aktualisiert.

Therapieziele dieses DMP sind die Reduktion der Sterblichkeit, die Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere die Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz, die Steigerung der Lebensqualität, vor allem durch die Verringerung von Angina-pectoris-Beschwerden und psychosozialer Beeinträchtigungen sowie die Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

Zur Erreichung der oben genannten Therapieziele sollen alle Patientinnen und Patienten unter anderem eine leitliniengerechte lipidsenkende Therapie mit Statinen erhalten. Die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) empfiehlt eine dauerhafte Statintherapie, da hier ein deutlicher Mortalitätsbenefit gezeigt werden konnte (NVL 2019<sup>1</sup>).

In der NVL werden zwei gleichwertige Strategien – feste Hochdosis-Therapie oder Zielwert-Strategie – empfohlen:

### › Feste hohe Statindosis

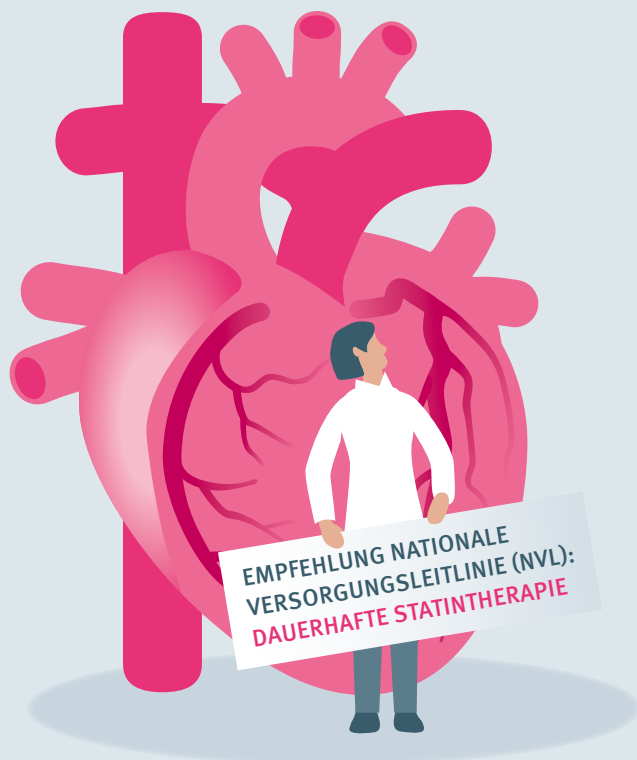
– unabhängig vom LDL-C Wert.

### › Individuelle Dosisanpassung

– mit dem Ziel, den LDL-Wert unter 70 mg/dl zu senken oder bei Ausgangswerten zwischen 70 und 135 mg/dl eine fünfzigprozentige Reduktion zu erreichen.

Das DMP zielt darauf ab, unter anderem die Aufmerksamkeit auf diese leitliniengerechte Statintherapie zu erhöhen und die Therapieadhärenz zu verbessern. Zu diesem Zweck werden im DMP KHK zwei Qualitätsziele zur Statintherapie erfasst: Seit 2015 wird erhoben, wie viele Patientinnen und Patienten generell eine Therapie mit Statinen erhalten. Zusätzlich wird seit der letzten Aktualisierung im Jahr 2021 dargestellt, bei wie vielen von diesen Patientinnen und Patienten eine der beiden empfohlenen Strategien eingesetzt wird.

<sup>1</sup> Quelle: [www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/khk/khk-5auf1-vers1-lang.pdf](http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/khk/khk-5auf1-vers1-lang.pdf)

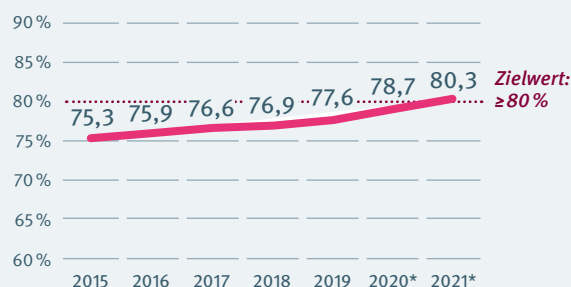


Im Folgenden werden die Ergebnisse der Qualitätszielerreichung zur Statintherapie über den Zeitverlauf der Jahre 2015 bis 2021 dargestellt. Zusätzlich wird die Erreichung des Qualitätszieles der leitliniengerechten Statintherapie für das Jahr 2021 gezeigt.

### QUALITÄTSZIEL > STATINTHERAPIE

Die Ergebnisse zur generellen Verordnung von Statinen bei Patientinnen und Patienten im DMP KHK zeigen eine positive Entwicklung. Im ersten Erfassungsjahr (2015) erhielten bereits 75,3 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Statintherapie. In den folgenden Jahren stieg der Anteil langsam an, sodass der für dieses Qualitätsziel anzustrebende Anteil von 80 Prozent im Jahr 2021 mit 80,3 Prozent erreicht werden konnte.

ABBILDUNG 01: Teilnehmerinnen und Teilnehmer im DMP KHK mit einer Statintherapie 2015–2021



Quelle: GE-Berichte aus 16 KVen. \*) Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie vom 27. März 2020.

### QUALITÄTSZIEL > LEITLINIENGERECHTE STATINTHERAPIE

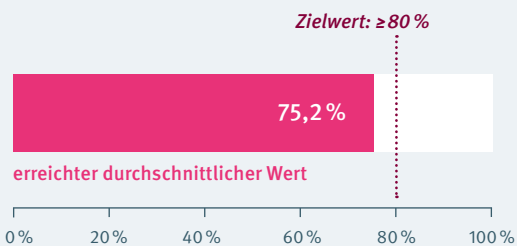
#### Erhebung seit der Aktualisierung des DMP KHK in 2021

Um auszuwerten, ob Patientinnen und Patienten eine leitliniengerechte Statintherapie erhalten, werden seit 2021 die aktuelle Statindosis (hoch, moderat, niedrig) sowie mögliche Gründe für eine moderate oder niedrige Dosis erhoben. Eine Statintherapie gilt als leitliniengerecht, wenn entweder eine hohe Dosis angegeben wird oder eine niedrigere Dosierung mit einer der folgenden Begründungen: aktuell Aufdosierungsphase, LDL-Zielwert erreicht, Kontraindikation gegen eine hohe Dosis oder Ablehnung durch die Patientin beziehungsweise den Patienten. Liegt keine Begründung für eine moderate oder niedrige Statindosis vor, entspricht dies nicht den Leitlinienempfehlungen zu einer Statintherapie.

Im Jahr 2021 erhielten 75,2 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Statintherapie demnach eine Statintherapie gemäß Leitlinienempfehlung. Der anzustrebende Anteil an Patientinnen und Patienten, die dieses Qualitätsziel erreichen sollen, liegt bei 80 Prozent und wurde im ersten Jahr der Auswertung nur knapp verfehlt.

ABBILDUNG 02: Teilnehmerinnen und Teilnehmer im DMP KHK mit einer leitliniengerechten Statintherapie 2021

**QUALITÄTSZIEL:** Mindestens 80 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten eine leitliniengerechte Statintherapie (feste Hochdosis- oder Zielwert-Strategie)



n = 1.261.551 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

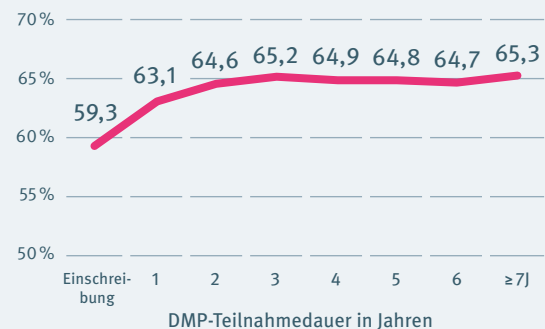
## WEITERE QUALITÄTSZIELE IM ZEITVERLAUF

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu ausgewählten Qualitätszielen des DMP KHK über den Zeitverlauf, entweder in Abhängigkeit der DMP-Teilnahmedauer oder der Jahre 2015 bis 2021, dargestellt.

### QUALITÄTSZIEL > BLUTDRUCK UNTER 140/90 mmHg

Abbildung 03 zeigt, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 ist, die bei bekannter Hypertonie einen Blutdruck von unter 140/90 mmHg haben. Der Anteil wird in Abhängigkeit von der Teilnahmedauer am DMP dargestellt. Bei Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2021 in das DMP KHK eingeschrieben wurden, liegt der Anteil bei 59,3 Prozent. Bei Patientinnen und Patienten, die 2020 eingeschrieben wurden, liegt der Anteil bei 63,1 Prozent. Mit zunehmender Teilnahmedauer erhöht sich dieser Anteil auf bis zu 65,3 Prozent bei sieben Jahren und mehr. Diese Ergebnisse liefern Hinweise auf eine konsequentere Blutdruckeinstellung durch die DMP-Teilnahme und folglich sukzessiv verbesserte Blutdruckwerte.

ABBILDUNG 03: Teilnehmerinnen und Teilnehmer im DMP KHK mit einem Blutdruck unter 140/90 mmHg

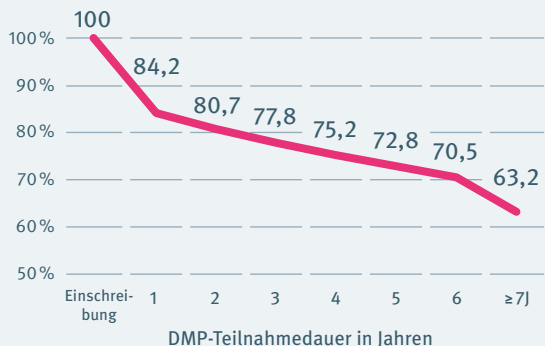


Quelle: GE-Berichte aus 11 KVen

### QUALITÄTSZIEL > RAUCHERQUOTE

Abbildung 04 zeigt, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 ist, die zum Zeitpunkt ihrer Einschreibung in das DMP KHK geraucht haben und im Laufe der DMP-Teilnahme damit aufgehört haben. Der Anteil wird in Abhängigkeit von der Teilnahmedauer am DMP dargestellt. Dabei sinkt der Anteil der Raucherinnen und Raucher mit zunehmender Teilnahmedauer. Nach mindestens sieben Jahren Teilnahmedauer rauchen nur noch 63,2 Prozent der Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt ihrer Einschreibung geraucht haben. Demnach haben nach mindestens sieben Jahren Teilnahmedauer 36,8 Prozent im Laufe der DMP-Teilnahme aufgehört zu rauchen.

ABBILDUNG 04: Teilnehmerinnen und Teilnehmer im DMP KHK, die seit Einschreibung weiterhin rauchen

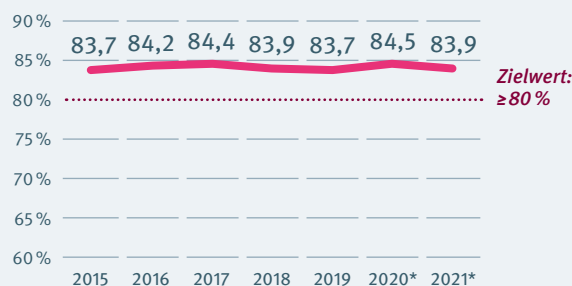


Quelle: GE-Berichte aus 12 KVen

### QUALITÄTSZIEL > THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER (TAH) ZUR SEKUNDÄRPRÄVENTION

Die Ergebnisse zur Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers (TAH) zur Sekundärprävention bei Patientinnen und Patienten im DMP KHK zeigen eine durchgehend gute Zielwerterreichung. Im Erfassungsjahr 2015 erhielten bereits 83,7 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern. In den folgenden Jahren stieg der Anteil langsam an, der für dieses Qualitätsziel anzustrebende Anteil von 80 Prozent wird seit Erfassung des Qualitätszieles durchgängig erreicht.

ABBILDUNG 05: Teilnehmerinnen und Teilnehmer im DMP KHK, die TAH zur Sekundärprävention erhalten 2015–2021



Quelle: GE-Berichte aus 16 KVen. \*) Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie vom 27. März 2020.

## QUALITÄTSZIELERREICHUNG IM JAHR 2021

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu weiteren ausgewählten Qualitätszielen des DMP KHK für das Jahr 2021 dargestellt. Die durchschnittliche Zielerreichung wurde auf der Basis der Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen aus 16 KVen berechnet.

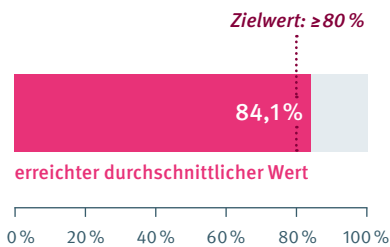
### NACH HERZINFARKT ZWÖLF MONATE BETABLOCKER

#### QUALITÄTSZIEL:

Mindestens 80 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Herzinfarkt innerhalb der letzten zwölf Monate erhalten aktuell einen Betablocker.

#### BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMER/-INNEN:

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Herzinfarkt innerhalb der letzten zwölf Monate und bei denen keine Kontraindikation vorliegt.



n = 34.339 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

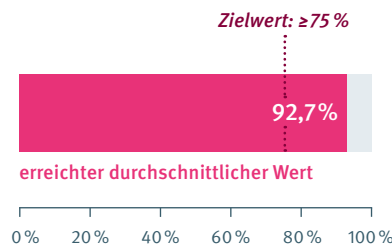
### KEINE ANGINA-PECTORIS- BESCHWERDEN

#### QUALITÄTSZIEL:

Mindestens 75 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben keine Angina-pectoris-Beschwerden.

#### BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMER/-INNEN:

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.



n = 1.829.021 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

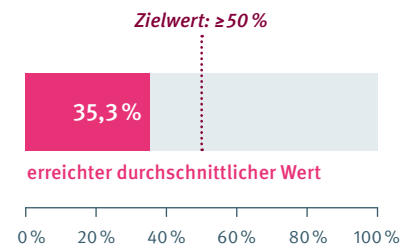
### REGELMÄSSIG SPORTLICHES TRAINING\*

#### QUALITÄTSZIEL:

Mindestens 50 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betreiben regelmäßig sportliches Training.

#### BERÜCKSICHTIGTE TEILNEHMER/-INNEN:

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen sportliches Training möglich ist.



n = 1.408.696 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

\*) Das Qualitätsziel „Regelmäßiges sportliches Training“ wurde mit der letzten Aktualisierung neu aufgenommen und im Jahr 2021 zum ersten Mal ausgewertet.

# › MAMMOGRAPHIE-SCREENING-PROGRAMM

## PROGRAMMVERANTWORTLICHE ÄRZTE/ÄRZTINNEN

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

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

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

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

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

### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG IM JAHR 2022:

# 1.206

#### § 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: 01.01.2023

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

**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 Akkreditierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie und im Rahmen der Rezertifizierung

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

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

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

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

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

## HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

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

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

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

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

**ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** behandlungsfallbezogene Dokumentation

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

**BERATUNG:** im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen



## BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN

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

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

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

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

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

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

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

**ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** behandlungsfallbezogene Dokumentation

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

**BERATUNG:** im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

## BIOPSIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

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

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

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

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

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

**ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** behandlungsfallbezogene Dokumentation

**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Bei Vakuumbiopsien: zweijährliche Prüfung von zehn Fällen, oder bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung

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

**BERATUNG:** im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

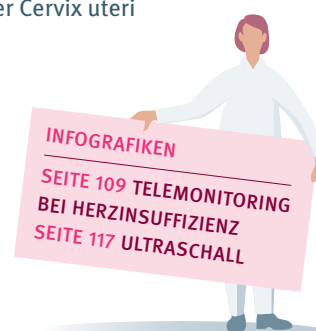
KVen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	3)																	4)
<b>✓ GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2022</b>																		
Screeningeinheiten <sup>1)</sup>	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	12	96
Programmverantwortliche Ärzte <sup>2)</sup>	18	24	8	10	3	4	12	7	16	20	8	2	14	7	8	4	23	188
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	10	16	6	10	1	3	3	7	9	14	4	2	9	5	7	4	10	120
kooperierende Ärzte	187	162	40	22	24	14	70	25	176	142	62	12	81	49	33	32	131	1.262
Befunder von Mammographieaufnahmen	76	82	25	14	9	9	40	13	73	67	29	10	33	23	23	20	97	643
histopathologische Beurteilung	21	33	8	8	4	5	17	6	31	21	11	2	11	11	11	4	22	226
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	13	33	2	0	5	0	13	5	18	17	6	3	10	2	0	1	21	149
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	13	27	2	0	4	0	13	1	18	17	6	3	9	2	0	1	21	137

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

# SPEZIELLE QUALITÄTSSICHERUNG VON A BIS Z

## BUNDESWEIT GELTENDE QUALITÄTSSICHERUNGS- VEREINBARUNGEN UND -RICHTLINIEN

- › Abklärungskolposkopie
- › Akupunktur
- › Ambulantes Operieren
- › Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren
- › Arthroskopie
- › Balneophytotherapie
- › 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
- › Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQs)
  - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)
  - Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (QS WI)
  - Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
- › 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



# ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

✓ 893 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

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

**FREQUENZREGELUNG:** jährlicher Nachweis von 100 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

3)

## ✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	90	91	41	22	6	44	71	16	69	66	30	18	31	26	33	15	86	755
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	104	104	53	24	5	51	83	20	82	91	38	18	41	28	43	15	93	893
abrechnende Ärzte	103	93	47	21	5	45	75	20	73	82	32	15	40	30	42	15	91	829
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	19	32	12	4	1	17	20	4	27	27	11	1	12	5	11	1	23	227
– davon Genehmigungen (§ 8 Abs. 3)	19	31	12	4	1	17	20	4	25	27	11	1	12	5	11	1	23	224
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Kolloquien (Antragsverfahren, § 8 Abs. 4)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## ⚡ GENEHMIGTE GERÄTESYSTEME

im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	17	32	16	4	1	5	9	4	10	27	7	1	10	9	11	1	9	173
– davon analog	5	8	9	1	0	0	2	2	6	1	0	5	5	1	1	2	50	
– davon digital	8	19	6	0	1	3	1	1	5	8	3	1	3	2	3	0	3	67
– davon Kombisysteme	4	5	1	3	0	2	6	1	3	13	3	0	2	2	7	0	4	56

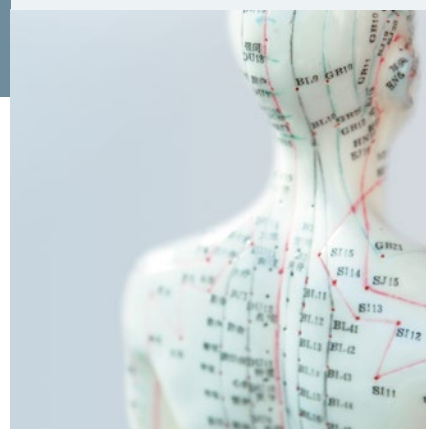
<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen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

# AKUPUNKTUR

- ✓ **8.258** ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- ⋮ **355** STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 🔍 **4.394** GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
- 📅 **4.721** 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



- AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- FORTBILDUNG / QUALITÄTSSZIRKEL:** 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	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1.323	1.295	614	175	73	146	627	108	613	1.251	349	124	304	154	236	125	1.036	8.553
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.250	1.204	609	172	70	133	638	105	614	1.193	336	122	303	158	231	119	1.001	8.258
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	41	76	16	3	7	7	29	4	50	81	25	5	6	2	6	0	50	408
– davon Genehmigungen	41	74	16	3	7	7	29	4	50	81	25	5	6	2	5		50	405
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	3
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	30	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	44
– wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	0					0						0						0
– aus sonstigen Gründen	30					13						1						44
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	31	0	21	6	0	7	k.A.	0	87	2	38	3	7	2	10	8	82	304

› Fortsetzung nächste Seite

AKUPUNKTUR

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

**DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6**

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	934	1.114	518	167	70	96	638	83	515	921	287	110	264	111	183	97	953	7.061
abrechnende Ärzte geprüft, in %	4,0	2,0	6,4	9,6	5,7	6,3	0,0	8,4	4,9	4,9	5,6	5,5	6,4	6,3	8,7	7,2	7,9	4,8
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	11	14	12	8	0	3	0	0	14	13	4	2	6	5	11	5	15	123
– davon bestanden	11	14	10	6		2			13	13	3	2	6	5	11	2	14	112
– davon nicht bestanden	0	0	2	2		1			1	0	1	0	0	0	0	3	1	11
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	4
– davon bestanden												1		1		1		3
– davon nicht bestanden												0		0		1		1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden – Ärzte	26	8	21	8	4	3	0	7	11	32	12	4	11	2	5	2	60	216
– davon bestanden	25	8	17	6	3	3		7	11	32	12	4	11	2	5	1	54	201
– davon nicht bestanden	1	0	4	2	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	15
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	6	12
– davon bestanden			3		1							1	1				6	12
– davon nicht bestanden			0		0							0	0				0	0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	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	444	0	361	115	48	52	0	84	168	251	192	96	191	85	104	79	547	2.817
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	0	0	43	k.A.	5	12	0	0	42	0	26	0	5	0	8	23	45	209
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5			43		5	1			30		9		3		8	0	29	128
– davon nicht nachvollziehbar			0		0	0			0		0		2		0	2	12	16
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar			0		0	11			12		17		0		0	21	4	65
geprüfte Dokumentationen – Ausnahmefälle	244	0	294	k.A.	34	38	0	61	41	105	115	29	67	21	25	33	470	1.577
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	1	0	10	k.A.	7	13	0	0	6	0	0	0	1	0	5	7	25	75
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	0		10		7	0			6				0		5	4	18	50
– davon nicht nachvollziehbar begründet	0		0		0	0			0				1		0	1	7	9
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	1		0		0	13			0				0		0	2	0	16

**FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 Abs. 2**

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.080	163	412	48	k.A.	128	220	99	423	1.138	292	114	269	k.A.	214	61	60	4.721
--	-------	-----	-----	----	------	-----	-----	----	-----	-------	-----	-----	-----	------	-----	----	----	-------

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. 5) Dokumentationsprüfungen und Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung pandemiebedingt reduziert. 6) Dokumentationsprüfungen bei 24 Ärzten noch nicht abgeschlossen. 7) Prüfergebnisse bezogen auf die Dokumentation sind wegen Umstrukturierung der Kommissionsmitglieder und Mitarbeiter nicht differenziert darstellbar. 8) Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen. 9) Dokumentationsprüfungen pandemiebedingt ausgesetzt. 10) Bei 6 Ärzten keine Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung (Genehmigungen in 2023 beendet). 11) Kolloquium nicht durchgeführt aufgrund Beendigung der Zulassung. 12) Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung: zuzüglich 40 freiwillig eingereichter Nachweise. Reduzierung des Prüfumfanges.



# AMBULANTES OPERIEREN

✓ 32.892 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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



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

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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								5)									
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	4.748	5.579	2.395	892	499	961	2.428	497	3.098	3.413	1.358	488	1.104	741	1.125	671	3.046	33.043
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	4.572	5.615	2.359	903	446	957	2.431	486	3.090	3.147	1.370	488	1.179	746	1129	654	3.320	32.892
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	600	1.113	146	106	47	178	531	36	386	517	206	40	122	49	89	50	567	4.783
– davon Genehmigungen	600	1.071	146	106	47	178	531	36	386	517	205	40	122	48	89	50	566	4.738
– davon Ablehnungen	0	42	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	45
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	18	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	1	0	0	40
– davon ohne Beanstandungen			16		0			19							1			36
– davon mit Beanstandungen			2		0			2							0			4
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	8	0	182	95	45	152	k.A.	47	172	134	193	40	47	43	85	57	272	1.572

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

# › APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

✓ 1.348 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

§

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



**AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin  
**KOLLOQUIUM:** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung  
**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

4)	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	141	133	49	75	21	47	57	44	157	157	83	24	60	59	51	44	112	1.314
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	145	129	48	76	27	47	60	44	165	164	81	23	63	58	56	42	120	1.348
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	16	12	2	7	6	1	6	5	16	13	4	0	5	0	6	1	17	117
– davon Genehmigungen	16	10	2	7	6	1	6	5	16	13	4	0	5	0	6	1	17	115
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	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 <sup>3)</sup>	1	0	3	8	0	1	k.A.	5	8	6	6	1	2	1	2	2	16	62

## INDIKATIONEN

LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG																		
Erstanträge	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0	0	2	4	0	0	4	16
– davon angenommen	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	4	0	0	3	14
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2
Folgeanträge	5	12	9	8	2	6	4	1	4	12	10	1	6	11	0	1	6	98
– davon angenommen	5	12	9	8	2	6	4	1	4	12	10	1	6	11	0	1	6	98
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE																		
Erstanträge	2	8	2	10	0	0	3	13	13	34	2	1	11	16	1	3	27	146
– davon angenommen	1	7	2	5	0	0	3	13	11	31	2	1	3	9	1	3	14	106
– davon abgelehnt	1	1	0	5	0	0	0	0	2	3	0	0	8	7	0	0	13	40
Folgeanträge	31	110	31	130	1	10	64	81	66	543	17	3	101	168	26	39	140	1.561
– davon angenommen	31	110	31	130	1	10	64	81	60	542	17	3	101	164	26	39	139	1.549
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	4	0	0	1	12

LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER Lp(a)-ERHÖHUNG																		
Erstanträge	7	46	24	14	9	10	19	16	90	1	8	6	33	0	11	20	43	357
– davon angenommen	6	43	16	14	1	7	17	12	62	0	5	5	17	0	10	15	14	244
– davon abgelehnt	1	3	8	0	8	3	2	4	28	1	3	1	16	0	1	5	29	113
Folgeanträge	50	383	110	72	32	57	69	91	885	21	89	60	249	23	70	101	208	2.570
– davon angenommen	50	383	110	71	30	57	69	91	870	21	89	60	249	22	70	101	205	2.548
– davon abgelehnt	0	0	0	1	2	0	0	0	15	0	0	0	0	1	0	0	3	22

IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS																		
Erstanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Folgeanträge	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

# ARTHROSKOPIE

- ✓ 4.192 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 154 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 1.848 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**  
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben



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

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



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

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

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

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

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

**BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

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

## ✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	608	917	225	78	47	74	355	60	356	396	190	96	169	66	128	89	300	4.154
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	618	930	223	79	47	76	366	59	357	405	193	95	176	66	129	86	287	4.192
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	37	81	11	2	1	10	66	0	39	60	24	4	5	4	12	4	36	396
– davon Genehmigungen	37	69	11	2	1	10	66		39	60	24	4	5	4	10	4	36	382
– davon Ablehnungen	0	12	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	2	0	0	14
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	k. A.	1	13	1	5	4	k. A.	1	27	51	21	5	2	4	9	4	29	177

› Fortsetzung nächste Seite

› ARTHROSKOPIE

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

4)

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang																		
abrechnende Ärzte	338	539	115	49	41	38	221	38	212	247	99	43	104	38	75	48	154	2.399
geprüfte Ärzte	18	23	12	3	4	4	9	6	16	16	10	4	8	4	3	4	10	154
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	0	6	6	3	1	4	1	1	11	5	5	3	5	0	2	3	0	56
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 i. V. m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)	18	17	6	0	3	0	8	3	2	9	2	1	3	3	1	0	9	85
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 (ausgenommen § 7 QBA-RL)	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2	3	0	0	1	0	1	1	13
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	5,3	4,3	10,4	6,1	9,8	10,5	4,1	10,5	6,1	5,7	7,1	9,3	7,7	7,9	4,0	6,3	5,8	5,9
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen		3	5	3	0	4	0	0	3	3	2	2	3		2	2		32
– geringe Beanstandungen		1	1	0	0	0	1	1	2	2	0	1	1		0	0		10
– erhebliche Beanstandungen		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1		0	0		3
– schwerwiegende Beanstandungen		1	0	0	1	0	0	0	6	0	2	0	0		0	1		11
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 i. V. m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)																		
– keine Beanstandungen	8	11	5		2		1	1	0	4	0	0	3	2	1		7	45
– geringe Beanstandungen	5	4	1		1		2	0	2	5	2	0	0	0	0		2	24
– erhebliche Beanstandungen	3	1	0		0		3	0	0	0	0	0	0	0	0		0	7
– schwerwiegende Beanstandungen	2	1	0		0		2	2	0	0	0	1	0	1	0		0	9
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 (ohne § 7 QBA-RL)																		
– keine Beanstandungen							1	1	2	0			1		1	1		7
– geringe Beanstandungen							1	1	0	1			0		0	0		3
– erhebliche Beanstandungen							0	1	0	1			0		0	0		2
– schwerwiegende Beanstandungen							0	0	0	1			0		0	0		1
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	16	5	2	0	0	0	7	4	9	6	4	1	2	1	0	1	2	60
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	1	0	4	0	6	0	3	1	0	0	0	1	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	4	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	12
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	4	2				0						0		1		1		8
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0	0				0						1		0		0		1
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	6
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	k.A.	0	0	1	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) Rückforderung bereits geleisteter Vergütung aufgrund technischer Fehlerbehebung.

# BALNEOPHOTOTHERAPIE

✓ 922 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

✚ 297 **PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE**



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



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

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

**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH:** zum 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

	4)									5)			6)					
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	111	145	25	17	20	25	45	4	120	99	48	20	43	12	32	18	121	905
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	114	135	22	17	20	23	48	3	115	110	50	16	52	12	31	17	137	922
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	12	19	0	1	0	1	1	0	7	17	10	1	11	0	2	4	27	113
– davon Genehmigungen	12	16		1		1	1		7	17	10	1	11		2	4	27	110
– davon Ablehnungen	0	3		0		0	0		0	0	0	0	0		0	0	0	3
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	4	3	1	0	2	k.A.	0	9	10	8	4	2	0	3	4	10	60

<b>✚ PRÜFUNGEN WARTUNGSNACHWEISE § 8</b>																		
abrechnende Ärzte	86	100	16	17	0	19	34	0	102	99	44	11	40	10	28	11	117	734
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	24	20	5	17	4	15	10	2	20	k.A.	10	16	11	3	6	4	123	290
– davon Nachweise erbracht	23	20	3	16	4	14	10	2	19		10	16	10	3	6	1	123	280
– davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	1	0	2	1	0	1	0	0	1		0	0	0	0	0	5)	0	6
nochmalige Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	1	1	2	1	0	1	0	0	1	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	7
– davon Nachweise erbracht	1	1	2	0		1			5)									5
– davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0	0	0	1		0			5)									1
Ärzte mit Genehmigung geprüft, in %, (soll 20%)	21,1	14,8	22,7	100,0	20,0	65,2	20,8	66,7	17,4	0,0	20,0	100,0	21,2	25,0	19,4	23,5	89,8	31,5

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Prüfungen Wartungsnachweise noch nicht abgeschlossen. <sup>6)</sup> Ein Wartungsnachweis nicht geprüft (Neugerät).



# BESONDERS QUALIFIZIERTE UND KOORDINIERTE PALLIATIV-MEDIZINISCHE VERSORGUNG

✓ 4.472 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

☒ 2.963 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

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

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

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



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
	4), 5)			6)				7)					6)	8)					
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																			
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	501	437	98	131	28	46	321	100	331	1.731	170	49	144	176	75	80	15	4.433	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	522	457	101	140	28	45	320	100	357	1.663	177	49	147	191	75	86	14	4.472	
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	50	88	12	9	0	2	32	2	47	67	23	3	16	18	7	9	4	389	
– davon Genehmigungen	47	82	10	9	0	2	30	2	47	67	23	3	12	18	4	9	3	368	
– davon Ablehnungen	3	6	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	3	0	1	21	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	28	0	4	0	0	0	0	0	1	0	0	33	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	11	7	0	0	0	k.A.	2	21	71	16	3	9	3	3	3	1	150	
<b>☒ FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG</b>																			
Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung im Berichtsjahr erbracht haben	502	168	90	53	k.A.	43	274	0	233	1.142	163	27	127	k.A.	46	81	14	2.963	

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung pandemiebedingt ausgesetzt. <sup>6)</sup> Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen. <sup>7)</sup> Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung erst in 2024. <sup>8)</sup> Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung pandemiebedingt noch nicht abgeschlossen.

# BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

✓ 2.918 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

§

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

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

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit seit: 01.01.2019, zuletzt hierzu geändert zum: 16.02.2023



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 <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	246	906	122	75	20	57	265	67	211	213	133	27	105	105	63	78	176	2.869
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	264	959	120	76	24	59	233	63	217	217	131	26	109	106	67	79	168	2.918
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	34	242	7	7	5	7	21	3	22	26	9	0	7	5	6	10	33	444
– davon Genehmigungen	34	241	7	7	5	7	21	3	22	26	9		7	5	6	10	33	443
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	1
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	6	0	9	8	1	3	k.A.	7	12	22	11	1	3	4	2	8	1	98

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Genehmigungen inklusive 4 Institutsermächtigungen. <sup>6)</sup> Beschiedene Anträge beinhalten auch Anträge auf Beendigung von Versorgungsaufträgen.

# › BOTOXBEHANDLUNG BEI BESTIMMTEN BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN

✓ 1.063 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

☰ 812 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

§

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	141	190	49	12	5	28	54	14	112	134	48	15	47	29	31	16	90	1.015
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	156	206	55	13	5	28	58	16	113	134	45	18	50	24	33	16	93	1.063
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	23	19	8	3	0	1	6	2	28	12	6	5	3	0	2	3	23	144
– davon Genehmigungen	23	16	8	3		1	4	2	28	12	6	5	3		2	3	23	139
– davon Ablehnungen	0	3	0	0		0	2	0	0	0	0	0	0		0	0	0	5
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	1	0	0	1	0	0	5	2	0	0	0	0	0	0	8	20
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	8	1	2	0	1	k.A.	0	7	10	9	0	0	0	0	3	0	41
<b>☰ PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE</b>																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	88	200	47	10	5	28	53	14	74	134	41	14	26	4)	29	10	39	812

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

# HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

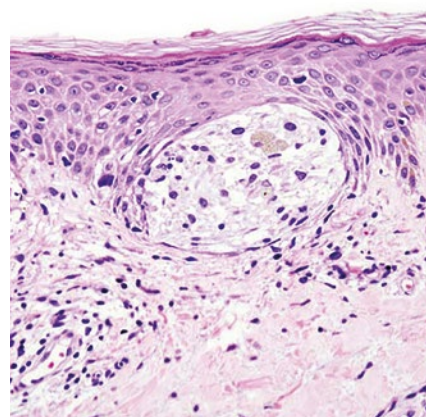
- ✓ 581 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- || 499 **PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG**
- 30 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 342 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**



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

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

- AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- FREQUENZREGELUNG:** jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten
- KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** bei nicht eindeutiger Diagnose wird eine zweite Meinung bei einem qualifizierten Arzt oder einer qualifizierten Ärztin eingeholt; zweite Meinung und Konsens werden dokumentiert; standardisierter Befundbericht an den Einsendenden
- PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährliche Prüfung von mindestens vier Prozent der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zu zehn im Rahmen des Hautkrebs-Screenings befundeten histopathologischen Präparaten
- RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA
- BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



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

<span style="color: red;">✓</span> GENEHMIGUNGEN	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	72	92	24	10	4	15	44	15	59	63	28	7	30	22	11	24	65	585
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	70	92	26	10	4	17	45	15	58	62	29	6	30	22	11	23	61	581
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	4	6	2	1	0	2	11	0	5	13	4	0	2	2	0	2	4	58
neu	4	6	2	1		2	3		3	13	4		2	2		2	4	48
– davon Genehmigungen	4	6	2	1		2	3		3	13	4		2	2		2	4	48
– davon Ablehnungen	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
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0	0	0	0		0	0		0	0	0		0	0		0	0	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	6	0	1	0	1	k.A.	0	7	2	3	1	2	2	0	3	1	29

› 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
	6)									7)			8)	9)				

**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	4	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20
≥ 1.000	65	88	26	10	4	14	35	0	21	62	29	6	26	0	11	23	59	479

**III DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8**

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	4,2	2,2	8,3	10,0	50,0	13,3	4,5	0,0	5,1	3,2	3,6	0,0	6,7	4,5	18,2	8,3	3,1	5,0
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	2	2	1	2	2	2	0	3	2	1	0	2	1	2	2	2	29
– davon bestanden	3	2	2	1	2	2	2		3	1	1		2	1	2	2	2	28
– davon nicht bestanden	0	0	0	0	0	0	0		0	1	0		0	0	0	0	0	1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	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
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	40	2	10	20	20	20	0	30	20	10	0	30	10	20	20	20	302
– davon vollständig und nachvollziehbar	30	20	2	10	20	20	20		27	16	10		30	10	20	20	20	275
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	20	0	0	0	0	0		0	4	0		0	0	0	0	0	24
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	0	0	0	0	0	0	0		2	0	0		0	0	0	0	0	2
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	0	0	0	0	0	0	0		1	0	0		0	0	0	0	0	1

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. 5) Beschiedene Anträge: davon 8 Änderungsanträge. 6) Prüfungen zur Frequenzregelung pandemiebedingt auf 250 reduziert. 7) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 8) Eine Prüfung zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. 9) Prüfungen zur Frequenzregelung nicht erfolgt.



# HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

- ✓ 338 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- | 206 **PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG**
- F 231 **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**
- ⋮ 45 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 410 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**



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



- AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- FREQUENZREGELUNG:** jährlich durchschnittlich 25 Fälle pro Quartal; unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite kann die Mindestanzahl unterschritten werden
- KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** regelmäßige Teilnahme an Fallkonferenzen
- FORTBILDUNG / QUALITÄTZRINGEL:** Nachweis von jährlich 30 Fortbildungspunkten im Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung, die Hälfte davon mittels interaktiven Austauschs, zum Beispiel Qualitätszirkeln; regelmäßige Schulungen des Praxispersonals
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährliche Prüfung der Dokumentationen für ein Quartal von je zehn abgerechneten Fällen aus einem Kalenderjahr von mindestens zehn Prozent der Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung
- RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- BERATUNG:** bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
4)																		
<span style="color: red;">✓</span> <b>GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	37	40	80	1	9	30	33	2	17	42	9	5	12	5	1	2	15	340
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	37	42	80	1	10	29	30	3	17	45	10	5	11	4	1	2	11	338
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	4	2	3	0	2	3	2	1	1	6	2	0	0	0	0	1	3	30
neu	4	2	3		2	3	2	1	1	5	2					1	3	29
– davon Genehmigungen	4	1	3		2	3	2	1	1	5	2					1	1	26
– davon Ablehnungen	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0					0	2	3
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0					0	0	0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0		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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	1	3	0	1	3	k.A.	0	0	2	1	0	1	1	0	1	1	15

➤ 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	
	5), 6)		8)							8)	9)		10)	11)	12)				
<b>II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 10 Abs. 1 Nr. 1</b>																			
Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV- / Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																			
< 25	35	4	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	44
– davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) aufgrund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen, bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind	0	3				1	0		1				0	k.A.					5
≥ 25	0	36	0	1	8	29	28	3	16	0	9	5	11	3	1	2	10		162
<b>III PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 10</b>																			
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	35	39	0	1	6	29	22	3	17	38	9	5	6	0	1	2	9		222
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten gemäß § 10 Abs. 4	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		9
<b>IV DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8</b>																			
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																			
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	10,8	10,0	0,0	0,0	11,1	10,0	12,1	100,0	17,6	9,5	11,1	100,0	16,7	20,0	0,0	0,0	46,7		12,1
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	0	0	1	3	4	2	3	4	1	5	2	1	0	0	7		41
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		4
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	0	0	10	30	40	20	30	40	10	50	20	10	0	0	70		410
– davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	7)			9	30	26	20	30	30	10	50	20	10			55		330
– davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	7)			0	0	0	0	0	10	0	0	0	0			1		11
– davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	7)			1	0	14	0	0	0	0	0	0	0			7		22
– davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	7)			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			7		7
Beanstandungen der Behandlungsqualität																			
– darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)										0							3		3
– darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)										10							3		13
– darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)										0							2		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) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. 5) Prüfungen zur Frequenzregelung pandemiebedingt reduziert. 6) Dokumentationsprüfungen pandemiebedingt ausgesetzt. 7) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 8) Prüfungen zur Frequenzregelung und Fortbildung pandemiebedingt ausgesetzt. 9) Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung 2021 pandemiebedingt ausgesetzt (Nachfrist). 10) Prüfungen zur Fortbildung noch nicht abgeschlossen. 11) Prüfungen zur Frequenzregelung und Fortbildung noch nicht abgeschlossen. 12) Keine Dokumentationsprüfung, da nur 1 Genehmigungsinhaber und 2021 vollständige Prüfung ohne Beanstandung.

# › HÖRGERÄTEVERSORGUNG

✓	4.091	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
🔊	3.444	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📄	2.492	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

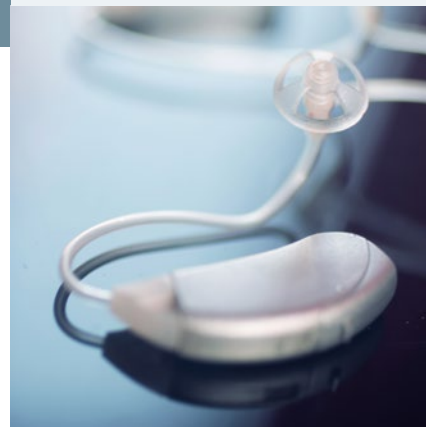
**ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle

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

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

§

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) 7) 8) 9) 10)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	470	529	232	110	50	126	297	84	375	552	194	52	235	132	135	104	371	4.048
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	482	535	241	116	48	126	303	86	380	560	194	53	232	125	136	102	372	4.091
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	33	106	23	7	5	10	71	4	45	49	19	1	28	6	6	6	29	448
– davon Genehmigungen	33	101	23	7	3	9	71	4	45	49	19	1	27	6	6	6	29	439
– davon Ablehnungen	0	5	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	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	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen													0					0
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung													1					1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	14	1	8	9	k.A.	6	34	30	16	0	30	6	5	8	11	178

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

Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	482	352	241	116	45	126	155	k.A.	335	450	183	52	61	88	136	105	322	3.249
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	45	k.A.	0	110	0	0	3	37	0	0	0	195
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	70	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70

📁 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1 Nr. 2

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	482	420	24	109	32	23	42	k.A.	139	331	183	52	150	0	85	31	351	2.454
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	13	0	0	0	1	23	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	38
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	1	127	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	128

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Prüfungen der messtechnischen Kontrollen zum 01.10.22 ausgesetzt. <sup>6)</sup> Prüfungen der Fortbildungsnachweise noch nicht abgeschlossen. <sup>7)</sup> Prüfungen zu messtechnischen Kontrollen und der Fortbildungsnachweise (Nachfrist von 12 Monaten) pandemiebedingt reduziert. <sup>8)</sup> Pandemiebedingte Festlegung eines neuen Fortbildungszeitraums (von 2022 bis 2023). <sup>9)</sup> Zusätzlich 2 Widerrufe (ausgelagerte Praxisräume; Leistungsort im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit). <sup>10)</sup> Prüfungen der Fortbildungsnachweise pandemiebedingt ausgesetzt.

# › HÖRGERÄTEVERSORGUNG – KINDER

- ✓ 427 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- ⚡ 326 PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
- 📄 257 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

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

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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

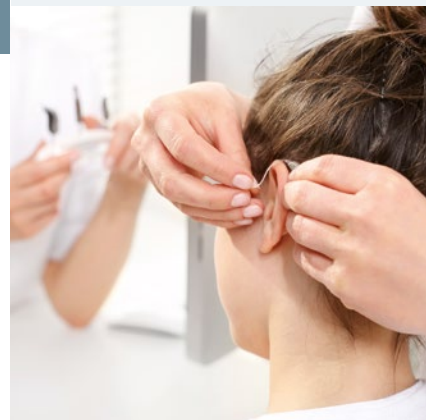
**ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle

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

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

§

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)	5)					6)		7)					8)				
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	26	111	17	2	1	18	58	2	44	27	9	3	23	9	9	3	47	409
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	31	117	17	2	2	18	58	2	44	27	9	3	27	10	12	2	46	427
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	7	23	0	0	1	3	8	1	7	1	2	0	6	1	3	0	4	67
– davon Genehmigungen	7	21			1	2	8	1	7	1	1		5	1	3		4	62
– davon Ablehnungen	0	2			0	1	0	0	0	0	1		1	0	0		0	5
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 <sup>3)</sup>	0	0	0	0	0	2	k.A.	0	12	0	1	0	1	0	0	1	3	20
<b>✚ PRÜFUNGEN MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1 Nr. 1</b>																		
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	31	62	17	2	2	18	27	k.A.	31	22	7	3	13	8	12	3	43	301
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	17	k.A.	0	5	0	0	1	2	0	0	0	25
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	16	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
<b>📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1 Nr. 2</b>																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	31	85	10	2	0	4	5	k.A.	5	9	7	3	15	0	3	0	43	222
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	1	0	0	0	0	34	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	2	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Prüfungen der messtechnischen Kontrollen zum 01.10.2022 ausgesetzt. <sup>6)</sup> Prüfungen zu messtechnischen Kontrollen und der Fortbildungsnachweise (Nachfrist von 12 Monaten) pandemiebedingt reduziert. <sup>7)</sup> Pandemiebedingte Festlegung eines neuen Fortbildungszeitraums (von 2022 bis 2023). <sup>8)</sup> Prüfungen der Fortbildungsnachweise pandemiebedingt ausgesetzt.



# › HYPERBARE SAUERSTOFFTHERAPIE BEI DIABETISCHEM FUßSYNDROM

✓ 4 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

**AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen  
**KOLLOQUIUM:** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung, welche in einem Stellungnahmeverfahren nicht ausreichend begründet werden konnten

**KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** Vorgaben zur personellen Mindestbesetzung; gegebenenfalls Nachweis mindestens eines Kooperationsvertrags mit einem Druckkammerzentrum gemäß Abschnitt 30.2.2 Nr. 4 EBM

**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH:** jährlicher Nachweis der Druckkammertauglichkeit mindestens eines Arztes oder einer Ärztin und einer anderen Person der Druckkammerbesetzung; Nachweise der Kontrollen gemäß der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind der KV auf Verlangen vorzulegen

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

**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																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4
abrechnende Ärzte (GOP 30216 und 30218)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

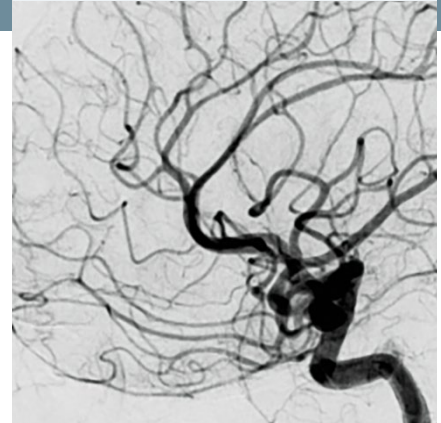
# INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

✓ 223 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 171 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: 01.10.2010



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

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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN</b>																		
✓ <b>GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 1</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	2	2	0	0	0	0	1	0	3	5	1	0	2	0	0	0	19	35
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1	2	0	0	0	0	0	0	3	5	1	0	2	0	0	0	8	22
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
neu																	1	1
– davon Genehmigungen																	1	1
– davon Ablehnungen																	0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 6																	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	1	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
II <b>PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG</b>																		
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
≥ 100	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	9	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)

4)

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE

✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 2

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	26	26	10	5	4	9	14	9	31	16	9	5	3	0	7	1	33	208
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	27	27	11	5	4	9	13	9	32	16	9	5	1	0	7	1	25	201
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	1	11	1	0	0	1	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	21
neu	1	11	1			1	3		2									19
– davon Genehmigungen	1	11	1			1	2		2									18
– davon Ablehnungen	0	0	0			0	1		0									1
erneut gemäß § 7 Abs. 7	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 § 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 <sup>3)</sup>	1	1	0	0	0	1	k.A.	0	3	0	0	0	2	0	0	0	4	12

III PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	5	12	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	24
≥ 100	22	13	4	5	4	8	13	0	24	0	8	5	0	0	5	1	17	129
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 diagnostische kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 50	5	12	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	27
≥ 50	22	13	4	5	2	8	13	0	24	0	8	5	0	0	4	1	14	123

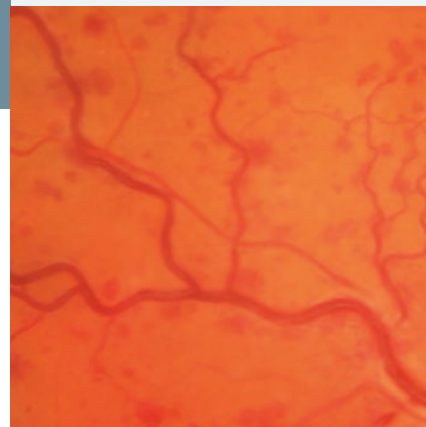
<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen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

# INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

- ✓ 2.651 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 214 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 1.839 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**



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



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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

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

## ✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	288	413	107	84	53	76	145	49	243	298	136	55	142	66	97	45	243	2.540
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	308	412	111	94	57	75	162	52	247	304	143	65	141	75	103	49	253	2.651
abrechnende Ärzte	243	412	85	67	55	58	116	52	204	162	106	49	125	61	78	42	143	2.058
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	70	157	12	20	11	15	64	3	57	76	28	15	10	9	13	7	76	643
– davon Genehmigungen	70	157	12	20	11	15	64	3	53	76	28	15	10	9	13	7	74	637
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	6
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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
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 <sup>3)</sup>	0	0	8	10	4	15	k.A.	0	6	17	15	5	11	0	7	3	37	138

➤ 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
		5)		6)					7)	5)			5)					

**DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 2 (Routineprüfung)**

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte geprüft, in %	7,4	8,0	9,4	11,9	9,1	10,3	12,9	9,6	8,3	13,0	8,5	12,2	15,2	11,5	10,3	9,5	6,3	9,6
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	18	33	8	8	5	6	15	5	17	21	9	6	19	7	8	4	9	198
– davon Anforderungen erfüllt	16	15	5	8	5	6	11	5	13	18	7	5	18	6	7	4	8	157
– davon Anforderungen nicht erfüllt	2	1	3	0	0	0	4	0	2	0	2	1	0	1	1	0	1	18

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	180	160	74	75	50	60	150	50	150	129	90	60	164	77	80	40	90	1.679
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– gemäß § 6 Abs. 3a	3	4	5	0	0	0	25	0	15	0	20	10	6	3	2	1	1	95
– gemäß § 6 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	8	0	2	0	1	0	0	0	1	0	2	14
– gemäß § 6 Abs. 3c	1	0	2	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	1	14
– gemäß § 6 Abs. 3d	1	1	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
– gemäß § 6 Abs. 3e	3	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
– gemäß § 6 Abs. 3f	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	20
– gemäß § 6 Abs. 3g	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
– gemäß § 6 Abs. 3h	3	1	2	0	0	0	1	0	20	0	0	0	4	0	0	1	0	32
– gemäß § 6 Abs. 3i	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– gemäß § 6 Abs. 3j	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

**DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 6 (erneute Überprüfung)**

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 6	0	3	1	0	5	0	3	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	16
– davon Anforderungen erfüllt		3	0		5		1	0			1			1	1			12
– davon Anforderungen nicht erfüllt		0	1		0		2	1			0			0	0			4

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	0	30	10	0	50	0	30	10	0	0	10	0	0	10	10	0	0	160
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		0
– gemäß § 6 Abs. 3a		0	6		0		6	0			1			0	0			13
– gemäß § 6 Abs. 3b		0	0		0		1	0			0			0	0			1
– gemäß § 6 Abs. 3c		0	0		0		1	0			0			0	0			1
– gemäß § 6 Abs. 3d		0	6		0		0	2			0			0	0			8
– gemäß § 6 Abs. 3e		0	0		0		0	3			0			0	0			3
– gemäß § 6 Abs. 3f		0	0		0		0	0			0			0	0			0
– gemäß § 6 Abs. 3g		0	0		0		1	0			0			0	0			1
– gemäß § 6 Abs. 3h		0	3		0		0	0			0			0	0			3
– gemäß § 6 Abs. 3i		0	0		0		0	0			0			0	0			0
– gemäß § 6 Abs. 3j		0	1		0		0	0			0			0	0			1

Kolloquien

Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
– davon bestanden						0	2	1										3
– davon nicht bestanden						1	0	0										1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Dokumentationsprüfungen (Erstüberprüfung) noch nicht abgeschlossen. <sup>6)</sup> Ein Arzt konnte nur 5 Patientenfälle (statt 10) einreichen, da nicht mehr abgerechnet wurden. <sup>7)</sup> Dokumentationsprüfungen § 6 Abs. 2 (Erstüberprüfung): 2 Ärzte haben keine Unterlagen eingereicht.

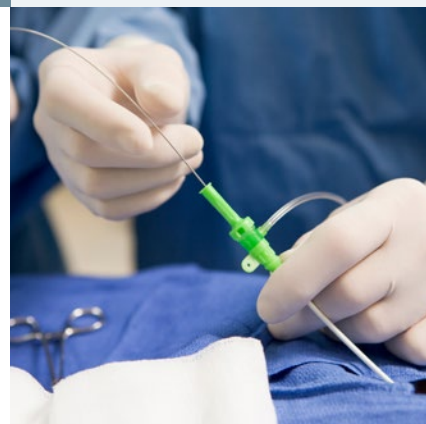
# INVASIVE KARDIOLOGIE

✓ 686 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

II 568 **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: 01.01.2019



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

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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

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

## DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN

### ✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 2

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	11	1	2	0	0	3	1	1	11	13	2	0	2	2	4	0	12	65
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	11	1	2	0	0	4	1	1	9	12	2	0	2	2	4	0	10	61
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
neu	1					1											1	3
– davon Genehmigungen	1					1											1	3
– davon Ablehnungen	0					0											0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3	0					0											0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen																	1	1
– aus sonstigen Gründen																	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	5

### II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	2	0	1	0	0	4	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	5	16
≥ 150	9	1	1	0	0	0	1	1	11	0	8	0	2	0	2	0	6	42

› Fortsetzung nächste Seite



› INVASIVE KARDIOLOGIE

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

4), 5)

6)

7)

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 1

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	89	117	20	18	22	28	97	5	53	67	22	1	19	4	6	1	46	615
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	88	106	20	22	23	28	97	7	56	68	22	1	18	3	7	1	58	625
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	12	42	0	4	4	1	19	2	2	7	5	0	1	0	1	0	4	104
neu	12	42		4	4	1	8	2	1	7	0		1		1		4	87
– davon Genehmigungen	12	38		4	4	1	8	2	1	6			1		1		4	82
– davon Ablehnungen	0	4		0	0	0	0	0	0	1			0		0		0	5
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0		0	0	0	0	0	0	0	5		0		0		0	5
– davon Genehmigungen											5							5
– davon Ablehnungen											0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen						0											1	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen						0											0	0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen						0											1	1
– aus sonstigen Gründen						1											0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	2	3	0	0	1	0	k.A.	0	0	5	5	0	2	0	0	0	3	21

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	11	13	9	0	0	4	0	0	0	0	3	1	1	0	0	0	6	48
≥ 150	77	84	11	18	23	24	97	7	54	0	8	0	16	3	3	0	37	462
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	35	13	7	0	0	20	0	0	0	0	3	1	1	2	4	0	6	92
≥ 50	53	84	13	18	23	8	97	7	54	0	8	0	16	1	2	0	37	421

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Prüfumfang zur Frequenzregelung pandemiebedingt reduziert. <sup>6)</sup> Prüfungen zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. <sup>7)</sup> Diagnostische und therapeutische Katheterisierungen: 1 Arzt hat Tätigkeit unterjährig beendet.

# › KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

- ✓ 585 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (APPLIZIERENDE)
- ✓ 558 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (AUSWERTENDE)
- 114 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE UND ÄRZTINNEN / APPLIZIERENDE)
- 🔍 114 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)  
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

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

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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

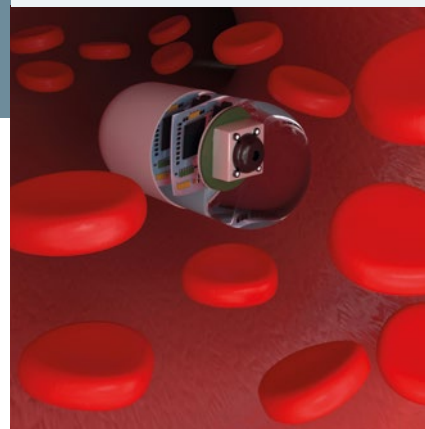
**ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Wiederholungsuntersuchungen), zu führen vom Applizierenden

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

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

§

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



› KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

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

4)

5)

✓ GENEHMIGUNGEN APPLIZIERER

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	85	111	19	10	8	8	41	6	58	67	26	7	19	12	24	15	63	579
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	85	109	20	12	8	9	39	6	59	71	26	7	21	12	26	16	59	585
abrechnende Ärzte	55	77	14	12	8	4	18	4	44	53	19	6	15	11	22	12	41	415
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	5	5	1	2	1	2	3	1	3	12	3	0	2	1	2	1	6	50
– davon Genehmigungen	5	5	1	2	1	2	3	1	3	12	2		2	1	2	1	6	49
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	0	0	0	2	k.A.	1	0	1	2	0	0	1	0	0	1	8

✓ GENEHMIGUNGEN AUSWERTER

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	82	94	19	10	7	8	40	6	58	67	25	7	19	12	24	15	63	556
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	83	87	20	12	7	9	38	6	59	71	27	7	21	12	26	16	57	558
abrechnende Ärzte	55	74	14	12	7	4	18	4	44	53	19	6	15	11	22	12	38	408
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	5	3	1	2	0	2	3	1	3	12	4	0	2	1	2	1	6	48
– davon Genehmigungen	5	3	1	2		2	3	1	3	12	4		2	1	2	1	6	48
– davon Ablehnungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	10
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	0	0	0	2	k.A.	1	0	1	2	0	0	1	0	2	10	19

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (fakultativ)

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

geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	83	0	0	10	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	114
– davon Anforderungen erfüllt	79			8	8											13		108
– davon Anforderungen nicht erfüllt	4			2	0											0		6

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

☒ JAHRESSTATISTIK § 8

elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	15	79	9	2	6	4	5	1	17	49	18	5	14	7	18	2	11	262
---	----	----	---	---	---	---	---	---	----	----	----	---	----	---	----	---	----	-----

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

# › KOLOSKOPIE

✓	2.567	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
II	2.299	PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG
III	990	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	19.800	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) <small>Schätzung auf Grundlage der Vorgaben</small>
🧼	3.601	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

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

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

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

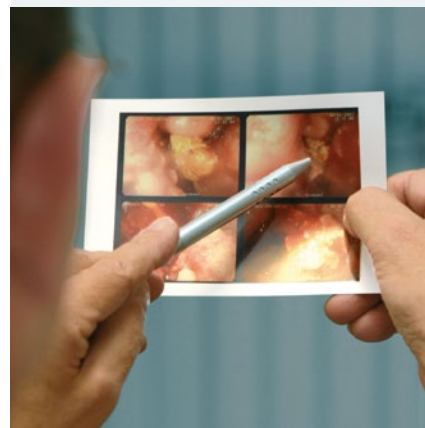
**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** unangemeldete Hygienepfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

**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		
	4)									5)										
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																				
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2021	9	7	0	1	1	2	0	1	18	0	2	2	0	1	9	2	6	61		
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2022	7	5	0	3	2	2	0	0	15	0	1	3	0	1	8	2	6	55		
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2021	349	478	97	72	26	71	224	43	256	258	122	30	91	50	84	56	214	2.521		
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2022	361	458	99	68	24	74	221	42	254	259	129	30	91	53	83	56	210	2.512		
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) <sup>2)</sup>	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3		
neu	1				1							1						3		
– davon Genehmigungen	1				1							1						3		
– davon Ablehnungen	0				0							0						0		
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0				0							0						0		
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) <sup>2)</sup>	27	98	7	4	1	18	30	2	23	35	22	1	5	4	7	3	22	309		
neu	27	56	7	4	1	18	12	2	17	14	12	1	5	4	7	3	22	212		
– davon Genehmigungen	27	56	7	4	1	18	12	2	15	14	12	1	5	4	7	3	20	208		
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	4		
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	10		
– davon Genehmigungen											10							10		
– davon Ablehnungen											0							0		
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
– davon bestanden																	1	1		
– davon nicht bestanden																	0	0		
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3		
– wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7													0			0		0		
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e ausschließlich bei totalen Koloskopien													0			1		1		
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien													1			0		1		
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b–c ausschließlich bei Polypektomien													0			0		0		
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien													0			0		0		
– sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängel gemäß § 6 Abs. 4b–c bei Polypektomien													0			0		0		
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien													0			1		1		
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	30	0	5	6	0	13	k.A.	3	10	13	22	4	5	3	9	5	31	159		

› Fortsetzung nächste Seite

› KOLOSKOPIE

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

TOTALE KOLOSKOPIE

I PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG																			
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																			
< 200	2	28	0	0	0	0	0	0	0	0	1	27	0	0	31	3		92	
≥ 200	321	430	29	73	24	64	224	0	251	245	126	27	59	53	93	21	167	2.207	

II DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a–e	163	104	0	36	0	34	65	18	130	117	38	12	32	53	19	44	57	922
– davon bestanden	156	67		26		31	57	18	127	117	36	11	32	52	17	42	50	839
– davon nicht bestanden	7	0		10		3	8	0	3	0	2	1	0	1	2	2	7	46
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	1	13	0	1	0	2	8	0	0	0	6	0	0	1	0	2	7	41
– davon bestanden	1	13		1		2	7				4			1		2	5	36
– davon nicht bestanden	0	0		0		0	1				2			0		0	2	5
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
– 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

I PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG																			
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																			
< 10	2	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	24	0	0	11	3	58	
≥ 10	320	431	29	73	0	64	224	0	254	245	126	27	62	53	93	41	167	2.209	

II DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a–c	159	104	0	36	0	34	65	18	130	117	38	12	32	53	19	44	57	918
– davon bestanden	156	67		34		33	54	18	124	117	38	12	32	53	16	40	55	849
– davon nicht bestanden	3	0		2		1	11	0	6	0	0	0	0	0	3	4	2	32
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	3	0	0	2	0	0	12	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	22
– davon bestanden	3			2			12									0		17
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b–c	0			0			0									4		4
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0			0			0									0		0

III HYGIENEPRÜFUNGEN																		
überprüfte Einrichtungen	239	412	58	73	13	43	121	20	172	164	83	19	69	42	72	51	160	1.811
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	478	824	115	138	26	86	242	37	341	328	159	38	137	82	144	106	320	3.601
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	100,0	100,0	99,1	94,5	100,0	100,0	100,0	92,5	99,1	100,0	95,8	100,0	99,3	97,6	100,0	103,9	100,0	99,4
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	17	28	10	6	4	12	7	3	28	28	18	1	13	2	5	2	16	200
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	3,6	3,4	8,7	4,3	15,4	14,0	2,9	8,1	8,2	8,5	11,3	2,6	9,5	2,4	3,5	1,9	5,0	5,6
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	3	1	0	0	0	0	0	0	2	3	1	0	1	0	0	0	1	12
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,9	0,6	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,3	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) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. 5) Beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie): davon 18 Änderungsanträge. 6) Frequenzregelung totale Koloskopie: Prüfungsumfang pandemiebedingt auf 50 reduziert. 7) Frequenzregelung Polypektomien: Prüfungsumfang pandemiebedingt auf 3 reduziert. 8) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 9) Prüfungen zur Frequenzregelung pandemiebedingt reduziert. 10) Eine Einrichtung pandemiebedingt nicht überprüft. 11) Eine Wiederholungsprüfung verschoben nach 2023. 12) Prüfungen zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. 13) Überprüfte Einrichtungen: 7 Genehmigungen unterjährig beendet oder begonnen. Daher jeweils nur in einer der beiden Jahreshälften geprüft.



# LANGZEIT-EKG- UNTERSUCHUNGEN

✓ 33.174 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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

Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

**KOLLOQUIUM:** bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)																	5)
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2021	2.117	3.600	1.021	518	155	355	1.166	312	2.342	3.540	1.163	359	794	447	682	507	2.637	21.715
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2022	2.270	3.921	1.033	566	153	367	1.227	322	2.414	3.529	1.205	362	795	476	704	520	2.697	22.561
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	330	1.053	90	43	7	53	328	19	333	351	96	30	56	77	81	51	445	3.443
– davon Genehmigungen	319	1.007	87	42	7	53	328	19	331	351	96	30	53	77	81	51	295	3.227
– davon Ablehnungen	11	46	3	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	150	216
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
– davon bestanden													8					8
– davon nicht bestanden													0					0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	k. A.	1	75	26	0	51	k. A.	10	116	312	117	28	51	47	58	44	36	972

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Zusätzlich haben bundesweit zum Ende des Berichtsjahres 10.613 Ärzte eine Genehmigung nur zur Aufzeichnung (10.722 zum 31.12.2021).

# LASERBEHANDLUNG BEIM BENIGNEN PROSTATASYNDROM

✓ 29 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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

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

**KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** Einrichtungen, die nicht über eine Intensivstation verfügen, haben organisatorisch zu gewährleisten, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische Behandlung des Patienten durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung erfolgt

**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH:** Protokolle über die sicherheitstechnischen Kontrollen entsprechend § 6 Abs. 3 der MPBtreibV 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
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	11	4	0	0	0	0	2	0	1	3	2	0	0	0	2	0	1	26
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	11	7	0	0	0	0	2	0	0	3	2	0	0	0	3	0	1	29
abrechnende Ärzte	7	7	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	3	0	1	21
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5
– davon Genehmigungen		4													1			5
– 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 <sup>3)</sup>	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

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

# LIPOSUKTION BEI LIPÖDEM IM STADIUM III

52 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	10	5	1	0	0	3	2	0	3	11	4	0	2	0	1	2	3	47
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	13	6	1	0	0	3	3	0	3	10	4	0	2	0	2	2	3	52
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	4	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	1	11
– davon Genehmigungen	4	1					1			1	2				1		0	10
– davon Ablehnungen	0	0					0			0	0				0		1	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2

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

# MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

## MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE ALLGEMEIN:

- ✔ **4.437** ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- ❌ **194** STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 🔍 **2.328** GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)  
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

## MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA:

- ✔ **426** ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 📊 **334** 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: 23.05.2020

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

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

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

**FREQUENZREGELUNG:** Magnetresonanztomographie der Mamma: jährlich 50 Fälle  
**KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** erfolgen aufgrund der Ergebnisse der Kernspintomographie der Mamma histologische Abklärungen, ist die Korrelation der Ergebnisse dieser Untersuchung mit der prospektiven Diagnostik zu prüfen  
**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

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

**BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



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

KERNSPINTOMOGRAPHIE ALLGEMEIN																		
✔ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	505	691	235	104	61	130	358	78	404	603	217	58	183	92	114	98	435	4.366
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	528	714	229	108	62	136	370	80	398	604	222	57	188	90	121	100	430	4.437
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	112	1.588	41	13	7	21	161	4	91	140	61	9	22	4	17	13	349	2.653
– davon Genehmigungen	112	1.419	41	13	7	21	161	4	90	140	61	9	21	4	17	13	332	2.465
– davon Ablehnungen	0	169	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	17	188
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
– davon bestanden										1			0					1
– davon nicht bestanden										0			1					1
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 <sup>3)</sup>	0	7	47	9	10	11	k.A.	2	77	33	56	4	16	0	10	9	82	373

› 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
	4), 5)	6)	7)			8)	9)		10)	11)				12)	10)			

KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	75	76	12	9	5	8	28	4	37	51	12	9	22	10	14	8	44	424
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	77	74	15	9	5	11	26	4	37	51	12	9	21	10	14	8	43	426
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	12	150	3	0	1	4	0	0	7	9	3	1	1	0	0	1	3	195
– davon Genehmigungen	12	66	3		1	4			7	9	3	1	1			1	3	111
– davon Ablehnungen	0	84	0		0	0			0	0	0	0	0			0	0	84
Kolloquien (Antragsverfahren)	2	5	0	0	1	2	0	0	4	4	1	1	0	0	0	1	2	23
– davon bestanden	2	5			1	2			3	4	1	1				1	2	22
– davon nicht bestanden	0	0			0	0			1	0	0	0				0	0	1
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 <sup>3)</sup>	1	2	0	0	1	0	k.A.	0	3	3	3	1	2	0	0	0	8	24

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	77	69	12	9	5	9	26	4	31	0	12	8	18	0	14	7	37	338
– mindestens 50 Untersuchungen	77	62	12	5	4	7	26	4	16		8	8	18		12	5	37	301
– weniger als 50 Untersuchungen	0	7	0	4	1	2	0	0	13		4	0	0		0	2	0	33

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang

abrechnende Ärzte	509	734	218	97	62	146	346	80	393	554	207	64	186	86	118	98	399	4.297
geprüfte Ärzte	16	33	10	4	4	8	17	5	19	21	9	3	8	4	6	5	22	194
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	16	27	10	4	4	8	17	5	18	21	9	3	8	4	6	5	22	187
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	3,1	3,7	4,6	4,1	6,5	5,5	4,9	6,3	4,6	3,8	4,3	4,7	4,3	4,7	5,1	5,1	5,5	4,4

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	15	10	9	3	4	8	16	5	15	21	8	2	8	0	5	3	21	153
– geringe Beanstandungen	1	13	1	1	0	0	1	0	3	0	1	0	0	0	1	2	1	25
– erhebliche Beanstandungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– schwerwiegende Beanstandungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen		2							1									3
– geringe Beanstandungen		2							0									2
– erhebliche Beanstandungen		0							0									0
– schwerwiegende Beanstandungen		2							0									2

› Fortsetzung nächste Seite

► MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Maßnahmen																		
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	1	15	1	0	0	0	1	0	14	0	1	1	0	0	0	0	1	35
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	1	0	0	0	0	0	0	3
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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
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

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Prüfungen zur Frequenzregelung und zu Stichprobenprüfungen pandemiebedingt reduziert. <sup>6)</sup> Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden. <sup>7)</sup> Prüfumfang der Routineprüfungen: Kernspintomographie der Mamma wird nicht gesondert geprüft, sondern i. R. d. EFP MRT-allgemein. <sup>8)</sup> Mindestfrequenz konnte nicht erreicht werden, da eine Genehmigung erst ab Mitte des Jahres erteilt wurde. <sup>9)</sup> Prüfungen zur Frequenzregelung pandemiebedingt reduziert. <sup>10)</sup> 2 Prüfungen zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen (Kernspintomographie der Mamma). <sup>11)</sup> Prüfungen zur Frequenzregelung pandemiebedingt ausgesetzt. <sup>12)</sup> Prüfungen zur Frequenzregelung und zu Stichprobenprüfungen noch nicht abgeschlossen.



# MAGNETRESONANZ- ANGIOGRAPHIE

- ✓ 3.599 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 651 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 8.808 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**



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

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

- AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
- KOLLOQUIUM:** bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährlich mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen; Dokumentation zu zwölf Angiographien und allen (maximal 30) Angiographien der Venen, insbesondere zur Indikationsstellung; gesonderte Darstellung der Ergebnisse aus Dokumentationsprüfungen von Untersuchungen der Hirngefäße
- RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)	5)					6)											
<span style="color: red;">✓</span> <b>GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	447	522	172	89	57	113	271	56	304	472	202	52	162	74	97	84	371	3.545
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	462	539	170	96	54	120	280	55	307	462	206	51	166	75	100	87	369	3.599
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	90	1.089	32	12	6	18	134	2	70	100	57	9	20	3	13	11	308	1.974
neu	90	172	32	12	6	18	36	2	22	30	15	9	20	3	13	11	308	799
– davon Genehmigungen	90	156	32	12	6	18	36	2	22	30	15	9	19	3	13	11	295	769
– davon Ablehnungen	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	13	30
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	42
– davon Genehmigungen											42							42
– davon Ablehnungen											0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	34	5	8	8	k.A.	3	68	24	53	5	15	3	10	9	69	314

› 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
	7)	7)	7)						8)					9)				

☑ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	411	539	155	82	47	121	264	55	299	396	181	49	148	69	93	78	331	3.318
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	72	78	10	17	10	26	51	13	60	80	45	10	37	14	21	15	53	612
– davon bestanden	68	72	10	17	10	26	29	12	57	78	41	10	37	14	21	14	41	557
– davon nicht bestanden	4	6	0	0	0	0	22	1	2	2	4	0	0	0	0	1	12	54
abrechnende Ärzte geprüft, in %	17,5	14,5	6,5	20,7	21,3	21,5	19,3	23,6	20,1	20,2	24,9	20,4	25,0	20,3	22,6	19,2	16,0	18,4
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	3	12	0	0	0	1	6	0	0	0	2	0	0	0	0	1	14	39
– davon bestanden	3	11				1	6				2					1	14	38
– davon nicht bestanden	0	1				0	0				0					0	0	1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
– davon bestanden																1		1
– davon nicht bestanden																0		0

Prüferegebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	366	858	96	142	104	289	469	117	617	563	347	91	354	70	162	0	638	5.283
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	347	776	96	142	104	289	374	117	617	563	327	91	354		162		537	4.896
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	347	858	96	142	104	289	374	117	617	563	327	91	354		162		531	4.972
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	347	858	96	142	104	289	374	117	617	563	327	91	354		162		540	4.981
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	343	776	96	140	104	289	352	117	567	478	327	91	308		162		525	4.675
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	4	59	0	2	0	0	22	0	34	76	6	0	44		0		34	281
– insgesamt nicht nachvollziehbar	19	23	0	0	0	0	95	0	16	9	14	0	2		0		79	257
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7)	1.002	197	24	64	16	26	225	39	96	361	217	28	64	74	90	48	142	2.713
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	964	177	21	64	16	26	213	37	96	361	193	28	64		90	48	138	2.536
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	965	197	21	64	16	26	213	37	96	361	193	28	63		90	48	139	2.557
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	965	197	21	64	16	26	213	37	96	361	193	28	63		90	48	141	2.559
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	960	177	21	64	16	26	189	37	79	354	193	28	60		90	48	135	2.477
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	10	15	3	0	0	0	24	0	6	6	15	0	3		0	0	4	86
– insgesamt nicht nachvollziehbar	32	5	0	0	0	0	12	2	11	1	9	0	1		0	0	3	76
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Venen)	142	50	0	121	0	21	6	9	88	80	44	44	193	10	4	0	0	812
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	140	10		121		21	6	9	88	80	42	44	193		4			758
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	140	50		121		21	6	9	88	80	42	44	193		4			798
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	140	50		121		21	6	9	88	80	42	44	193		4			798
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	140	10		121		21	6	9	86	79	42	44	184		4			746
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	1	39		0		0	0	0	2	1	1	0	9		0			53
– insgesamt nicht nachvollziehbar	1	1		0		0	0	0	0	0	1	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) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. 5) Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden. 6) Davon 98 Änderungsanträge. 7) Prüfumfang pandemiebedingt reduziert. 8) Eine Dokumentationsprüfung noch nicht abgeschlossen. 9) Ergebnisse der Dokumentationsprüfungen liegen noch nicht vor (aufgrund Personalwechsel, Kommissionsneuberufung).

# MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

- ✓ **2.245** **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- **834** **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 **8.340** **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)**  
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
- 📄 **678** **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**



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



**AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; Eingangsprüfung  
**EINGANGSPRÜFUNG:** Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle)  
**KOLLOQUIUM:** gegebenenfalls bei dreifach nicht erfolgreicher Beurteilung einer Fallsammlungsprüfung zum Nachweis der fachlichen Befähigung (Eingangsprüfung); bei zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung  
**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH:** alle zwei Jahre Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle) zur Aufrechterhaltung der Genehmigung  
**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung  
**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL:** nach zweifach erfolgloser Beurteilung der Fallsammlung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung und anschließend nicht erfolgreichem Kolloquium sind Fortbildungsmaßnahmen erforderlich, um an einem zweiten Kolloquium teilnehmen zu können  
**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** innerhalb der ersten sechs Monate nach Genehmigungserteilung von allen Ärzten und Ärztinnen Dokumentation zu zehn Fällen, danach alle 24 Monate  
**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** Benchmarkbericht an den Arzt oder die Ärztin nach Prüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung; jährliche statistische Auswertung der Eingangs-, Aufrechterhaltungs- und Dokumentationsprüfung an Partner des Bundesmantelvertrags  
**BERATUNG:** gegebenenfalls bei erfolgloser Fallsammlungsprüfung zur Aufrechterhaltung der Genehmigung beziehungsweise bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<span style="color: green;">✓</span> <b>GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	318	364	100	55	27	41	187	34	204	281	106	26	124	73	88	59	192	2.279
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	325	361	98	60	26	39	178	34	204	260	107	20	122	72	90	53	196	2.245
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	41	195	23	6	1	6	42	4	23	71	22	0	29	2	6	6	21	498
neu	14	195	5	5	1	2	12	4	12	14	3		11	2	6	6	21	313
– davon Genehmigungen	14	195	5	5	1	2	12	4	12	14	3		11	2	6	6	21	313
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
erneut	27	0	18	1	0	4	0	0	11	0	19		18	0	0	0	0	98
– davon Genehmigungen	27		18	1		4			11		19		18					98
– 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	0	0	0	0	0	0

› Fortsetzung nächste Seite

► MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

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

4) 5) 6)

**FALLSAMMLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT C (EINGANGSPRÜFUNGEN)**

Erstprüfungen	10	19	4	5	2	3	16	4	14	12	2	1	5	2	4	8	17	128
– davon bestanden	8	15	2	2	1	2	10	4	11	7	2	1	2	2	2	5	15	91
– davon nicht bestanden	2	4	2	3	1	1	6	0	3	5	0	0	3	0	2	3	2	37
Wiederholungsprüfungen	2	4	1	3	1	1	4	0	1	5	0	0	5	1	2	3	2	35
– davon bestanden	2	4	1	3	1	0	2		1	4			3	1	2	2	2	28
– davon nicht bestanden	0	0	0	0	0	1	2		0	1			2	0	0	1	0	7

**FALLSAMMLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT D (FORTBILDUNGSPRÜFUNGEN)**

Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	95	118	30	21	5	15	93	5	51	88	19	4	26	24	34	14	36	678
reguläre Prüfungen	92	115	30	18	5	15	93	5	48	86	17	4	25	23	33	14	35	658
– davon bestanden	88	107	28	18	4	15	86	5	48	84	16	4	24	21	33	13	35	629
– davon nicht bestanden	4	8	2	0	1	0	7	0	0	2	1	0	1	2	0	1	0	29
Wiederholungsprüfungen	3	3	0	3	0	0	0	0	3	2	2	0	1	1	1	0	1	20
– davon bestanden	3	3		3					2	2	1		1	1	1		1	18
– davon nicht bestanden	0	0		0					1	0	1		0	0	0		0	2
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
– davon bestanden		0					1										1	2
– davon nicht bestanden		2					0										0	2
Kolloquien nach Abschluss von Fortbildungsmaßnahmen gemäß § 11 Abs. 3b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

**DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT E**

Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	101	174	46	29	0	14	61	8	57	81	42	15	54	0	36	26	61	805
– davon erfüllt	93	160	44	29		14	55	8	53	76	32	15	53		35	26	59	752
– 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	4	4	1	0		0	3	0	1	5	0	0	1		0	0	1	20
– davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	4	10	1	0		0	3	0	2	0	10	0	0		1	0	1	32
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3	1	0	0	1	10
– davon erfüllt	1	2								2			2	1			1	9
– davon nicht erfüllt	0	0								0			0	0			0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	3	4	3	0	0	0	1	0	1	0	5	0	0	0	2	0	0	19
– davon erfüllt	3	4	3				1		1		3				2			17
– davon nicht erfüllt	0	0	0				0		0		2				0			2
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4

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

Ärzte, die ihrer Verpflichtung nicht nachgekommen sind																		
– gemäß § 3 Abs. 2a	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
– gemäß § 3 Abs. 2b	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
– gemäß § 3 Abs. 2c	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	1	7	7	1	2	8	k.A.	4	11	6	7	6	13	1	4	11	14	103

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) Ergebnisse der Dokumentationsprüfungen liegen noch nicht vor. 5) Davon 30 Änderungsanträge. 6) Eine Dokumentationsprüfung noch nicht abgeschlossen (Abschnitt E).

# METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA

✓ 13.687 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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



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

4)

## ✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1.048	1.314	267	181	283	287	601	704	2.380	1.281	687	275	645	551	692	480	2.480	14.156
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.034	1.286	264	160	254	272	604	686	2.272	1.239	677	264	619	535	673	460	2.388	13.687
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	32	76	25	3	15	17	31	9	75	57	59	1	9	5	7	8	131	560
– davon Genehmigungen	31	75	21	3	13	15	31	9	75	57	59	1	9	5	7	8	130	549
– davon Ablehnungen	1	1	4	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	k. A.	0	24	24	44	30	k. A.	27	192	99	69	10	34	21	26	32	207	839

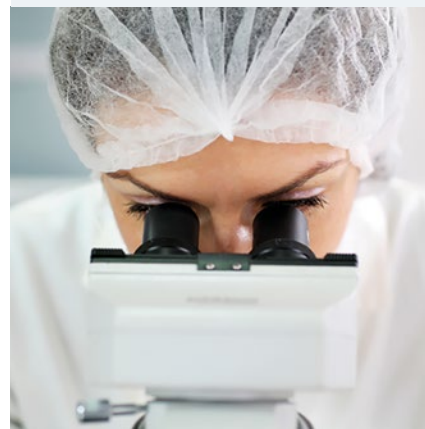
<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Genehmigungen: davon 26 KfH-Ärzte.

# MOLEKULARGENETIK

✓ 533 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



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

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

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

**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH:** regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPÜFUNG:** 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

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

**BERATUNG:** gegebenenfalls bei Auffälligkeiten in den Jahresstatistiken

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

## ✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	76	56	34	11	8	33	35	13	50	48	46	5	27	9	7	8	64	530
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	83	55	34	12	9	29	35	14	48	51	46	6	27	11	7	8	58	533
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	9	36	1	1	1	3	5	1	9	3	6	1	2	3	0	1	6	88
– davon Genehmigungen	9	36	1	1	1	3	5	1	9	3	6	1	2	3		1	5	87
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
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 <sup>3)</sup>	0	2	1	0	0	9	k.A.	0	7	0	6	0	2	1	0	1	11	40

## ☐ JAHRESSTATISTIK § 9 Abs. 4

elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	6	13	3	0	1	4	4	2	8	4	2	1	8	4	3	1	7	71
abrechnende Betriebsstätten	12	21	4	1	1	7	6	3	7	9	3	1	8	4	2	2	7	98
Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
– davon nachvollziehbar begründet													1	1				2
– davon nicht nachvollziehbar begründet													0	0				0
Ärzte mit anlassbezogener Stichprobenprüfung (Anlage 1, Nr. 10.2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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



# NEUROPSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE

✓ 261 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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

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

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

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

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

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

**BERATUNG:** ab 1. Juli 2022 gilt: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



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

2) 3) 4)

## ✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte / Psychotherapeuten <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	28	46	7	4	2	10	33	6	23	27	9	4	7	2	16	5	17	246
Ärzte / Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	29	50	7	7	3	11	34	6	23	25	10	5	10	2	17	5	17	261
– Anzahl neu erteilter Genehmigungen	1	4	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	3	0	1	0	0	14

## ☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

abrechnende Ärzte / Psychotherapeuten	22	0	7	7	0	10	0	6	13	k.A.	0	5	6	2	10	4	0	92
geprüfte Ärzte / Psychotherapeuten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0
überprüfte Dokumentationen gemäß § 4 Abs. 4 (Einzelbewertung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0
Stellungnahmen gem. § 4 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gem. § 4 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 4 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0

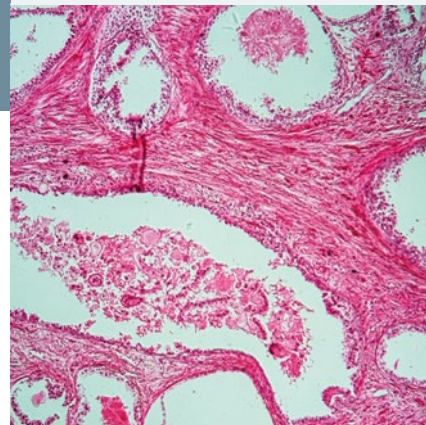
<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> KV hat keine QS-Kommission eingerichtet. <sup>3)</sup> Dokumentationsprüfung ausgesetzt. <sup>4)</sup> Aktuell finden keine Dokumentationsprüfungen statt, da die Anzahl der Genehmigungsinhaber zu niedrig ist.

# ONKOLOGIE

- ✓ 4.102 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 376 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 7.520 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**  
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
- 3.434 **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: 01.01.2024



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

**KOLLOQUIUM:** gegebenfalls 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 30 (Anpassung zum 1. Januar 2024 auf 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 20 (Anpassung zum 1. Januar 2024 auf 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), 5), 6)	7)	7), 8), 9)	10), 11)			12)	12)		12), 13)	7)		12)	12)		12)		

**GENEHMIGUNGEN**

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	571	504	285	135	42	136	234	62	412	509	149	32	239	104	152	96	441	4.103
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	578	509	283	132	41	126	237	67	423	497	152	29	238	100	152	101	437	4.102
– darunter Ärzte in Neu- / Jungpraxen	k.A.	100	36	30	k.A.	7	26	8	12	69	0	2	k.A.	12	4	0	33	339
– darunter Ärzte in Praxen, die aus Sicherheitsgründen zugelassen wurden	0	12	228	3	k.A.	0	0	3	156	275	0	0	k.A.	0	1	0	437	1.115
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	53	76	14	12	3	9	32	6	35	66	19	2	19	7	5	13	50	421
– davon Genehmigungen	52	67	14	12	3	9	32	6	35	66	19	2	19	6	5	13	48	408
– davon Ablehnungen	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	13
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	0	0	1	6
– davon bestanden										1				2			1	4
– davon nicht bestanden										1				1			0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	8	0	1	2	0	16
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	1	3	16	15	0	14	k.A.	1	22	45	16	4	20	10	4	8	26	205

**DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN**

geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	45	41	22	11	4	12	18	67	43	38	14	3	k.A.	9	12	k.A.	37	376
– davon bestanden	39	k.A.	19	11	4	9	18	64	26	k.A.	11	3		8	12		27	251
– davon nicht bestanden	6	k.A.	0	0	0	3	0	3	17	k.A.	2	0		1	0		10	42

**PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**

Ärzte, welche die Nachweise gemäß § 7 Nr. 1.–3. erbracht haben	558	509	204	116	41	115	222	50	399	473	140	28	k.A.	14)	142	k.A.	437	3.434
--	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	----	-----	-----	-----	----	------	-----	-----	------	-----	-------

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Prüfungen zur Frequenzregelung und Fortbildung pandemiebedingt ausgesetzt. <sup>6)</sup> Dokumentationsprüfungen pandemiebedingt reduziert. <sup>7)</sup> Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. <sup>8)</sup> 11 Prüfungen zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen (15 Genehmigungen erst in 2022 erteilt). <sup>9)</sup> Genehmigungen RIK (Herzschrittmacherkontrolle und ICD) erfolgen in 2024. <sup>10)</sup> Modifizierung der Frequenzregelung: jährlich durchschnittlich 40 zu betreuende Patienten (Anwendungsvereinbarung zwischen der KVBB und den Krankenkassen vom 01.01.2010). <sup>11)</sup> Prüfungen der Fortbildungsnachweise noch nicht abgeschlossen. <sup>12)</sup> Vereinbarung auf Landesebene (Onkologie-Vereinbarung). <sup>13)</sup> Prüfungen zur Dokumentation und der Fortbildungsnachweise noch nicht abgeschlossen. <sup>14)</sup> Prüfungen der Fortbildungsnachweise pandemiebedingt noch nicht abgeschlossen.

# OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

✓ 4.121 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	458	638	244	96	50	130	300	77	393	546	192	52	189	104	134	83	400	4.086
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	470	649	248	94	50	129	309	76	403	545	195	52	185	100	135	81	400	4.121
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	26	140	35	6	4	8	61	1	31	51	21	1	18	4	6	4	42	459
– davon Genehmigungen	26	135	35	6	4	8	61	1	31	51	21	1	18	4	6	4	41	453
– davon Ablehnungen	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	31	8	0	9	k.A.	2	24	18	18	1	22	6	5	7	35	186

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

# PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

222 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

- AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Prüfung richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung; je Arzt oder Ärztin zehn Erstdokumentationen jährlich; nach Erfüllen der Anforderungen bei Prüfungen in zwei aufeinander folgenden Jahren: zweijährliches Prüfintervall; Aussetzen der Prüfungsverpflichtung bis 31. Dezember 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
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	21	36	15	6	3	7	7	7	31	19	8	8	19	5	14	3	42	251
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	20	30	15	6	3	4	6	7	27	18	8	8	16	5	11	3	35	222
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
neu		0	1															1
– davon Genehmigungen			1															1
– davon Ablehnungen			0															0
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 <sup>3)</sup>	1	0	1	0	0	2	k.A.	0	2	1	0	0	3	0	3	0	2	15

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

# PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

✓ 153 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

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

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

**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** Prüfung richtet sich auch auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung: alle zwei Jahre, mindestens zehn Prozent der Ärzte und Ärztinnen, zehn Prozent der Fälle insgesamt, je Arzt oder Ärztin höchstens zehn Fälle; Aussetzen der Prüfungsverpflichtung bis 31. Dezember 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
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	12	36	9	3	1	2	4	4	13	21	3	4	8	2	5	1	31	159
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	12	32	8	3	1	3	4	4	14	21	3	4	8	2	4	1	29	153
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	0	13	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	2	20
– davon Genehmigungen		7				1			3			1					2	14
– davon Ablehnungen		6				0			0			0					0	6
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 <sup>3)</sup>	0	0	1	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	5

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



# › POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE PET UND PET/CT

✓	253	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	109	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	1.308	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) <small>Schätzung auf Grundlage der Vorgaben</small>
📄	95	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

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

**KOLLOQUIUM:** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei definierten 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: 05.10.2021

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



► POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE PET UND PET/CT

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

4), 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	14	28	18	7	8	6	11	4	20	26	2	4	11	15	1	11	51	237
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	17	30	18	9	8	6	12	4	21	27	4	2	14	17	1	12	51	253
abrechnende Ärzte	11	30	16	9	7	5	7	2	21	19	3	2	13	13	1	8	32	199
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1 <sup>2)</sup>	4	19	1	0	0	0	7	0	2	31	3	0	3	2	0	1	43	116
neu	4	5	1				1		0	3	3		3	2		1	43	66
– davon Genehmigungen	4	5	1				1			3	3		3	2		1	42	65
– davon Ablehnungen	0	0	0				0			0	0		0	0		0	1	1
erneut gemäß § 7 Abs. 4	0	0	0				0		0	0	0		0	0		0	0	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	0	24	0	2	0	1	0	0	18	28	0	0	0	0	0	0	0	73
neu		8		2		1			1	1								13
– davon Genehmigungen		8		2		1			1	1								13
– davon Ablehnungen		0		0		0			0	0								0
erneut gemäß § 7 Abs. 4		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	0	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	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
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0	0	0	0	6
– davon bestanden									2				4					6
– 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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	1	0	0	1	k.A.	0	0	2	2	2	0	0	0	0	6	14

⊞ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

insgesamt geprüfte Ärzte gemäß § 8	0	12	4	3	0	3	7	0	16	16	0	0	7	2	1	3	0	74
– davon bestanden		11	3	3		1	7		14	k.A.			7	2	1	3		52
– davon nicht bestanden		1	1	0		2	0		2	k.A.			0	0	0	0		6
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1 (24 Monate)	0	0	0	1	0	0	6	0	12	k.A.	0	0	6	0	1	3	0	29
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	0	0	0	2	0	0	0	0	4	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	6

📁 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	0	7	12	7	0	4	8	0	14	k.A.	4	2	8	0	1	1	25	93
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	0	0	2	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	2
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	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Neu beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1: zuzüglich 15 Genehmigungserweiterungen und eine Gerätebestätigung. <sup>6)</sup> Nächste Prüfungen der Fortbildungsnachweise in 2024. <sup>7)</sup> Beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1: davon 6 Änderungsanträge. <sup>8)</sup> Dokumentationsprüfungen und Prüfungen der Fortbildungsnachweise noch nicht abgeschlossen. <sup>9)</sup> Letzte Dokumentationsprüfungen in 2021. <sup>10)</sup> Dokumentationsprüfungen erst 2024, da Umbesetzung der Kommission in 2023. <sup>11)</sup> Beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1: enthalten sind Anträge aufgrund neu in den EBM aufgenommene Ziffern.

# 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: 01.10.2021

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

**AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten oder der Therapeutin

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

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



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>TEILNAHME AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN, -PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG <sup>1)</sup></b>																		
Psychologische Psychotherapeuten <sup>2)</sup>	2.877	3.779	2.341	519	394	1.057	2.561	296	1.857	3.477	970	291	1.039	435	659	375	2.251	25.178
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	941	1.317	409	192	88	208	623	106	718	923	305	74	311	161	185	158	704	7.423
Ärztliche Psychotherapeuten	883	1.156	504	124	77	235	512	83	408	819	235	61	179	51	206	80	396	6.009
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten	125	171	68	29	18	64	68	18	139	160	47	14	41	21	52	20	123	1.178
Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)	863	982	398	183	74	201	430	131	612	805	276	86	343	176	235	172	577	6.544

<sup>1)</sup> Quelle: Bundesarztregister, Stand: 31.12.2022. <sup>2)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

## ZULASSUNG ZUR BEHANDLUNG

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

## GUTACHTENVERFAHREN

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

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

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

Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben zum 1. Januar 2023 654 Gutachter und Gutachterinnen bestellt. 223 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen übernahmen erstmals diese Aufgabe. 431 Gutachter und Gutachterinnen wurden erneut bestellt. 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 2025 zu rechnen.

## GUTACHTENSTATISTIK

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

**Mehr Infos zur Psychotherapie und zum Gutachtenverfahren unter:**

➔ [www.kbv.de/psychotherapie](http://www.kbv.de/psychotherapie)

### › GUTACHTENVERFAHREN PSYCHOTHERAPIE

Berichtsjahr	Gutachter <sup>1)</sup>	(Zweit-)Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Teilbefürwortung der Anträge in %
<b>ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE</b>				
2021	251 Gutachter – davon 60 für Kinder und Jugendliche	17.698 Gutachten – davon 5.352 für Kinder und Jugendliche	2,8	11,6
	– davon 23 für Zweitgutachten	328 Zweitgutachten	12,8	27,1
2022	239 Gutachter – davon 56 für Kinder und Jugendliche	14.727 Gutachten – davon 4.059 für Kinder und Jugendliche	2,6	10,2
	– davon 21 für Zweitgutachten	206 Zweitgutachten	16,5	35,0
<b>SYSTEMISCHE THERAPIE SEIT 01.07.2020</b>				
2021	39 Gutachter	204 Gutachten	2)	2)
	– davon 2 für Zweitgutachten	0 Zweitgutachten	2)	2)
2022	37 Gutachter	718 Gutachten	3,5	10,0
	– davon 2 für Zweitgutachten	6 Zweitgutachten	16,7	16,7
<b>TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE</b>				
2021	349 Gutachter – davon 89 für Kinder und Jugendliche	65.997 Gutachten – davon 11.333 für Kinder und Jugendliche	1,9	5,9
	– davon 26 für Zweitgutachten	632 Zweitgutachten	18,7	22,3
2022	336 Gutachter – davon 83 für Kinder und Jugendliche	57.244 Gutachten – davon 9.801 für Kinder und Jugendliche	2,0	6,6
	– davon 24 für Zweitgutachten	448 Zweitgutachten	17,6	28,6
<b>VERHALTENSTHERAPIE</b>				
2021	195 Gutachter – davon 55 für Kinder und Jugendliche	121.356 Gutachten – davon 19.848 für Kinder und Jugendliche	3,1	9,2
	– davon 40 für Zweitgutachten	1.678 Zweitgutachten	19,7	27,1
2022	185 Gutachter – davon 51 für Kinder und Jugendliche	108.924 Gutachten – davon 18.509 für Kinder und Jugendliche	3,2	8,5
	– davon 37 für Zweitgutachten	1.386 Zweitgutachten	21,3	28,9

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Auf eine Auswertung der Nicht- und Teilbefürwortungsquoten wird aufgrund der noch zu geringen Auftragszahlen verzichtet.

# › RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

✓	3.214	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	310	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	6.111	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📄	1.493	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

**AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen; im zutreffenden Fall Vorgaben gemäß Anhang 1 der Anlage 31 BMV-Ä sowie weitere organisatorische Voraussetzungen

**KOLLOQUIUM:** bei erfolglosem Stellungnahmeverfahren in Folge Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung Kolloquium zu den konkreten Fällen; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

**FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL:** Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von mindestens 20 Fortbildungspunkten innerhalb 24 Monaten

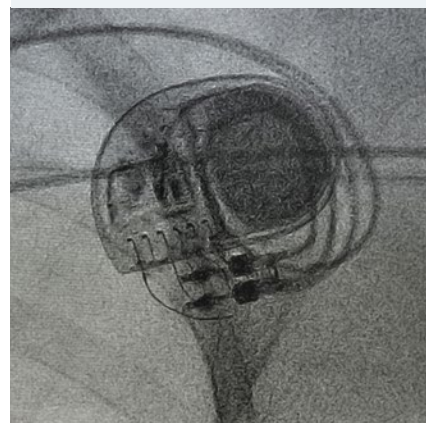
**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährliche Prüfung von mindestens 15 Prozent der Ärzte und Ärztinnen; Dokumentationen von 20 nach dem Zufallsprinzip ausgewählten abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patientinnen und Patienten

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



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)							5)						7)		

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	14	29	8	0	0	2	1	3	7	6	0	4	2	5	7	6	8)	94
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	15	20	8	0	0	2	0	3	7	6	0	4	3	4	7	5	8)	84
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		9
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	5	3											1					9
– davon Ablehnungen	0	0											0					0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0	0	0	0	0		1	0	0	0	0		1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	2	0	0			7	k.A.	0	0	0		0	0	0	0	0		9
abrechnende Ärzte	15	21	8			2	0	3	3	4		6)	3	4	5	4	8)	72

📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0	18	8			2		2	0	k.A.		4	1	0	7	k.A.		42
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	2	0			0		1	0	k.A.		0	0	0	0	k.A.		3
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	2			0		0	0	0		1	1	0	0	1		6
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9		20	40									20	20			20		120
davon ohne Beanstandungen		20	40									8	20			20		108
davon mit Beanstandungen		0	0									12	0			0		12
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3												12						12
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung gemäß § 9 Abs. 3												0						0
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden												1						1
Kolloquien																		
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0			0		0	0	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)			5)					7)							

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE UND ICD

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	4	8	0	1	0	1	0	3	4	3	0	4	1	4	3	4	8)	41
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	6	8	1	1	0	0	0	4	2	4	0	3	2	5	2	4	8)	42
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	2	3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0		9
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	2	3	1					1		1			1					9
– davon Ablehnungen	0	0	0					0		0			0					0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0		0		0	0	0		0	0	0	0	0		0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	0	0		0		1	0	0		1	0	0	1	0		3
abrechnende Ärzte	5	6	0	1		1		4	5	3		6)	2	5	2	4	8)	38

📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0	4	0	1		1		4	0	k.A.		3	0	0	2	k.A.		15
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	0	0	0		0		0	0	k.A.		0	0	0	0	k.A.		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	0	2	0	0		0		0	0	0		1	0	0	0	1		4
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9		40										20				20		80
davon ohne Beanstandungen		36										18				14		68
davon mit Beanstandungen		4										2				6		12
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3		4										2				6		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	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) 9) 10) 11) 5), 12), 13) 7), 14)

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE, ICD UND CRT

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	392	520	107	79	39	65	256	57	295	360	167	23	148	75	95	54	293	3.025
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	395	535	110	86	39	69	263	59	310	363	176	23	145	82	98	55	280	3.088
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	30	110	16	7	2	7	65	3	36	66	30	4	5	8	9	4	31	433
– davon Genehmigungen (erstmals erteilt, auch gemäß § 12)	30	108	16	7	2	7	65	3	35	22	30	4	5	8	9	3	30	384
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	6
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	13	0	0	7	k.A.	1	17	19	17	4	8	1	6	2	34	129
abrechnende Ärzte	366	518	90	69	38	66	215	41	285	347	159	6)	133	82	95	52	233	2.789

📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	13	412	89	79	38	48	165	49	0	k.A.	165	15	5	0	79	k.A.	231	1.388
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	13	18	1	0	1	0	0	10	0	k.A.	0	0	0	0	0	k.A.	2	45
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	16	58	12	13	6	10	0	10	38	45	19	3	23	0	15	9	23	300
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9	320	1.160	240	260	120	200		200	760	837	380	60	434		300	180	460	5.911
davon ohne Beanstandungen	311	1.131	237	220	41	188		179	641	823	358	60	410		290	159	300	5.348
davon mit Beanstandungen	9	29	3	40	79	12		21	119	14	22	0	24		10	21	160	563
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3	9	29	3	0	76	12		21	119	9	16		24		10	21	158	507
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0	40	6	0		0	49	9	15		0		0	0	2	121
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	2	0	2	2	6	1	0	0	11	0	1	0	1	0	1	1	11	39
Kolloquien																		
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Prüfungen der Fortbildungsnachweise in 2024. <sup>6)</sup> Es haben abgerechnet: Herzschrittmacher: 30 Ärzte; ICD: 24 Ärzte; CRT: 20 Ärzte; ICD telemed.: 5 Ärzte; CRT telemed.: 2 Ärzte. <sup>7)</sup> Prüfungen der Fortbildungsnachweise erst ab 2023. <sup>8)</sup> Keine Differenzierung der Genehmigungsinhaber und der abrechnenden Ärzte nach Genehmigungsarten. <sup>9)</sup> Prüfumfang der Fortbildungsnachweise reduziert (wegen 7 Erstgenehmigungen). <sup>10)</sup> Dokumentationsprüfungen und Kolloquien noch nicht abgeschlossen. <sup>11)</sup> Pandemiebedingte Aussetzung der Dokumentationsprüfungen. <sup>12)</sup> Dokumentationsprüfungen Herzschrittmacherkontrolle, ICD und CRT: 46 Prüfungen noch nicht abgeschlossen. <sup>13)</sup> Beschiedene Anträge (Genehmigungen Herzschrittmacherkontrolle, ICD und CRT): davon 42 Genehmigungen wegen Statuswechsel. <sup>14)</sup> Beschiedene Anträge: 1 Arzt Erweiterung der Genehmigung für ICD und CRT.

# SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

✓ 5.831 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

§

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2021	593	944	213	112	42	124	326	90	450	995	289	52	231	108	182	98	615	5.464
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2022	644	1.019	240	123	45	129	363	92	478	997	310	56	252	117	194	108	664	5.831
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	575	949	222	96	43	119	327	85	414	922	287	49	247	98	156	103	572	5.264
– davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	60	70	18	26	2	10	35	4	47	71	22	7	5	19	35	5	91	527
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	9	0	0	1	0	0	1	3	17	4	1	0	0	0	3	0	1	40
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	60	220	37	10	4	18	85	4	59	251	39	5	29	18	21	13	107	980
– davon Genehmigungen	60	201	35	10	4	17	85	4	59	251	39	5	29	17	20	13	106	955
– davon Ablehnungen	0	19	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	25
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 <sup>3)</sup>	0	0	8	0	0	12	k.A.	1	18	46	18	1	13	8	8	4	62	199

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

# > SCHMERZTHERAPIE

- ✓ 1.400 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 180 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 2.160 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)  
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

§

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

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

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

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

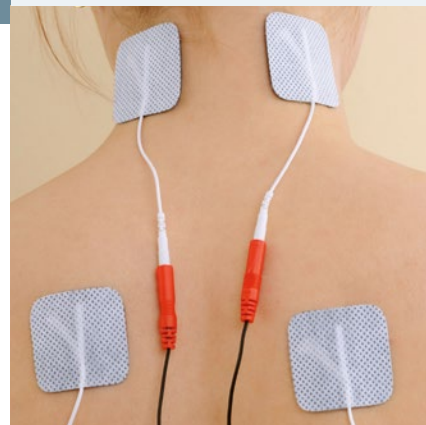
**KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** mindestens halbjährliche Information über den Behandlungsverlauf an den Hausarzt oder die Hausärztin; Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen; konsiliarische Beratung der kooperierenden Ärzte und Ärztinnen; schmerztherapeutische Einrichtungen: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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

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



► SCHMERZTHERAPIE

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

4), 5) 6) 7) 8)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	170	207	94	77	14	34	93	36	78	153	70	19	95	40	43	34	109	1.366
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	176	210	96	74	12	34	104	36	79	161	70	20	101	37	44	33	113	1.400
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	37	62	79	5	0	3	26	4	17	33	7	1	13	1	6	2	22	318
neu (erstmals)	21	43	9	5		2	13	3	5	24	4	1	11	1	6	0	22	170
– davon Genehmigungen	19	36	6	5		2	13	3	5	17	4	1	11	1	6		22	151
– davon Ablehnungen	2	7	3	0		0	0	0	0	7	0	0	0	0	0		0	19
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
neu (wegen Statuswechsel u. ä.)	16	19	6	0		1	13	1	12	9	3	0	2	0	0	2	0	84
– davon Genehmigungen	16	19	6			1	13	1	12	9	3		2			2		84
– davon Ablehnungen	0	0	0			0	0	0	0	0	0		0			0		0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 4	2	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	8
– davon bestanden	1						1			2							2	6
– davon nicht bestanden	1						0			1							0	2
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	2	6	1	0	0	3	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	17
– davon bestanden		0	5	1			3				1		4					14
– davon nicht bestanden		2	1	0			0				0		0					3
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon ohne Beanstandungen								2										2
– davon mit Beanstandungen								0										0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 10 Abs. 2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	6	1	4	8	0	5	k. A.	3	16	9	7	0	4	1	5	2	16	87

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7 Abs. 2 (fakultativ)

geprüfte Ärzte	6	0	7	0	0	21	0	8	3	0	0	8	0	0	9	3	0	65
– davon Anforderungen erfüllt	6		7			21		8	3			8			9	3		65
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0		0			0		0	0			0			0	0		0

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

geprüfte Ärzte	11	33	7	2	2	4	9	5	9	3	3	0	9	3	2	3	10	115
– davon Anforderungen erfüllt	11	9	7	2	0	4	9	3	6	2	1		7	3	2	3	6	75
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0	7	0	0	0	0	0	2	3	1	2		2	0	0	0	4	21
geprüfte Dokumentationen	132	192	7	24	6)	48	108	60	108	26	36	0	108	34	24	36	120	1.063
– davon ohne Beanstandungen	120	141	7	24		43	108	45	79	24	13		101	32	17	36	72	862
– davon mit Beanstandungen	12	51	0	0		5	0	15	29	2	23		7	2	7	0	48	201
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	1	7	4	0	k. A.	1	0	2	3	1	2	0	1	0	7	0	0	29
– davon ohne Beanstandungen	1	3	4			1		2	3	0	2		0		7			23
– davon mit Beanstandungen	0	4	0			0		0	0	1	0		1		0			6
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	0	2	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
– davon ohne Beanstandungen		2											0	1				3
– davon mit Beanstandungen		0											1	0				1
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Umfang der Dokumentationsprüfungen und Prüfungen der Fortbildungsverpflichtung pandemiebedingt reduziert. <sup>6)</sup> Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. <sup>7)</sup> Nachweispflicht 2022 ausgesetzt. <sup>8)</sup> Überprüfung der Nachweispflicht pandemiebedingt verschoben.

# SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG sQS

Oftmals werden im ambulanten und stationären Sektor dieselben medizinischen Leistungen erbracht. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist deshalb per Gesetzgebung verpflichtet, neben den bereits bestehenden sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahren sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) auf den Weg zu bringen.

Seit dem 1. Januar 2019 sind die Abläufe der sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) geregelt.

Die bereits laufenden sektorenübergreifenden Verfahren „perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ und „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“, wurden nahezu unverändert in die DeQS-RL überführt. 2020 kam das Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen, einschließlich Pankreastransplantation (QS NET)“ hinzu, um die bis dahin geltenden sektorspezifischen Regelungen zur Dialyse und Transplantation zusammenzuführen.

Die meisten der 15 Verfahren nach DeQS-RL beziehen sich auf den stationären Sektor. Dies ist im Wesentlichen dadurch bedingt, dass 2021 die Richtlinie über „Maßnahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) in die DeQS-RL integriert worden ist. Neue Verfahren sollen möglichst sektorenübergreifend ausgerichtet sein, aber auch ein rein ambulantes Verfahren zur Psychotherapie steht an.

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

Ein Instrument ist die fallbezogene Dokumentation in den Arztpraxen und Krankenhäusern für Zwecke der Qualitätssicherung. Hierfür stehen verfahrensspezifische Softwaremodule bereit. Die in der Richtlinie verankerten Datenflüsse stellen sicher, dass die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit eingehalten werden.

Zudem stützen sich die QS-Verfahren auf Sozialdaten der Patientinnen und Patienten, die bei den Krankenkassen vorliegen. 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.

LANDEsarBEITs-  
GEMEINsCHAFT LAG

› BETEILIGUNG BEI  
FACHKOMMISSIONEN  
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 –  
BETEILIGUNG VON ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN SOWIE  
PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN

Um Kenntnis über vom Behandlungsfall unabhängige Strukturen und Prozesse einer Arztpraxis oder eines Krankenhauses zu erlangen, sind Einrichtungsbefragungen möglich. Dieses Erhebungsinstrument wird zum Beispiel im Verfahren QS WI eingesetzt. Wie bei der fallbezogenen Dokumentation und der Übermittlung von Sozialdaten gilt, dass die Einrichtungen qua Gesetz verpflichtet sind, die Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung bereitzustellen. Eine Widerspruchsmöglichkeit der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Weitergabe der sie betreffenden Daten existiert nicht.

2022 startete die erste Patientenbefragung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung (siehe QS PCI), um eine Rückmeldung der Patientinnen und Patienten zu ihren Behandlungserfahrungen einzuholen. Die Ergebnisse der anonymisiert erhobenen und ausgewerteten Daten werden den Ärztinnen und Ärzten auf Einrichtungsebene zurückgespiegelt.

## 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 (LAGen), 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 Landeskrankenhausesellschaft, die KV und die Krankenkassen auf Landesebene zusammengeschlossen, um vor Ort Maßnahmen zur Qualitätssicherung 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.

Mehr Infos unter:

➔ [www.kbv.de/html/sqs.php](http://www.kbv.de/html/sqs.php)

➔ <https://iqtig.org>



## PERKUTANE KORONARINTERVENTION UND KORONARANGIOGRAPHIE QS PCI

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

Das Verfahren stützt sich auf drei Datenquellen:

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

Seit dem 1. Juli 2022 findet im Verfahren QS PCI auch eine anonyme Befragung der Patientinnen und Patienten statt. 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 begleitet.

Alle Daten der Quellen werden von der Bundesauswertungsstelle zusammengeführt und ausgewertet. Auf dieser Basis erhalten die am Verfahren beteiligten Praxen und Krankenhäuser einen jährlichen Rückmeldebericht.

### ERGEBNISSE 2021

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den G-BA freigegeben und veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2022 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2021 beziehungsweise 2020 für die Ergebnisse, die auf Sozialdaten basieren, berücksichtigt werden.

Aktuell werden die Ergebnisse zu 13 auf fallbezogener Dokumentation basierender Indikatoren sowie sechs sozialdatenbasierten Indikatoren für Indexeingriffe durch das IQTIG veröffentlicht.

Für das Erfassungsjahr 2021 haben 266 kardiologische Praxen beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und 825 Krankenhäuser sowie 22 selektivvertragliche Ärztinnen und Ärzte Daten zu durchgeführten Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen geliefert. Die Auswertungsgrundlage beläuft sich auf 735.061 Datensätze, davon knapp 70.617 Datensätze von Vertragsärztinnen und -ärzten.

Ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte erbrachten 7,84 Prozent der erfassten Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen (PCI), Belegärztinnen und -ärzte 0,27 Prozent.

Die Abbildung 1 auf Seite 93 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 95,07 Prozent der Patientinnen und Patienten konnte 2021 durch den Eingriff mittels PCI ein normaler Blutfluss wiederhergestellt werden. Der Mindestwert oder Referenzbereich zeigt hierbei an, wie viel Prozent der gesamten Eingriffe mindestens das Qualitätsziel erreichen müssen, damit das Ergebnis einer Einrichtung nicht rechnerisch auffällig wird.

Die Abbildung 2 auf Seite 93 zeigt beispielhaft das Ergebnis des Indikators „Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmengen über 150 ml“ für das Erfassungsjahr 2021. Bei Qualitätsindikatoren, die die Kontrastmittelmengen messen, ist das Qualitätsziel immer, der Patientin oder dem Patienten so wenig Kontrastmittel wie möglich während des Eingriffs zu injizieren. Bei dem dargestellten Indikator sollen nach Möglichkeit weniger als 150 ml Kontrastmittel verabreicht werden. Das Bundesergebnis für das Jahr 2021 fällt auch hier positiv aus: Nur bei 4,76 Prozent aller Patientinnen und Patienten wurden mehr als 150 ml Kontrastmittel injiziert.

### PROZEDUREN NACH

#### LEISTUNGSERBRINGERGRUPPE / ERFASSUNGSJAHR 2021

		Isolierte Koronarangiographie	Isolierte PCI	Koronarangiographie mit nachfolgender PCI
Ambulant	VERTRAGSÄRZTE UND -ÄRZTINNEN	54.036	1.174	13.564
	KRANKENHAUS	37.054	49	989
Stationär	BELEGÄRZTE UND -ÄRZTINNEN	1.231	61	1.046
	KRANKENHAUS	370.589	23.037	264.260
SELEKTIVVERTRAGLICH TÄTIGE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN		1.691	43	544
DEUTSCHLAND (GESAMT)		464.601	24.364	280.403

## STELLUNGNAHMEVERFAHREN DER ERGEBNISSE 2020

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

ABBILDUNG 1  
QI „ERREICHEN DES WESENTLICHEN INTERVENTIONSZIELS BEI PCI“

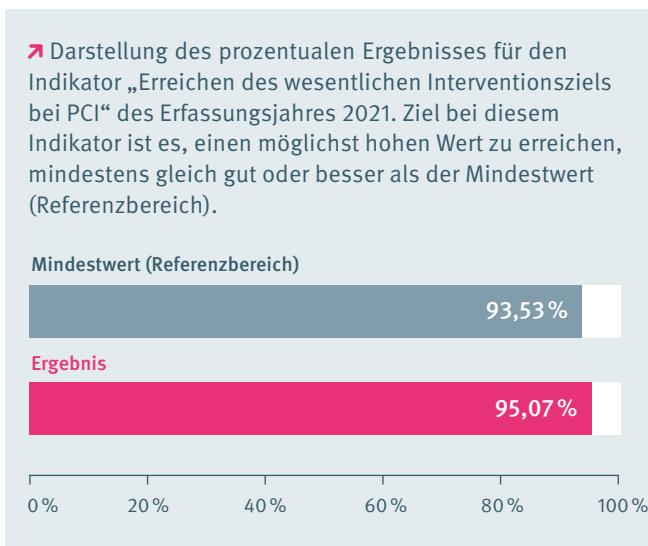
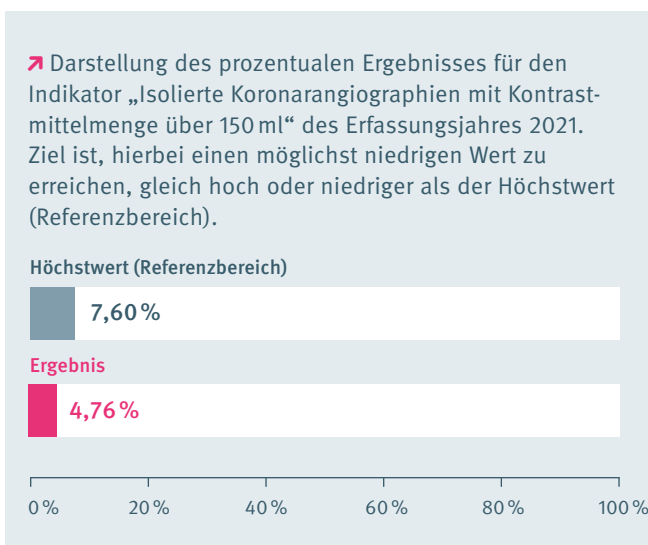


ABBILDUNG 2  
QI „ISOLIERTE KORONARNANGIOGRAPHIEN MIT KONTRASTMITTELMENGE ÜBER 150 ML“



## ➤ VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN – POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN QS WI

Am 1. Januar 2017 starteten die beiden Abschnitte des zweiten sektorenübergreifenden Verfahrens „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 Initialeingriff erfolgt ist. Somit werden Wundinfektionen ohne QS-Dokumentation im ambulanten Bereich auch sektorenübergreifend zurückverfolgt, zurückgespiegelt und können gegebenenfalls zu Qualitätssicherungsmaßnahmen führen.

Aufgrund der langen Datenlieferfristen der Sozialdaten können die ersten Auswertungen zu gegebenenfalls aufgetretenen postoperativen Wundinfektionen den jeweiligen Operateurinnen und Operateuren erst nach circa zwei Jahren zurückgemeldet werden.

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 zunächst eine Erprobungs- Richtlinie auf den Weg gebracht, die für einen Zeitraum von sieben Jahren gilt. 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 2021

Die Vollzähligkeit der Datensätze (Praxen, MVZ, ermächtigte Ärzte und Ärztinnen, Krankenhäuser ambulant) der ambulanten Einrichtungsbefragung lag für das Erfassungsjahr 2021 bei circa 76 Prozent. Für die Datensätze der stationären Einrichtungsbefragung (Belegärzte und -ärztinnen, Krankenhäuser stationär) lag die Vollzähligkeit bei 66 Prozent.

Die 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 2021 für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein Wert von 70,07 von 100 Punkten erreicht. Der Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ erreicht ein Ergebnis von 73,10 von 100 Punkten.

Aufgrund des anhaltenden Überarbeitungsbedarfs in diesem Verfahren und der mangelnden Vergleichbarkeit werden in diesem Bericht für das Erfassungsjahr 2021 keine detaillierteren Ergebnisse der einzelnen Indikatoren im Einrichtungsvergleich (ambulant Vertragsärzte und -ärztinnen – ambulant am Krankenhaus; stationär Belegärztinnen und -ärzte – stationär am Krankenhaus) dargestellt.

Insgesamt ergibt sich bundesweit betrachtet jedoch auch für das fünfte Erfassungsjahr sowohl für die Vertragsärzte und -ärztinnen als auch für die Krankenhäuser, ein Potenzial zur Qualitätsförderung in folgenden Themenbereichen:

- › Vorhalten einer Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe
- › Vorhalten einer Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie
- › Geeignete Haarentfernung vor operativen Eingriffen
- › Teilnahme an Informationsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

## ERGEBNISSE ZU DEN NOSOKOMIALEN POSTOPERATIVEN WUNDINFEKTIONEN AUS DEM ERFASSUNGSJAHR 2020

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 Ergebnisse der Wundinfektionsraten aus dem Erfassungsjahr 2020 zeigen keinen Vergleich innerhalb des ambulanten Sektors (vertragsärztliche Einrichtungen und ambulante Einrichtungen am Krankenhaus) und innerhalb des stationären Sektors (stationäre Einrichtungen am Krankenhaus und Belegärzte beziehungsweise -ärztinnen). Im Bundesdurchschnitt liegen die verursachten Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) bei 0,1 Prozent und stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) bei 1,19 Prozent.

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

Da jedoch das IQTIG bislang keine Risikoadjustierung vorgenommen hat, ist sowohl die Aussagekraft der Ergebnisse als auch die Vergleichbarkeit des stationären und ambulanten Sektors nur eingeschränkt beurteilbar. Des Weiteren sind in der stationären Wundinfektionsrate ausschließlich die Krankenhäuser – und nicht wie vorgesehen auch die Belegärzte und -ärztinnen – abgebildet.

## 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 Linktips und passgenaue Musterdokumente, die spezifisch auf die Anforderungen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zielen. Des Weiteren bietet die KBV auf ihrer sQS-Webseite zwei zertifizierte Fortbildungen an: Eine Fortbildung im Fortbildungsportal (siehe Seite 17) der KBV behandelt den Themenkomplex „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“. Eine zweite Online-Fortbildung erläutert kurz und verständlich die aktuelle Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur „Prävention postoperativer Wundinfektionen“. Entwickelt wurde die Fortbildung von der KBV und dem „Kompetenzzentrum für Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV“.



### Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene sQS-Wundinfektion



## SERVICEANGEBOTE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG AUF DER KBV-WEBSEITE

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

Mehr Infos unter:

➔ [www.kbv.de/html/themen\\_26421.php](http://www.kbv.de/html/themen_26421.php)

## › NIERENERSATZTHERAPIE BEI CHRONISCHEM NIEREN- VERSAGEN EINSCHLIEßLICH PANKREASTRANSPANTATIONEN 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 Pankreastreansplantation“ in ein neues sektorenübergreifendes Verfahren zur Qualitätssicherung der Nierenersatztherapie überführt. In den Startjahren 2020 und 2021 ging es zunächst darum, das Verfahren in der Versorgung zu etablieren, Probleme zu identifizieren und zu lösen sowie die Voraussetzungen für einen reibungslosen softwarebasierten Datenfluss zu schaffen.

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

Ziel des Verfahrens ist es, die Kooperation zwischen Dialyseinrichtungen und Transplantationszentren zu fördern sowie die Rate an Komplikationen, Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen von Dialyse und Organtransplantation zu verringern. Datenquellen der Qualitätsindikatoren sind zum einen die fallbezogenen Dokumentationen der 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 IQTIG bisher erhobene Datengrundlage zur Dialyse weist noch zu klärende Unstimmigkeiten auf. Daher wurden für die Erfassungsjahre 2021 und 2022 keine Ergebnisse der Qualitätsmessung veröffentlicht. Erste aussagekräftige Ergebnisse für die Dialyse werden infolgedessen erst für das Erfassungsjahr 2023 erwartet.

Als weitere Datenquelle steht voraussichtlich ab 2025 eine Patientenbefragung für den Einsatz im QS-Verfahren zur Verfügung.

## AUSBLICK sQS

Bereits seit dem Jahr 2012 beschäftigt sich der G-BA intensiv mit psychischen Erkrankungen und strebt eine Verbesserung der Versorgung und eine Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in diesem Bereich an. Seit 2014 wird an einem **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 erstellt durch das IQTIG.

Am 31. März 2022 hat das IQTIG den Abschlussbericht zur Machbarkeitsprüfung an den G-BA übergeben. Empfehlungen für die Software-Spezifikation wurden dem G-BA 2023 vorgelegt. Mit einer flächendeckenden Ausrollung des QS-Verfahrens zur Schizophrenie kann frühestens ab 2026 gerechnet werden.

Für die **ambulante psychotherapeutische Versorgung** hat der G-BA am 18. Januar 2024 ein QS-Verfahren für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren beschlossen. Für die Qualitätssicherung sollen zukünftig alle Kurz- oder Langzeittherapien in einem der vier Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Systemische Therapie) betrachtet werden. Das QS-Verfahren beinhaltet eine fallbezogene Dokumentation durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten und eine Patientenbefragung. Das QS-Verfahren soll zunächst ab 2025 sechs Jahre lang regional in Nordrhein-Westfalen erprobt werden, bevor es bundesweit ausgerollt werden soll. Aufgrund dieser Erprobung ist mit einer bundesweiten Umsetzung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie nicht vor dem Jahr 2031 zu rechnen.

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.

Dadurch entstehen Synergieeffekte, weil ein Teil der Daten, die die Arztpraxen und Krankenhäuser an die Krebsregister senden, nun auch unter dem Blickwinkel und den Möglichkeiten der externen Qualitätssicherung betrachtet werden kann. Für die Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies, dass sie im Unterschied zu den bereits laufenden QS-Verfahren keine zusätzliche Dokumentation für die Qualitätssicherung bereitstellen müssen. Zu dem methodisch anspruchsvollen Vorgehen haben die KBV und andere berechnigte Organisationen im Frühjahr 2021 im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens beim IQTIG Stellung genommen. Mit einem Verfahrensstart ist ab 2025 zu rechnen. Aktuell wird eine Patientenbefragung entwickelt, welche 2026 starten soll.

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

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



# SOZIALPSYCHIATRIE

976 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**



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

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

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

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

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



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	85	152	61	25	11	49	53	11	127	159	42	7	24	14	34	19	91	964
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	79	152	63	26	11	54	51	11	128	160	42	7	26	13	39	19	95	976
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	11	25	5	2	1	7	4	0	12	10	7	0	3	2	8	1	15	113
– davon Genehmigungen	11	24	5	2	1	7	4		12	10	6		3	2	8	1	15	111
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0		0	0	1		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 <sup>3)</sup>	0	6	3	1	1	8	k.A.	0	7	9	6	0	1	3	3	0	12	60

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

# SOZIOThERAPIE

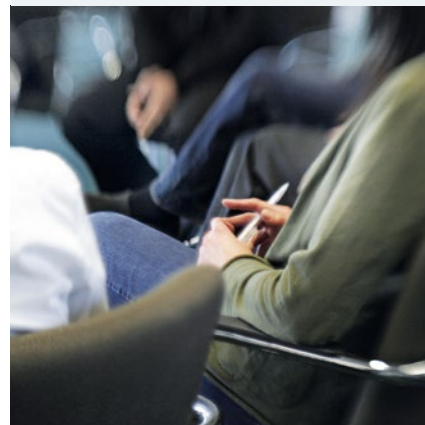
✓ 3.799 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



**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: 01.04.2021

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

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



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2021	595	349	254	39	95	71	140	62	112	335	264	98	322	154	104	35	289	3.318
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2022	606	398	267	39	96	87	169	75	116	472	286	112	372	150	126	38	390	3.799
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	41	92	34	3	11	27	42	16	16	149	36	15	61	19	29	7	155	753
– davon Genehmigungen	41	92	34	3	11	27	42	16	15	149	36	15	61	19	27	7	136	731
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	19	22
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 <sup>3)</sup>	0	43	21	3	1	13	k. A.	3	2	12	14	1	13	3	5	3	30	167

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



# › SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK

✓ 438 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

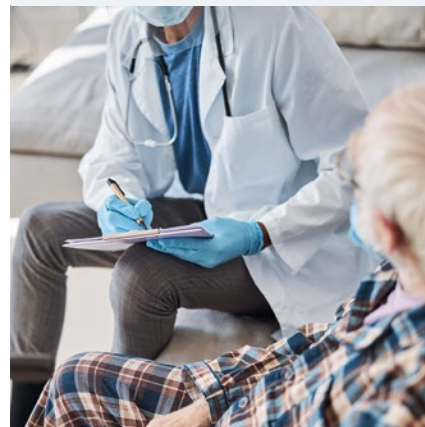
**AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben  
**KOLLOQUIUM:** bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

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

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

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

**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** Evaluation auf Basis von Routinedaten



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	34	80	18	7	5	9	19	8	20	38	85	8	11	12	24	6	40	424
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	32	81	18	7	8	8	22	8	20	43	84	8	19	12	20	8	40	438
Institutsambulanzen mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	21	12	0	2	0	10	0	0	5	3	0	0	5	0	1	0	6	65

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

# SPEZIAL-LABOR

✓ 10.156 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

1.370 **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

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

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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

**FORTBILDUNG / QUALITÄTSSCHULUNG:** 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)				6)	4)	7)	8), 9)						10)		11), 12)	

## ✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1.240	1.860	703	171	116	336	602	142	936	1.519	510	187	483	151	260	133	1.077	10.426
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.224	1.803	714	194	114	327	578	131	887	1.516	486	175	461	146	253	112	1.035	10.156
abrechnende Ärzte	1.051	1.431	409	163	99	275	444	76	874	1.000	334	99	328	121	206	98	807	7.815
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	90	351	158	28	10	29	26	10	104	51	42	70	19	16	7	10	94	1.115
davon Genehmigungen	87	295	158	28	10	29	26	10	104	39	42	65	15	16	7	9	89	1.029
– darunter erstmals erteilte Genehmigungen	48	175	40	16	10	9	13	3	48	38	15	4	14	11	7	5	71	527
davon Ablehnungen	3	56	0	0	0	0	0	0	0	12	0	5	4	0	0	1	5	86
Kolloquien (Antragsverfahren) gemäß § 3 Abs. 2	16	28	17	0	5	9	6	1	22	39	5	0	2	1	3	1	64	219
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	10
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	3	39	29	5	11	44	k.A.	8	97	41	66	12	36	21	15	22	249	698

## 1.370 ÜBERPRÜFUNG DER INTERNEN UND EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG § 5

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

überprüfte Ärzte gemäß § 5 Abs. 1	59	121	38	5	4	2	25	0	30	51	3	2	12	6	0	0	0	358
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5)	38	56	23	5	2	2	14		23	36	3	0	11	5				218
– davon mit Beanstandungen	0	6	0	0	0	0	0		0	3	0	0	1	0				10
– davon Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5	21	14	15	0	2	0	11		5	12	0	2	0	1				83
überprüfte Ärzte gemäß § 5 Abs. 3	130	164	70	18	18	45	33	3	143	51	40	10	72	21	28	14	152	1.012
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5)	111	125	54	10	18	4	25	0	105	31	27	7	6	14	7	11	81	636
– davon mit Beanstandungen	6	26	8	8	0	6	0	0	4	14	9	0	14	2	6	3	71	177
– davon Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5	13	13	8	0	0	33	8	3	24	6	4	3	52	5	15	0	0	187

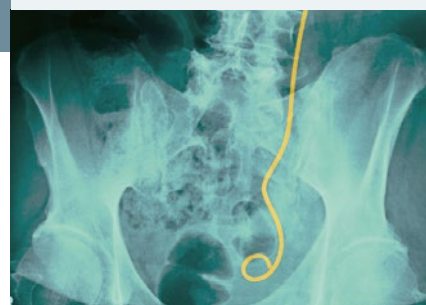
<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Prüfumfang pandemiebedingt modifiziert. <sup>5)</sup> Prüfungen bei 45 Ärzten (gemäß § 5 Abs. 1) noch nicht abgeschlossen. <sup>6)</sup> Prüfungen bei 2 Ärzten (gemäß § 5 Abs. 3) noch nicht abgeschlossen. <sup>7)</sup> Nur Auswahl von Ärzten nach § 5 Abs. 3 (Stichprobenprogramm). <sup>8)</sup> Prüfungen (gemäß § 5 Abs. 1): 1 Prüfung wurde ausgesetzt, 1 Arzt hat die Genehmigung zurückgegeben. <sup>9)</sup> Prüfungen (gemäß § 5 Abs. 3): 10 Ärzte haben die Genehmigung zurückgegeben. <sup>10)</sup> Überprüfung (gemäß § 5 Abs. 1): Unterlagen lagen schon bei Genehmigungserteilung vor. <sup>11)</sup> 240 beendete Einzelgenehmigungen aufgrund umfangreicher EBM-Änderungen zum Labor. <sup>12)</sup> Überprüfungen (gemäß § 5 Abs. 1) werden in der Stichprobenprüfung mitgeprüft.

# STOßWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

✓ 1.090 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

§

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



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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	151	246	4	9	21	16	62	13	121	153	56	24	23	24	29	13	122	1.087
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	152	243	5	9	21	16	60	12	117	171	55	24	23	23	29	13	117	1.090
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	8	25	1	0	1	0	6	0	4	18	2	7	0	0	2	0	5	79
– davon Genehmigungen	8	14	1		1		6		4	18	2	7			2		4	67
– davon Ablehnungen	0	11	0		0		0		0	0	0	0			0		1	12
Kolloquien (Antragstellung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	7	0	0	1	0	k.A.	1	4	0	3	2	0	0	2	0	12	32

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

# STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE

## KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK:

- ✓ 20.008 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 757 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 9.084 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**  
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

## COMPUTERTOMOGRAPHIE:

- ✓ 5.350 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 207 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 2.484 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**  
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

## OSTEODENSITOMETRIE:

- ✓ 1.382 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

## STRAHLENTHERAPIE:

- ✓ 1.283 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

## NUKLEARMEDIZIN:

- ✓ 1.246 **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: 01.01.2024

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



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

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

› **konventionelle Röntgendiagnostik (und Computertomographie bis Juli 2023):** gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

› **konventionelle Röntgendiagnostik (und Computertomographie bis Juli 2023):** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:**

› **konventionelle Röntgendiagnostik (und Computertomographie bis Juli 2023):** 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 (und Computertomographie bis Juli 2023):** jährliche Auswertung der Stichprobenprüfungen an G-BA

### BERATUNG:

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

## KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
4)																		
✓ <b>GENEHMIGUNGEN § 4 und § 5</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	2.573	3.127	750	438	269	477	1.369	412	1.985	2.648	912	308	941	467	650	504	2.172	20.002
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	2.621	3.120	810	429	275	480	1.329	402	1.986	2.669	918	307	926	457	673	497	2.109	20.008
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	386	7.590	73	33	25	65	353	13	299	364	160	46	69	22	57	32	581	10.168
– davon Genehmigungen	385	6.508	65	33	25	55	351	13	296	364	158	44	69	22	57	32	560	9.037
– davon Ablehnungen	1	1.082	8	0	0	10	2	0	3	0	2	2	0	0	0	0	21	1.131
Kolloquien (Antragsverfahren)	33	0	7	0	0	13	0	0	8	0	24	0	0	1	16	0	24	126
– davon bestanden	32		5			12			8		24			1	16		22	120
– davon nicht bestanden	1		2			1			0		0			0	0		2	6
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	6	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	9
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	84	5	42	31	35	k.A.	23	231	161	152	26	82	2	39	36	82	1.031

› 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
	5)	6)	5)		7)	8)		5)			5)				9)	10)		

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang																		
abrechnende Ärzte	2.557	3.007	642	308	243	444	1.118	331	1.826	2.648	792	223	843	332	602	410	1.727	18.053
geprüfte Ärzte	117	141	24	14	10	14	53	8	73	54	25	9	40	14	26	15	120	757
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	112	126	24	12	10	14	53	8	71	54	24	9	39	14	26	15	120	731
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	5	15	0	2	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	26
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	4,4	4,2	3,7	3,9	4,1	3,2	4,7	2,4	3,9	2,0	3,0	4,0	4,6	4,2	4,3	3,7	6,9	4,0
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	103	52	5	9	10	7	33	6	55	48	16	9	35	0	23	5	97	513
– geringe Beanstandungen	6	44	12	3	0	4	13	0	15	6	7	0	3	0	3	5	20	141
– erhebliche Beanstandungen	0	19	6	0	0	3	2	2	1	0	1	0	0	0	0	2	3	39
– schwerwiegende Beanstandungen	3	11	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	21
anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen	3	4		0					0		0		1					8
– geringe Beanstandungen	1	7		2					2		1		0					13
– erhebliche Beanstandungen	0	2		0					0		0		0					2
– schwerwiegende Beanstandungen	1	2		0					0		0		0					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	11	51	19	5	0	0	13	0	18	0	9	0	4	0	0	2	23	155
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	1	34	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	43
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0	34	1												0			35
– davon wegen Nichtbebringung angeforderter Dokumentationen	1	0	6												1			8
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
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	0	0	0	1

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. 5) Prüfumfang pandemiebedingt reduziert. 6) Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden. 7) Prüfungen noch nicht abgeschlossen. 8) Reduzierter Prüfumfang aufgrund technischer Probleme. 9) Stichprobenprüfungen noch nicht abgeschlossen aufgrund Neubenennung der Kommission zum Jahreswechsel. 10) 3 Routineprüfungen noch nicht abgeschlossen.

› COMPUTERTOMOGRAPHIE

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

✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 7

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	591	790	308	117	69	178	371	88	470	738	261	77	204	110	140	148	591	5.251
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	643	801	300	122	66	178	394	88	488	730	266	74	205	117	147	146	585	5.350
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	127	1.331	34	13	5	20	180	4	146	136	55	14	21	5	24	16	383	2.514
– davon Genehmigungen	127	1.198	34	13	5	19	178	4	145	136	54	14	21	5	22	16	365	2.356
– davon Ablehnungen	0	133	0	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	2	0	18	158
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	42	8	3	13	k.A.	4	102	48	49	10	20	3	16	16	30	364

☒ STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang

abrechnende Ärzte	604	718	217	106	59	172	380	88	519	527	239	66	196	112	105	135	406	4.649
geprüfte Ärzte	39	27	8	5	3	5	17	3	16	20	7	3	10	6	7	5	26	207
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	39	26	8	5	3	5	17	3	16	20	7	3	10	6	7	5	26	206
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	6,5	3,6	3,7	4,7	5,1	2,9	4,5	3,4	3,1	3,8	2,9	4,5	5,1	5,4	6,7	3,7	6,4	4,4

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	39	22	6	5	3	3	11	2	15	11	7	3	10	6	7	1	23	174
– geringe Beanstandungen	0	4	2	0	0	0	6	1	1	7	0	0	0	0	0	0	3	24
– erhebliche Beanstandungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	4
– schwerwiegende Beanstandungen	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen		1																1
– geringe Beanstandungen		0																0
– erhebliche Beanstandungen		0																0
– schwerwiegende Beanstandungen		0																0

Maßnahmen

Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung / Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	4	2	0	0	2	6	1	1	9	0	0	0	0	0	2	3	30
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Beschiedene Anträge: zuzüglich Anträge CT-Bestrahlungsplanung. <sup>6)</sup> Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden. <sup>7)</sup> Pandemiebedingte Reduzierung der Stichprobenprüfungen. <sup>8)</sup> Routineprüfungen noch nicht abgeschlossen.



OSTEODENSITOMETRIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
4)																		
<b>✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	167	156	64	38	22	16	104	12	92	122	109	21	113	27	17	43	203	1.326
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	203	160	70	38	22	13	107	13	94	111	114	21	116	30	19	41	210	1.382
abrechnende Ärzte	145	168	54	33	22	8	88	9	79	112	99	14	103	29	17	30	130	1.140
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	84	107	9	2	0	0	44	1	11	10	14	4	10	6	6	1	51	360
– davon Genehmigungen	84	46	9	2			44	1	11	10	14	4	9	6	3	1	48	292
– davon Ablehnungen	0	61	0	0			0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	3	68
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden	1	2																3
– 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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	3	2	0	1	k.A.	0	13	21	9	1	6	0	2	3	10	71

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

STRAHLENTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
4) 5)																		
<b>✓ GENEHMIGUNGEN § 9</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	176	177	71	27	15	32	78	24	120	168	65	22	58	32	28	38	146	1.277
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	183	170	73	29	15	32	87	25	117	164	66	20	58	31	30	36	147	1.283
abrechnende Ärzte	174	207	71	29	0	33	68	25	108	160	65	20	56	32	30	34	136	1.248
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	34	293	5	4	0	2	31	1	29	68	10	5	6	2	2	2	39	533
– davon Genehmigungen	33	258	5	4		2	30	1	29	68	10	5	6	2	2	2	37	494
– davon Ablehnungen	1	35	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	39
Kolloquien (Antragsverfahren)	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
– davon bestanden	2																1	3
– davon nicht bestanden	1																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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	3	2	0	2	k.A.	0	14	22	9	6	6	1	0	4	20	89

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden.

› NUKLEARMEDIZIN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)	5)																
<b>✓ GENEHMIGUNGEN § 10</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	167	205	64	26	20	35	91	24	117	187	75	16	42	26	27	35	137	1.294
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	164	195	59	24	20	37	86	25	113	176	76	13	42	28	29	34	125	1.246
abrechnende Ärzte	134	191	58	24	19	30	83	25	111	149	71	13	39	30	29	29	107	1.142
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	21	302	7	2	0	6	24	2	27	20	13	1	3	2	3	3	27	463
– davon Genehmigungen	21	267	7	2		6	23	2	27	20	13	1	3	2	3	3	27	427
– davon Ablehnungen	0	35	0	0		0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36
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 <sup>3)</sup>	0	0	12	4	2	4	k.A.	1	31	11	12	3	3	0	1	4	25	113

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden.

# › SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

- ✓ 2.974 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 1.784 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 🔍 5.075 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)



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

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

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

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen auf Verlangen der KV

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

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

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

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



› SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE		
	4), 5)				6), 7)				8)											
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																				
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	324	415	156	40	52	107	205	47	387	383	87	14	68	100	104	33	481	3.003		
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	360	418	164	38	51	95	195	50	383	386	87	15	75	105	96	22	434	2.974		
– abrechnende = aktive Ärzte (z. B. 3. Quartal 2022)	358	242	113	17	44	69	178	23	261	374	60	14	34	33	96	21	322	2.259		
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	20	59	8	4	1	10	23	3	53	97	6	1	8	5	5	5	35	343		
– davon Genehmigungen	20	58	8	4	1	9	23	3	51	96	6	1	8	5	4	4	35	336		
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	7		
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1		
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	9	0	0	6	2	12	k.A.	0	18	9	6	0	1	7	11	2	44	127		
Ärzte im Konsiliarverfahren	213	190	25	7	14	19	37	34	159	8	40	1	40	43	64	5	133	1.032		
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	2	0	0	1	1	0	1	11	0	0	0	0	0	0	2	21		
<b>📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 Abs. 3</b>																				
geprüfte Ärzte	173	208	17	4	40	57	130	16	151	698	24	14	18	12	51	13	158	1.784		
geprüfte Fälle	256	498	215	11	266	290	675	34	714	973	145	50	67	18	219	41	462	4.934		
– keine Beanstandungen	195	454	204	11	179	227	557	25	649	657	126	47	52	18	168	28	412	4.009		
– geringe Beanstandungen	31	21	10	0	50	32	85	9	48	219	0	3	12	0	37	7	21	585		
– erhebliche Beanstandungen	14	2	1	0	15	2	28	0	0	78	19	0	3	0	6	4	9)	172		
– schwerwiegende Beanstandungen	1	21	0	0	22	0	5	0	17	19	0	0	0	0	8	2	29	124		
<b>📄 2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 Abs. 11</b>																				
geprüfte Fälle	56	0	50	0	0	0	0	0	35	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	141		
– davon ohne Änderung der Behandlung	56		50						35									141		
– davon mit Änderung der Behandlung	0		0						0									0		

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. <sup>5)</sup> Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. Pandemiebedingte Reduzierung der Stichprobenprüfungen auf 0,5 % im 1. Quartal 2022. <sup>6)</sup> 2-Jahres-Überprüfungen: Diamorphinpatienten werden in der 2%-Stichprobe berücksichtigt. <sup>7)</sup> 29 Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. <sup>8)</sup> 2-Jahres-Überprüfungen erfolgen im Rahmen von § 8 Abs. 3. <sup>9)</sup> Beurteilungskategorie „erhebliche Beanstandungen“ wird nicht erfasst.

# TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ

✓ 513 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

**AKKREDITIERUNG:** 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
			4)				4)	5)	4)	4)	4)		4)			4)	4)	

## ✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	88	107	24	7	8	37	40	10	22	56	11	2	41	14	8	18	20	513
– abrechnende Ärzte (3. Quartal 2022)	16	25	11	4	3	2	8	3	6	56	1	0	23	10	4	5	8	185
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	88	125	25	7	1	37	40	10	22	58	11	2	41	14	8	18	19	526
– davon Genehmigungen	88	111	24	7	1	37	40	10	22	58	11	2	41	14	8	18	19	511
– davon Ablehnungen	0	14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Kolloquien (Antragsverfahren) gemäß § 8 Abs. 4	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 <sup>3)</sup>	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	3

## PATIENTEN

Mit Telemonitoring versorgte Patienten	k.A.	k.A.	0	36	k.A.	0	k.A.	174	k.A.	k.A.	0	k.A.	k.A.	k.A.	76	k.A.	k.A.	286
Mit intensiviertem Telemonitoring versorgte Patienten	k.A.	k.A.	0	0	k.A.	0	k.A.	3	k.A.	k.A.	0	k.A.	k.A.	k.A.	0	k.A.	k.A.	3

<sup>1)</sup> Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. <sup>2)</sup> Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. <sup>3)</sup> Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. <sup>4)</sup> Verpflichtung zur Einreichung der Jahresstatistik ab 01.01.2023. <sup>5)</sup> Mit Telemonitoring versorgte Patienten: 2. und 3. Quartal.

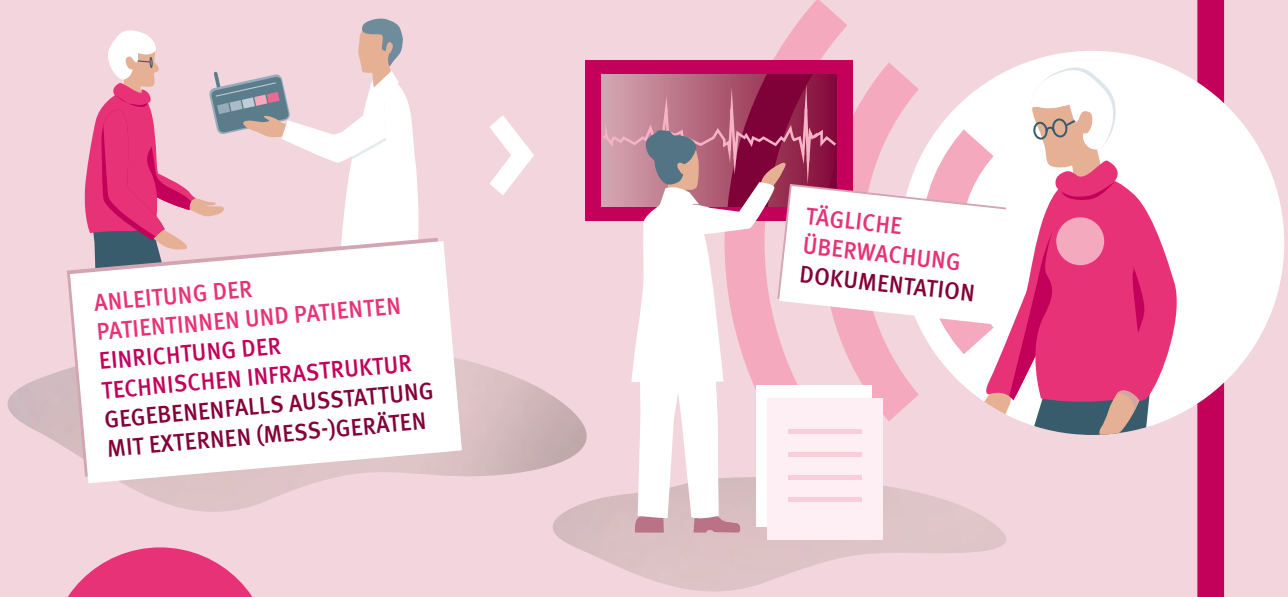
# FOKUS TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ



## PBA PRIMÄR BEHANDELNDE ÄRZTIN/ARZT



## TMZ TELEMEDIZINISCHES ZENTRUM



ERSTE QS  
MIT TELEMATISCHEM  
DATENMONITORING

KOOPERATIONSVEREINBARUNG



# ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

## ULTRASCHALLDIAGNOSTIK:

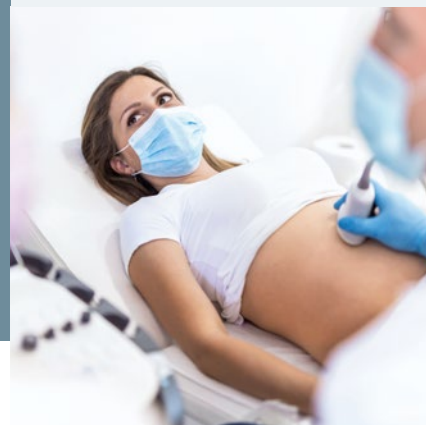
✓	94.620	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	15.843	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
⋮	4.025	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	19.993	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

## ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE:

✓	8.338	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	1.395	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	16.684	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: 01.01.2024



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

**EINGANGSPRÜFUNG:** Überprüfung der Hersteller- / Gewährleistungserklärung (bei Gebrauchtgeräten muss ein Wartungsprotokoll vorgelegt werden; alternativ kann eine Abnahmeprüfung der verwendeten Ultraschallsysteme (B-Modus) durch Vorlage aktueller Bilddokumentationen durchgeführt werden); bei systematischen Untersuchungen der fetalen Morphologie obligate online-basierte Eingangsprüfung

**KOLLOQUIUM:** obligates Kolloquium als Genehmigungsvoraussetzung bei Erwerb der Kenntnisse in angeleiteter Tätigkeit oder Kursen; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

**REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH:** alle sechs Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte, dabei kann die Konstanzprüfung durch Vorlage aussagefähiger Wartungsprotokolle erfolgen

**PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; für ab 1. Oktober 2016 genehmigte Geräte ist eine Spezifizierung an die Anforderungen für die Aufbereitungshinweise für Endosonographiesonden vereinbart

**EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährliche Prüfung von insgesamt mindestens sechs Prozent (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), 7)							8)	
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2021	12.506	16.415	3.555	1.822	1.122	1.830	6.613	1.316	9.337	11.982	4.665	1.339	3.976	1.770	3.140	2.166	9.318	92.872
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2022	12.682	16.858	3.607	2.025	919	2.148	6.745	1.328	9.490	12.091	4.703	1.338	4.032	1.793	3.195	2.185	9.481	94.620
beschiedene Anträge (Ärzte) <sup>2)</sup>	2.150	6.318	1.391	206	99	398	732	127	1.968	2.854	616	146	456	152	392	341	2.247	20.593
neu	1.243	4.611	300	k.A.	86	398	732	106	615	2.343	300	101	332	108	383	251	2.247	14.156
– davon Genehmigungen	982	4.108	271		86	378	692	106	598	2.761	297	93	296	108	258	229	2.019	13.282
– davon Ablehnungen	261	503	29		0	20	40	0	17	518	3	8	36	0	125	22	228	1.810
erneut gemäß § 11 Abs. 7	0	2	0	k.A.	0	0	1	0	3	0	0	0	0	1	0	0	1	8
– davon Genehmigungen		2					1		3					1			0	7
– davon Ablehnungen		0					0		0					0			1	1
neu (wg. Statuswechsel u. ä.)	907	1.705	1.091	k.A.	13	k.A.	1.570	21	1.311	511	316	56	124	44	9	90	k.A.	7.768
– davon Genehmigungen	907	1.570	1.071		13		1.570	21	1.309	511	316	56	124	44	9	90		7.611
– davon Ablehnungen	0	135	20		0		0	0	2	71	0	0	0	0	0	0		228
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	5.086	29.364	4.980	k.A.	543	k.A.	2.414	453	7.199	7.629	1.876	316	1.370	263	931	1.247	10.836	74.507
neu	5.086	20.240	804		543		2.413	399	2.493	5.861	961	316	1.105	263	903	871	10.835	53.093
– davon Genehmigungen	4.353	17.904	722		500		1.702	342	2.099	4.313	961	272	996	263	638	632	10.430	46.127
– davon Ablehnungen	733	2.336	82		43		711	57	394	1.548	0	44	109	0	265	239	405	6.966
erneut	0	9.124	4.176		0		1	54	4.706	1.768	915	0	265	101	28	376	1	21.515
– davon Genehmigungen		8.579	4.133				1	54	4.609	1.688	915		265	101	28	342	0	20.715
– davon Ablehnungen		545	43				0	0	97	80	0	0	0	0	0	34	1	800
Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	168	250	10	22	0	2	76	0	35	56	30	0	1	45	52	8	212	967
– davon bestanden	161	212	10	20		2	69		33	50	28		1	45	45	7	178	861
– davon nicht bestanden	7	38	0	2		0	7		2	6	2		0	0	7	1	34	106
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	5	2	0	3	3	0	1	0	5	0	0	0	0	1	0	0	1	21
– davon bestanden	5	2		3	3		1		5					1			0	20
– davon nicht bestanden	0	0		0	0		0		0					0			1	1
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)	4	34	1	0	0	3	7	0	4	0	16	2	9	0	1	3	28	112
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) <sup>3)</sup>	32	21	218	3	12	72	k.A.	93	796	2.652	574	k.A.	239	99	202	122	1.088	6.223

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ <b>ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2021</b>																		
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	495	633	80	51	34	64	277	26	444	362	230	54	125	52	90	80	298	3.395
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	246	415	44	18	28	57	105	25	244	306	88	40	98	30	60	31	197	2.032
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	444	322	33	17	31	40	103	26	120	319	107	40	98	30	54	26	227	2.037
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	605	678	187	63	30	271	264	59	326	504	165	45	225	96	114	100	365	4.097
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.664	2.477	442	204	143	474	754	86	1.140	1.579	464	95	627	112	291	342	675	11.569
3.3 Schilddrüse, B-Modus	5.611	8.231	1.169	806	378	1.263	3.124	485	4.459	5.479	2.225	568	1.900	789	1.329	1.038	4.634	43.488
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	688	1.083	207	132	47	125	458	73	670	626	283	72	220	127	134	100	371	5.416
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	260	246	33	40	38	71	234	11	368	209	AB 21.4	10	62	n.a.	51	17	109	1.759
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	69	77	24	13	5	14	30	9	56	AB 4.1	73	2	19	12	15	14	56	488
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	5	2	0	0	1	0	7	0	130	AB 4.2	AB 21.4	0	2	n.a.	0	0	1	148
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	413	499	115	56	36	119	226	43	283	359	144	35	121	18	79	44	231	2.821
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	12	6	0	1	3	64	2	0	AB 4.5	AB 4.5	k.A.	0	4	2	0	1	6	101
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	2.058	2.607	411	219	125	547	1.478	168	1.644	1.942	591	90	836	29	369	313	2.044	15.471
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	21	9	2	0	16	3	18	1	AB 5.1	12	k.A.	9	2	n.a.	2	1	12	108
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.504	1.471	512	211	137	262	933	104	1.226	1.342	492	151	408	224	282	219	1.148	10.626
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7.555	10.547	1.985	1.008	508	1.061	4.041	640	6.329	7.899	2.974	820	2.358	931	1.907	1.315	5.645	57.523
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	266	38	36	9	33	17	49	9	AB 7.1	79	k.A.	31	57	9	37	30	52	752
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	116	38	23	6	40	8	32	1	AB 7.1	AB 7.2	k.A.	31	26	n.a.	9	15	42	387
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.265	1.419	280	125	64	516	658	74	839	AB 7.1	558	224	282	97	230	175	654	7.460
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	4.726	7.951	849	635	219	798	2.173	133	3.339	4.351	1.269	513	1.524	128	274	644	2.834	32.360
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	583	627	179	88	74	93	141	58	AB 8.1	423	k.A.	154	501	n.a.	112	97	332	3.462
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.676	2.364	697	309	141	614	955	225	1.299	1.525	582	160	649	283	409	276	1.224	13.388
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.527	1.907	650	304	142	381	923	215	1.285	1.491	539	136	579	273	414	273	1.184	12.223
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.355	1.559	513	214	120	292	785	168	1.003	1.247	479	129	448	232	344	218	1.024	10.130
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	757	795	566	36	57	135	460	27	627	410	226	123	65	61	137	80	606	5.168
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.265	2.069	492	154	109	307	604	104	1.004	1.254	442	140	414	152	274	194	915	9.893
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.185	1.580	266	146	90	139	644	84	842	1.130	360	120	366	117	269	182	857	8.377
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.599	1.539	330	153	110	272	889	66	1.344	1.515	362	164	357	88	313	101	640	9.842
12.1 Haut, B-Modus	9	5	1	0	3	12	6	5	78	97	2	4	7	5	2	8	15	259
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	209	25	3	2	12	0	40	12	AB 12.1	AB 12.1	5	10	57	7	8	33	18	441

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
	9)				10)				11)		12)								
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.473	2.468	323	199	102	287	738	81	1.500	1.088	459	162	227	137	271	144	1.214	10.873	
20.2 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1.280	1.936	166	110	77	203	453	44	1.420	743	459	133	200	85	131	133	916	8.489	
20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	245	AB 20.2	165	65	9	0	113	3	AB 20.2	47	AB 20.2	133	154	n.a.	6	44	7	991	
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	473	356	107	24	37	37	166	20	243	285	85	26	71	39	58	33	160	2.220	
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	431	584	92	44	37	118	248	37	332	365	144	61	74	32	85	52	277	3.013	
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.086	1.557	258	169	89	255	555	96	899	994	320	83	294	121	211	105	651	7.743	
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	328	329	67	54	46	76	177	18	221	347	124	42	81	32	84	63	158	2.247	
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	881	1.070	233	136	59	153	479	44	706	750	234	51	232	81	126	82	432	5.749	
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	237	AB 20.8	232	75	9	0	137	5	AB 20.8	63	AB 20.8	51	200	n.a.	7	35	9	1.060	
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	1.101	1.266	264	142	89	158	663	56	873	844	325	79	251	75	178	141	569	7.074	
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	477	700	189	35	45	157	320	18	432	482	114	76	168	23	43	86	492	3.857	
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	666	1.062	203	130	43	118	428	74	552	583	260	70	221	126	117	96	352	5.101	
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	259	234	35	26	39	73	236	10	364	170	139	15	64	n.a.	46	15	110	1.835	
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	72	80	25	13	6	66	29	10	59	AB 21.1	77	2	20	12	16	15	54	556	
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	6	AB 21.2	0	0	1	29	10	0	129	AB 21.2	29	2	2	n.a.	0	0	1	209	
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	158	168	66	17	14	61	67	19	120	173	41	34	27	13	34	30	126	1.168	
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	685	767	174	77	68	204	344	50	634	596	223	103	284	13	134	155	598	5.109	
23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	28	12	3	7	1	3	7	1	15	8	8	1	8	0	6	3	15	126	

🔊 GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG

Ultraschall-Systeme																		
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2021)	16.238	26.376	16.995	1.724	896	1.637	17.888	1.196	15.358	12.243	9.518	1.324	3.675	4.231	3.048	4.912	18.440	155.699
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2022)	16.789	37.670	17.200	1.736	904	1.874	17.795	1.132	18.220	12.429	9.115	1.339	3.832	4.231	2.934	4.946	19.222	171.368
Konstanzprüfungen § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	859	1.788	660	92	15	591	146	34	843	84	826	0	1.756	137	108	94	90	8.123
Konstanzprüfungen § 13 Abs. 3 (Bilddokumentation) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	679	1.465	1.797	124	4	562	206	27	559	4	1.809	0	32	97	99	35	221	7.720

► Fortsetzung nächste Seite

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	9)		13)	14)					15)		9)							

**DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11**

Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2a (gesamt)

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte	548	702	94	32	56	103	120	86	579	232	215	80	247	105	96	120	284	3.699
– davon ohne Beanstandung	180	331	41	18	44	26	20	2	312	108	135	49	170	58	31	79	48	1.652
– davon mit geringer Beanstandung	244	334	43	8	10	55	38	62	169	101	67	25	64	38	58	30	156	1.502
– davon mit erheblicher Beanstandung	28	16	4	4	1	15	23	17	24	4	9	2	8	0	3	6	34	198
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	96	21	6	2	1	7	39	5	18	19	4	4	5	9	4	5	46	291
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	4,4	4,3	2,6	1,8	5,0	5,6	1,8	6,5	6,2	1,9	4,6	6,0	6,2	5,9	3,1	5,5	3,0	4,0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	2.732	3.510	470	160	280	515	600	430	2.895	1.160	1.075	400	1.235	518	480	483	1.420	18.363
– davon ohne Beanstandung	1.400	2.510	326	83	220	218	229	72	1.834	540	815	333	1.039	377	281	396	498	11.171
– davon mit geringer Beanstandung	766	759	101	52	50	228	143	268	553	505	212	37	151	85	159	50	609	4.728
– davon mit erheblicher Beanstandung	266	151	19	13	5	63	141	68	128	20	39	4	23	13	32	15	183	1.183
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	300	90	24	12	5	6	87	22	100	95	9	26	22	43	8	22	130	1.001
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	151	9	3	13	0	45	50	12	43	24	4	1	6	12	8	27	10	418
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	56	0	5	7	0	8	51	2	22	26	0	0	0	1	3	0	50	231
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	135	38	15	8	1	2	144	24	90	92	42	6	19	36	34	28	154	868
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	246	13	15	7	1	20	240	8	98	64	31	0	14	1	11	30	40	839
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefund	239	17	5	4	0	35	60	32	88	39	30	2	13	22	21	0	18	625
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	166	55	10	5	4	16	16	34	104	231	1	25	6	50	15	77	43	858
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	279	67	26	7	4	29	126	4	127	267	34	2	15	9	9	0	144	1.149
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	95	61	8	6	0	11	146	50	90	170	33	0	15	30	12	0	154	881

› Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	9)								16)				17)					
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2b (Schwerpunkt)																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	135	473	1	0	0	0	43	0	341	35	0	37	0	51	89	0	78	1.283
– davon ohne Beanstandung	49	237	0				4		187	15		23		30	34		13	592
– davon mit geringer Beanstandung	57	221	0				11		106	15		12		16	51		44	533
– davon mit erheblicher Beanstandung	7	4	0				13		14	1		1		0	3		12	55
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	22	11	1				15		10	4		1		5	1		9	79
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	3,7	0,3	0,0	2,8	0,0	2,9	2,8	0,0	0,8	1,4
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	670	2.365	5	0	0	0	215	0	1.705	175	0	185	0	253	445	0	390	6.408
– davon ohne Beanstandung	373	1.777	1				59		1.121	75		158		188	273		113	4.138
– davon mit geringer Beanstandung	169	461	2				59		339	75		16		40	156		204	1.521
– davon mit erheblicher Beanstandung	65	81	0				58		69	5		2		5	13		59	357
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	63	46	2				39		56	20		9		20	3		14	272
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	25	12	0				19		21	0		1		1	7		0	86
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	15	0	1				35		8	0		0		0	0		15	74
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	35	20	3				58		54	16		3		16	5		45	255
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	59	15	0				107		61	9		0		1	2		7	261
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	72	18	3				28		56	6		2		5	8		4	202
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	55	30	0				5		60	22		8		24	3		11	218
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	70	41	2				59		82	50		2		4	5		22	337
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	21	51	2				64		49	43		0		14	6		45	295

► Fortsetzung nächste Seite

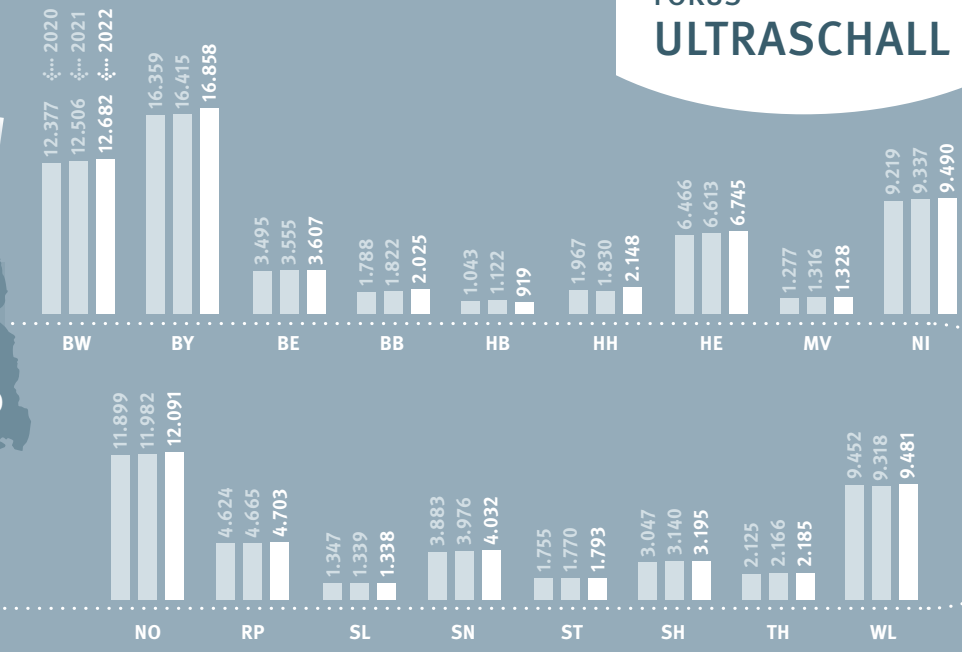


› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	9)								18)									
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 5																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	50	60	0	3	0	20	20	14	23	39	4	0	5	8	0	29	51	326
– davon ohne Beanstandung	8	15		1		5	0	0	16	17	3		4	6		18	6	99
– davon mit geringer Beanstandung	29	40		1		12	3	9	3	17	1		1	2		9	29	156
– davon mit erheblicher Beanstandung	4	3		1		2	5	5	1	0	0		0	0		0	4	25
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	9	2		0		1	12	0	3	5	0		0	0		2	12	46
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	255	300	0	15	0	100	100	70	110	195	20	0	25	40	0	145	255	1.630
– davon ohne Beanstandung	100	167		5		43	23	4	80	85	19		19	33		106	68	752
– davon mit geringer Beanstandung	96	113		7		47	14	47	18	85	1		6	7		24	122	587
– davon mit erheblicher Beanstandung	31	12		3		10	37	18	6	0	0		0	0		11	44	172
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	28	8		0		0	26	1	6	25	0		0	0		4	21	119
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	15	3	0	0	0	0	25	5	2	3	0	0	0	0	0	0	15	68
– davon bestanden	11	2					17	5	1	3							8	47
– davon nicht bestanden	4	1					8	0	0	0							7	20
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung – Ärzte	3	1	0	k.A.	0	4	12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	28

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) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechsellern etc. 5) Anzahl Ärzte gegenüber Veröffentlichung Vorjahr korrigiert. 6) Beschiedene Anträge: Differenzen aufgrund von Teilgenehmigungen und Teillablehnungen. 7) Davon: 3 Rückgaben und 2.649 Beendigungen der Zulassungen. 8) Genehmigung: keine Unterscheidung zwischen neu und neu (wg. Statuswechsel u.ä. möglich). 9) Prüfumfang pandemiebedingt reduziert. 10) Gemeldete US-Systeme gemäß § 2: Datenermittlung rückwirkend programmtechnisch nicht möglich, daher zum Stichtag 27.03.2023. 11) Anzahl Ultraschallsysteme: Abweichung gegenüber Veröffentlichung Vorjahr, da im letzten BJ nicht alle Schallköpfe berücksichtigt wurden. 12) Konstanzprüfungen konnten pandemiebedingt nur zum Teil durchgeführt werden. 13) Dokumentationsprüfungen pandemiebedingt reduziert; Präsenzveranstaltungen erst wieder ab Juni 2022. 14) Reduzierung des Prüfumfanges aufgrund von Änderungen der Zuständigkeiten (2% statt 6%). 15) Dokumentationsprüfungen (gesamt): 56 Prüfverfahren noch offen. 16) Dokumentationsprüfungen (Schwerpunkt): 24 Prüfverfahren noch offen. 17) Geprüfte Dokumentationen (Schwerpunkt): 1 Arzt nur 3 Dokumentationen. 18) Ein Kolloquium noch nicht abgeschlossen.



92.123 | 92.872 | 94.620  
2020 | 2021 | 2022

ÄRZTINNEN / ÄRZTE  
MIT GENEHMIGUNG

STICHPROBENPRÜFUNGEN  
§ 11 ABS. 2A

~ 6%  
DER ÄRZTINNEN  
UND ÄRZTE  
WERDEN JÄHRLICH  
GEPRÜFT.

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE  
BESTANDENE PRÜFUNGEN

	SCHWERPUNKTPRÜFUNG	ZUFALLSPRÜFUNG
Neugenehmigungen		
2020	85%	87%
2021	82%	88%
2022	89%	85%

2022 schneidet die  
Schwerpunktprüfung  
mit 89% besser ab  
als die Zufallsprüfung  
mit 85%.

ÄRZTLICHE DOKUMENTATIONEN  
HÄUFIGKEIT DER MÄNGEL BEI BEANSTANDUNGEN / 2022  
(Mehrfachzählung möglich)

10%	16%	Wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4 Fragestellung/Indikation der Untersuchung
8%	7%	Wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5 eingeschränkte Untersuchungsbedingungen / Beurteilbarkeit
29%	29%	Wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6 organspezifische Befundbeschreibung
30%	27%	Wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7 (Verdachts-)Diagnose
23%	20%	Wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8 abgeleitete diagnostische / therapeutische Konsequenzen
SCHWER- PUNKT- PRÜFUNG	ZUFALLS- PRÜFUNG	

EINREICHUNG VON  
5 DOKUMENTATIONEN

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

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

4) 5) 5), 7) 8)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	1.162	1.573	263	147	89	128	639	85	710	1.126	364	124	356	116	266	175	748	8.071
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.189	1.580	266	146	87	139	644	84	802	1.130	360	120	366	117	269	182	857	8.338
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	186	453	39	8	4	13	55	6	97	66	45	5	44	5	25	30	180	1.261
neu	64	298	9	8	4	13	55	6	45	38	22	5	30	5	25	11	90	728
– davon Genehmigungen	55	295	9	8	4	13	43	6	43	38	22	5	30	5	19	10	78	683
– davon Ablehnungen	9	3	0	0	0	0	12	0	2	0	0	0	0	0	6	1	12	45
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	3	0	7
– davon Genehmigungen									3				1			3		7
– davon Ablehnungen									0				0			0		0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	122	155	30	0	0	k. A.	74	1	49	28	23	0	13	0	0	15	90	600
– davon Genehmigungen	122	155	30				74	1	49	28	23		13			15	88	598
– davon Ablehnungen	0	0	0				0	0	0	0	0		0			0	2	2
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	0	0	1	0	12
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	1	6	9	6	4	k. A.	7	54	34	49	k. A.	20	2	16	8	93	309

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Initialprüfungen

abrechnende Ärzte (Vorjahr)	903	1.260	206	108	k. A.	122	493	83	538	810	315	2	315	110	203	132	652	6.252
geprüfte Ärzte	49	120	18	3	k. A.	14	15	3	37	45	26	1	29	6	14	11	40	431
– davon Anforderungen erfüllt	41	82	13	3		6	12	3	16	35	16	1	20	5	3	8	20	284
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	5	30	4	0		8	1	0	5	10	2	0	3	0	5	2	12	87
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	3	8	1	0		0	2	0	5	0	8	0	6	1	6	1	8	49
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	1	0	0			0			1		7		1	0	0	1	7	18
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0			0			0		0		0	0	0	0	0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	14	25	0	0	k. A.	0	0	0	9	5	0	0	6	1	4	2	5	71
– davon ohne Beanstandungen	9	19							7	5			3	1	1	1	3	49
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	3	6							0	0			2	0	3	0	1	15
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0							0	0			0	0	0	1	0	1
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2																0		0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	2	0							1	0			1	0	0	1	1	6
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	2	0							1	0			0	0	0	1	0	4
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	2	0							0	0			0	0	0	0	0	2

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				5)				9)					
Prüfungen innerhalb 2 Jahre																		
geprüfte Ärzte	33	28	4	2	k.A.	7	5	0	19	19	8	3	13	7	3	6	18	175
– davon Anforderungen erfüllt	31	24	2	2		2	4		13	19	6	3	8	7	2	6	11	140
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	4	2	0		5	1		2	0	1	0	0	0	1	0	5	22
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	1	0	0	0		0	0		2	0	1	0	5	0	0	0	2	11
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
· 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
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	2	0	0	k.A.	0	0	0	5	1	4	0	2	0	4	1	3	23
– davon Anforderungen erfüllt	0	1							0	1	2		2		1	1	1	9
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	1							4	0	2		0		2	0	2	12
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	1	0							2	0	0		0		0	0	0	3
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0								0									0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	0					6)		1	0	0		0		1	0	0	2
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben							2		0						0			2
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben							0		0						0			0
Prüfungen innerhalb 5 Jahre																		
geprüfte Ärzte	96	112	12	7	k.A.	4	1	3	64	60	53	13	25	11	31	29	14	535
– davon Anforderungen erfüllt	86	83	11	7		4	1	3	46	56	47	13	15	9	8	24	7	420
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	8	23	1	0		0	0	0	8	3	3	0	5	2	7	3	5	68
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	2	6	0	0		0	0	0	7	1	3	0	5	0	16	2	2	44
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0							1	0	1		0		0	0	2	4
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	1							0	0	0		0		0	0	0	1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	5	103	1	0	k.A.	0	1	0	11	10	4	0	14	1	6	0	4	160
– davon Anforderungen erfüllt	5	70	1				1		11	7	3		10	0	4		3	115
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	33	0				0		0	3	0		1	1	1		1	40
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	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	0	1		1	0	1		0	3
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0	0								0		1		0		0	1
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0								0		0		0		0	0
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	0	5	0	0	k.A.	1	0	0	5	0	6	0	1	0	0	0	7	25

► 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
	4)				4)		6)		5)		10)							
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
insgesamt geprüfte Dokumentationen	2.343	4.704	420	144	k.A.	300	264	72	1.740	1.675	1.140	204	1.050	288	744	588	1.008	16.684
– davon regelgerecht (Stufe I)	2.212	4.085	379	135		238	240	70	1.147	1.526	1.057	199	772	272	461	516	802	14.111
– davon eingeschränkt (Stufe II)	97	576	37	9		62	4	2	300	133	10	5	261	11	243	56	163	1.969
– davon unzureichend (Stufe III)	34	43	4	0		0	20	0	77	16	69	0	17	5	40	16	43	384
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	3	0	1	0	k.A.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2, davon Mängel	34	43	4	0	k.A.	0	20	0	77	16	69	0	17	5	39	16	43	383
– ausschließlich in der Bilddokumentation	20	40	4				9		52	11	64		15	5	22	16	37	295
– ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	1	0	0				0		2	3	1		1	0	13	0	4	25
– sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	13	3	0				11		23	2	4		1	0	4	0	2	63

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Prüfumfang pandemiebedingt reduziert. 5) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 6) Fortbildungskurs (Initialprüfung / Prüfung innerhalb von 2 Jahren): davon insgesamt 3 Ärzte aus 2021. 7) 1 Initialprüfung (Wiederholungsprüfung) noch nicht abgeschlossen. 8) 1 Arzt: Aussetzung der Genehmigung 2021 und Teilnahme an Fortbildung 2022. 9) Wiederholungsprüfungen innerhalb 5 Jahre: 2 Ärzte haben die Fallzahlen nicht erbracht. 10) Dokumentationsprüfungen: Bei 4 Ärzten keine Bewertung möglich.

# VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

- ✓ 354 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- ⋮ 83 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 720 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)**
- 📊 278 **PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG**



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



- AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
- KOLLOQUIUM:** gegebenenfalls bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- FREQUENZREGELUNG:** jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien
- KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG:** Überprüfung der Korrelation des histopathologischen Befunds mit der Bildgebung, bei Abweichung Kontaktaufnahme mit dem Pathologen oder der Pathologin zur Festlegung des weiteren Vorgehens
- REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH:** Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts
- PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** zweijährliche Dokumentationsprüfung zu zehn Fällen, erstmalig innerhalb von zwölf Monaten nach Genehmigungserteilung; gegebenenfalls bei Auffälligkeiten in der jährlichen Auflistung
- RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Auflistung zu Indikation und zum abschließenden histologischen Befund für alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien an KV; jährliche Auswertung der Dokumentationsprüfungen an Partner des Bundesmantelvertrags
- BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

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 <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	38	47	17	13	5	8	21	11	32	45	9	6	16	11	19	9	37	344
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	53	48	17	13	5	10	20	12	35	43	8	5	14	11	19	9	32	354
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	2	13	2	0	1	2	2	1	17	6	1	1	1	0	1	0	12	62
neu	2	13	2		1	2	1	1	9	4	1	1	1		1		12	51
– davon Genehmigungen	2	13	2		1	2	1	1	9	4	1	1	1		1		12	51
– davon Ablehnungen	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0		0		0	0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4									0									0
– davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5									2									2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	0	2	0	0	0	k.A.	0	7	6	2	2	2	0	1	0	4	26

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

7) 8) 7) 9) 10) 11) 12) 9), 13)

**DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9**

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	36	44	15	13	5	7	14	6	32	14	6	3	14	11	19	5	34	278
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	6	11	5	7	5	0	4	6	12	8	2	3	0	4	1	1	0	75
– davon bestanden	0	8	5	7	5		4	6	12	8	2	3		2	1	1		64
– davon nicht bestanden	0	3	0	0	0		0	0	0	0	0	0		2	0	0		5
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	15,8	23,4	29,4	53,8	100,0	0,0	19,0	54,5	37,5	17,8	22,2	50,0	0,0	36,4	5,3	11,1	0,0	21,8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	2	3	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8
– davon bestanden	0	0				1			0									1
– davon nicht bestanden	0	0				0			2									2
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5 b	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden									1									1
– davon nicht bestanden									2									2
vorgezogene Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	0	110	50	70	50	10	40	60	140	80	20	30	0	40	10	10	0	720
– davon vollständig und nachvollziehbar		97	50	70	50	10	40	60	124	80	20	30		20	10	10		671
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar		11	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0		0	0	0		27
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0		1
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		20	0	0		21

**PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG**

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	30	5	1	4	0	1	0	0	0	0	0	2	3	0	7	5	0	58
≥ 25	6	34	14	9	5	7	20	6	15	14	8	3	9	11	11	0	48	220

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Keine Differenzierung zwischen Erstanträgen und Statuswechslern etc. 5) Dokumentationsprüfungen (inklusive Wiederholungsprüfungen) finden pandemiebedingt erst in 2023 statt. 6) Davon ein Änderungsantrag. 7) Prüfungen zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen. 8) 3 Wiederholungsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 9) Dokumentationsprüfungen erst wieder in 2023. 10) Prüfungen zur Frequenzregelung pandemiebedingt reduziert. 11) Dokumentationsprüfungen: zweijährlicher Prüfrhythmus. 12) Prüfungen zur Frequenzregelung bei einem Arzt erst in 2023, da Genehmigungserteilung erst im laufenden Kalenderjahr. 13) Einige Frequenzprüfungen aus 2021 wurden erst 2022 durchgeführt.

# > ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

✓	719	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	227	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	2.403	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)

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

**EINGANGSPRÜFUNG:** Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)

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

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

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

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

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

**ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION:** Jahresstatistik wird in elektronischer Form übermittelt

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

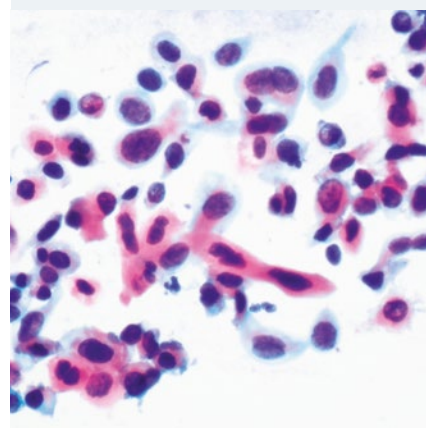
**RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche Statistik bezogen auf die Einrichtung des zytologieverantwortlichen Arztes oder der zytologieverantwortlichen Ärztin mit Korrelation zu histologischen Befunden an KV; Benchmarkberichte der KV an die Zytologinnen und Zytologen; jährliche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

**BERATUNG:** eingehende Beratung bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

## §

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

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



› 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)																		
<b>✓ GENEHMIGUNGEN</b>																		
Ärzte <sup>1)</sup> mit Genehmigung, Stand 31.12.2021	85	112	40	13	15	24	51	15	75	90	32	21	27	15	24	17	86	742
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	80	110	37	12	12	22	54	15	73	90	31	22	26	13	24	17	81	719
beschiedene Anträge <sup>2)</sup>	1	16	1	0	0	1	4	2	1	4	0	1	1	1	1	1	6	41
neu	1	16	1			1	4	2	0	4		1	1	1	1	1	6	40
– davon Genehmigungen	1	12	1			0	4	1	0	4		1	1	0	1	1	6	33
– davon Ablehnungen	0	4	0			1	0	1	0	0		0	0	1	0	0	0	7
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	0	9	0	0	0	1	1	3	4	3	0	0	0	0	0	1	2	24
– davon bestanden		5				0	1	2	0	0						0	0	8
– davon nicht bestanden		4				1	0	1	4	3						1	2	16
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen <sup>3)</sup>	0	2	4	1	3	4	k.A.	1	2	4	1	0	2	1	1	1	2	29

**☒ ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7**

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	32	23	5	13	12	19	11	0	5	40	9	0	8	0	3	13	31	224
– davon bestanden	30	22	4	13	12	16	10		5	40	8		8		3	13	27	211
– davon nicht bestanden	2	1	1	0	0	3	1		0	0	1		0		0	0	4	13
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	37,6	20,5	12,5	100,0	80,0	79,2	21,6	0,0	6,7	44,4	28,1	0,0	29,6	0,0	12,5	76,5	36,0	30,2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden	1		1								1							3
– davon nicht bestanden	0		0								0							0
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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
5)																		
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																		
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	384	265	72	156	144	228	132	0	60	480	108	0	96	0	39	155	48	2.367
– davon ohne Beanstandungen	360	251	66	153	144	209	130		60	480	107		90		37	155	41	2.283
– davon mit Beanstandungen	24	14	6	3	0	19	2		0	0	1		6		2	0	7	84
bei Beanstandungen																		
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	24	9	1	0		19	1				1		6		0		1	62
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	24	0	5	0		0	1				0		0		2		6	38
– darunter mit unvollständiger Dokumentation	24	5	0	3		0	0				0		0		0		1	33
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																		
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	12	0	12	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	36
– davon ohne Beanstandungen	12		12								12							36
– davon mit Beanstandungen	0		0								0							0
JAHRESSTATISTIK § 8 Abs. 4																		
abrechnende Praxen / Labore (2022)	59	64	19	7	8	14	19	7	39	55	18	13	13	10	15	10	47	417
vorgelegte Jahresstatistiken bezogen auf abrechnende Praxen / Labore, in %	100,0	92,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	98,8
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2021)	59	59	19	7	8	14	19	7	39	55	18	13	13	10	15	10	47	412
– davon ohne Auffälligkeiten	50	28	19	7	8	14	19	7	35	55	4	11	6	10	14	10	34	331
– davon mit Auffälligkeiten	9	31	0	0	0	0	0	0	4	0	14	2	7	0	1	0	13	81
Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme	7	31	0	0	0	0	0	0	4	0	5	2	0	0	1	0	1	51
– davon ausreichend begründete Stellungnahmen	7	25							4		5	2			1		1	45
– davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	6							0		0	0			0		0	6
Kolloquien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

ZENTRALE  
PARAGRAPHEN  
DES SGB V**§ 70**

Qualität, Humanität  
und Wirtschaftlichkeit

**§ 75**

Inhalt und Umfang  
der Sicherstellung

**§ 91**

Gemeinsamer  
Bundesausschuss

**§ 92**

Richtlinien des Gemeinsamen  
Bundesausschusses

**§ 135**

Bewertung von  
Untersuchungs- und  
Behandlungsmethoden

**§ 135a**

Verpflichtung der  
Leistungserbringer  
zur Qualitätssicherung

**§ 135b**

Förderung der Qualität  
durch die Kassenärztlichen  
Vereinigungen

**§ 136**

Richtlinien des Gemeinsamen  
Bundesausschusses  
zur Qualitätssicherung

**§ 136a**

Richtlinien des Gemeinsamen  
Bundesausschusses  
zur Qualitätssicherung  
in ausgewählten Bereichen

**§ 136d**

Evaluation und Weiterentwicklung  
der Qualitätssicherung durch den  
Gemeinsamen Bundesausschuss

**§ 137**

Durchsetzung und Kontrolle  
der Qualitätsanforderungen  
des Gemeinsamen  
Bundesausschusses

**§ 137a**

Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im  
Gesundheitswesen

**§ 137b**

Aufträge des Gemeinsamen  
Bundesausschusses an  
das Institut nach §137a

**§ 137f**

Strukturierte Behandlungs-  
programme bei chronischen  
Krankheiten

**§ 139a**

Institut für Qualität  
und Wirtschaftlichkeit  
im Gesundheitswesen

# › 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 (Ärzttekammern und KVen).

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

Hierfür sind drei Rechtsquellen maßgebend:

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

## NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

Zu den grundlegenden Paragraphen des SGB V zählen:

---

### § 70 QUALITÄT, HUMANITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT

---

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

---

### § 75 INHALT UND UMFANG DER SICHERSTELLUNG

---

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

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



---

## § 91 GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und wird von der KBV, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband gebildet. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei unparteiischen Mitgliedern sowie zehn weiteren Mitgliedern, von denen fünf von den Organisationen der sogenannten Leistungserbringer benannt werden (eines von der KZBV und jeweils zwei von der KBV und der DKG) und fünf vom GKV-Spitzenverband. Bei Beschlüssen, die nicht alle Leistungssektoren betreffen, werden seit dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind.

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

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

---

## § 92 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Darunter fallen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 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. Deren Ziele und Ergebnisse müssen die Organisationen dokumentieren und jährlich veröffentlichen. Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in allen KVen Standard. Ebenso haben die KVen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig.

Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V einheitliche Kriterien zur

Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Abs. 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen zu entwickeln. Dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Abs. 3 zu berücksichtigen.

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

---

### § 136 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

---

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

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

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

Die Richtlinien sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Richtlinienaufträge zu ausgewählten Bereichen sind in § 136a dargestellt.

---

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

---

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

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

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

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

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

---

### § 136d EVALUATION UND WEITERENTWICKLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG DURCH DEN GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

- den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen,
- den Weiterentwicklungsbedarf zu benennen,
- eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten,
- Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen orientierte Qualitätssicherung einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten,
- regelmäßige Berichte zum Stand der Qualitätssicherung zu erstellen.

---

### § 137 DURCHSETZUNG UND KONTROLLE DER QUALITÄTSANFORDERUNGEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c in Eskalationsstufen festzulegen. Maßnahmen können dabei sein: Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs für definierte Leistungen, Information Dritter über Verstöße, Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss sind ebenfalls Vergütungsabschläge vorzusehen, wenn die von ihm festgelegte Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Leistungserbringer unterschritten wird, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.

---

### § 137a INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 hat zum 9. Januar 2015 ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet. Hierzu hat er eine Stiftung des privaten Rechts errichtet, die Trägerin des Instituts ist. Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

- für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente, einschließlich Module für Patientenbefragungen, auch in digitaler Form zu entwickeln,
- die notwendige Dokumentation für die einrichtungübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebots der Datensparsamkeit zu entwickeln,
- sich an der Durchführung der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und dabei, soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach § 137a Abs. 3 Satz 3 einzubeziehen,
- die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
- für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung zusätzlich auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten darzustellen,
- Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft der Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

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

---

### § 137b AUFTRÄGE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES AN DAS INSTITUT NACH § 137a

---

Das Institut nach § 137a ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zum Zwecke der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung zu beauftragen. Personenbezogene Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung können unter Berücksichtigung von § 299 verarbeitet werden.

Bei Aufträgen zur Entwicklung von Patientenbefragungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss eine barrierefreie Durchführung vorsehen; auch bereits erarbeitete Patientenbefragungen sollen barrierefrei überarbeitet werden.

Die Arbeitsergebnisse der Aufträge gehen als Empfehlung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu, der diese im Rahmen seiner Normsetzungskompetenz zu berücksichtigen hat.

---

### § 137f STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten fest, für welche strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten,
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

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

---

### § 139a INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN

---

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 1. April 2004 ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gegründet. Es ist zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, insbesondere auf folgenden Gebieten, tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
- Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung.

# › 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 kennzeichnen 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 2022

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG  
TEILNEHMENDE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN,  
PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOTHEAPEUTINNEN  
QUELLE: BUNDESARZTREGISTER, STAND 31. DEZEMBER 2022

Mehr Infos unter:  
➤ [www.kbv.de/html/  
bundesarztregister.php](http://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php)



SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	SUMME
Allgemeinmedizin	26.088	19	2.188	6.029	39	34.363
Anästhesie	2.075	25	911	612	425	4.048
Augenheilkunde	3.360	13	1.904	1.129	158	6.564
Chirurgie und Orthopädie	7.106	110	3.754	1.180	2.201	14.351
– Gefäßchirurgie	293	0	348	61	342	1.044
– Kinderchirurgie	98	1	50	14	118	281
– Orthopädie	2.913	15	648	276	298	4.141
– Orthopädie und Unfallchirurgie	3.045	78	1.726	599	819	6.267
– Plastische Chirurgie	224	10	80	32	115	461
– Rheumatologie	258	2	61	27	51	399
– Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	8	0	3	2	56	69
– Unfallchirurgie	1.127	5	611	129	411	2.283
– Viszeralchirurgie	245	5	366	53	445	1.124
Frauenheilkunde	8.157	37	1.853	1.577	1.230	12.854
– Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	183	3	126	48	13	373
– Gynäkologische Onkologie	132	0	74	9	207	422
– Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	162	0	78	38	161	439
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Phoniatrie und Pädaudiologie	3.344	17	423	600	214	4.598
– Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung / Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	139	2	18	34	21	214
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.740	30	426	683	108	3.987
Humangenetik	40	0	245	15	3	303
Innere Medizin	18.582	145	5.335	4.419	1.854	30.335
– hausärztlich tätig	12.377	16	2.018	3.149	0	17.560
– fachärztlich tätig	6.205	129	3.317	1.270	0	10.921
Innere Medizin mit fachlichem Schwerpunkt, einschließlich Ermächtigte**	6.205	129	3.317	1.270	1.854	12.775
– Angiologie	267	2	158	41	87	553
– Diabetologie / Endokrinologie	126	5	104	24	73	332
– Gastroenterologie	1.016	33	528	181	523	2.281
– Geriatrie	0	0	0	0	1	1
– Hämatologie / internistische Onkologie	523	8	530	132	186	1.399
– Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	0	0	0	0	3	3
– Kardiologie	1.837	52	748	398	585	3.611
– Nephrologie	759	14	733	228	104	1.838
– Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	870	15	281	132	226	1.524
– Rheumatologie	370	3	197	60	69	699

➤ Fortsetzung nächste Seite



➤ ARZTSTRUKTUR 2022

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	SUMME
Kinder- und Jugendmedizin	5.242	44	709	1.413	852	8.260
– Infektiologie	0	0	0	0	1	1
– Kinderendokrinologie und -diabetologie	9	0	6	1	14	30
– Kindergastroenterologie	1	0	2	0	16	19
– Kinderhämatologie / Kinderonkologie	51	2	13	14	52	132
– Kinderkardiologie	257	2	44	55	84	442
– Kindernephrologie	12	0	1	3	5	21
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	0	0	0	0
– Kinderpneumologie / Kinder- lungen- und -bronchialheilkunde	53	0	12	13	25	103
– Kinderrheumatologie	1	0	0	0	3	4
– Neonatologie	514	3	74	75	243	909
– Neuropädiatrie	203	1	25	28	160	417
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	6.578	193	137	404	111	7.423
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	894	5	123	130	26	1.178
Laboratoriumsmedizin / Biochemie / Mikrobiologie	147	0	1.147	46	20	1.360
– Biochemie	1	0	1	0	0	2
– Immunologie	3	0	3	0	2	8
– Laboratoriumsmedizin	122	0	882	34	11	1.049
– Mikrobiologie	45	0	405	21	8	479
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.073	0	102	137	27	1.339
Nervenheilkunde / Neurologie / Psychiatrie	4.199	37	1.162	659	487	6.544
– Nervenheilkunde	942	3	128	91	37	1.201
– Neurologie und Psychiatrie	928	6	100	76	35	1.145
– Neurologie	1.333	15	681	330	341	2.700
– Psychiatrie	1.365	15	292	195	89	1.956
– Forensische Psychiatrie	8	0	5	1	1	16
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	1	0	0	1
Neurochirurgie	449	2	583	78	87	1.199
Nuklearmedizin	394	0	415	181	11	1.001
Pathologie	427	0	530	219	29	1.205
– Neuropathologie	9	0	25	3	4	41
Physikalische und Rehabilitative Medizin	359	0	162	78	5	604
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin Arzt / Ärztin	2.715	0	129	295	50	3.189
Ärztliche Psychotherapie	5.624	20	185	107	73	6.009
– Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.246	7	80	28	34	2.395
Psychologische Psychotherapie	21.933	697	941	1.480	127	25.178
Radiologie	1.499	26	1.589	837	608	4.559
– Kinderradiologie	16	1	19	7	42	85
– Neuroradiologie	132	4	78	38	84	336
– Strahlentherapie	4	0	3	0	2	9
Strahlentherapie	173	1	784	152	7	1.117
Transfusionsmedizin	29	0	123	4	26	182
Urologie	2.479	21	379	366	292	3.537
Übrige Fachbereiche	0	0	2	0	9	11
<b>Summe</b>	<b>125.706</b>	<b>1.442</b>	<b>26.241</b>	<b>22.830</b>	<b>9.079</b>	<b>185.298</b>

\* 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

BUNDESWEIT

185.298



2.080  
KV BREMEN



22.934  
KV NORDRHEIN



23.553  
KV BADEN-WÜRTTEMBERG



5.600  
KV HAMBURG



4.494  
KV SACHSEN-ANHALT



29.612  
KV BAYERNS



8.343  
KV RHEINLAND-PFALZ



14.260  
KV HESSEN



6.196  
KV SCHLESWIG-HOLSTEIN



10.671  
KV BERLIN



2.262  
KV SAARLAND



3.480  
KV MECKLENBURG-  
VORPOMMERN



4.438  
KV THÜRINGEN



4.977  
KV BRANDENBURG



9.027  
KV SACHSEN



16.683  
KV NIEDERSACHSEN



16.688  
KV WESTFALEN-LIPPE



# THEMENBEZOGENE QUALITÄTSINITIATIVEN



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



Kompetenzzentrum  
Hygiene und Medizinprodukte  
der KVen und der KBV

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



Kompetenzzentrum Qualitätssicherung  
in der kurativen Mammographie

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

KBV

KVen



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

KBV

BÄK



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

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

KBV

GKV-SV

## › GLOSSAR

### A

**Akkreditierung:** Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution.

**Audit:** Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit bestimmte Kriterien erfüllt sind. Im Kontext des Qualitätsmanagements ist das Audit ein durch eine externe (unabhängige) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bezüglich der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems. Im Kontext der Qualitätssicherung durch die KVen gehören hierzu unter anderem (optionale) Praxisbegehungen als Standardmaßnahme fast aller Qualitätssicherungsvereinbarungen.

### B

**Behandlungspfad:** Steuerungsinstrument, das den optimalen Weg eines speziellen Patientinnen- oder Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge festlegt. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.

**Benchmarking:** Konzept zum Vergleich bestimmter Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Patientinnen- und Patientenzufriedenheit oder vergleichbares sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie mit ihrer vergleichenden Ergebnismitteilung für Fallsammlungsprüfungen.

**Besondere Versorgung:** Mit der besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V sollen die verschiedenen Leistungssektoren miteinander vernetzt und eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) ermöglicht werden. Auf diese Weise sollen die verschiedenen Leistungsbereiche in eine einheitliche vertragliche Versorgung eingebunden werden. Die Regelungen zur besonderen Versorgung bauen auf den bisherigen Vertragsformen auf. Die Kostenträger können mit hierfür zugelassenen (sogenannten) Leistungserbringern spezielle Verträge schließen. Ziel ist es, durch vernetzte Behandlungsstrukturen eine bessere Qualität zu erreichen und interdisziplinäre Hürden zu überwinden, um auf die besonderen Bedürfnisse bei der Patientenversorgung flexibel eingehen zu können.

### D

**DIN EN ISO 9000 ff.:** Diese internationale, erstmals Ende der 1980er-Jahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen). DIN EN ISO 9000:2005 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2008 legt Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung. DIN EN ISO 9004:2009 stellt einen Leitfadens 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<sup>plus</sup>®.

## 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 theoretischer 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) 82 90 - 50  
www.kvsachsen.de

### **KV SACHSEN-ANHALT**

Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg  
Tel. (03 91) 6 27 - 6000  
www.kvsa.de

### **KV SCHLESWIG-HOLSTEIN**

Bismarckallee 1–6  
23795 Bad Segeberg  
Tel. (0 45 51) 8 83 - 0  
www.kvsh.de

### **KV THÜRINGEN**

Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar  
Tel. (0 36 43) 5 59 - 0  
www.kv-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](http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2010/jun/mirror-mirror-wall-how-performance-us-health-care-system), letzter Zugriff: 04.01.2024. ➤ 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/html/1748.php](http://www.kbv.de/html/1748.php)

## IMPRESSUM

**Herausgeberin:** Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
Telefon 030 4005-0, [info@kbv.de](mailto:info@kbv.de), [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

**Redaktion:** Dezernat Versorgungsqualität,  
Abteilung ambulante Qualitätssicherung – diagnostische Verfahren;  
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation,  
Bereich Externe Kommunikation;  
unterstützt von weiteren Organisationseinheiten der KBV  
sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen

**Gestaltung:** büro lüdke GmbH

**Druck:** Kern GmbH

**Fotos:** © Adobe Stock: C Malambo / peopleimages.com (S. 17),  
Chinnapong (S. 39), Drazen (S. 50), edward olive / EyeEm (S. 46),  
Goran (S. 13), Koragot kaewmahakhun (S. 84), KseniyaK (S. 44),  
Monkey Business (S. 55), Tamline L / peopleimages.com (S. 1),  
Viacheslav Lakobchuk (S. 87); © Bernd Bertram (S. 53);  
© Berufsverband der Augenärzte / Augenärzte Datenbank (S. 78);  
© Christoph Rieken (S. 59); © Christoph Strohm / Pro Health Media  
(S. 89); © Fotolia: Dr. N. Lange (S. 75), hl studios (S. 121), mankale  
(S. 97), picsfive (S. 40), science photo (S. 99), WavebreakMediaMicro  
(S. 82); © iStockphoto: alvarez (S. 80), BraunS (S. 96), choja (S. 70),  
cosinart (S. 57), DjelicS (S. 110), Engine Images (S. 65), fotostorm  
(S. 106), maodesign (S. 34), nicolas (S. 72), OKrasyuk (S. 31),  
Phototake PM (S. 100), robertprzybysz (S. 48), shironosov (S. 101),  
SimmiSimmons (S. 38), skynesher (73), spark067 (S. 32), zlikovec  
(S. 35); © Kaya Erdem, Düren (S. 74); © Katrin Marquardt (S. 123);  
© Lopata / axentis.de (S. 2); © Otto Hildebrand, Bad Zwischenahn  
(S. 36); © Robert Kühlmann / Klinikum Ernst v. Bergmann (S. 51);  
wikimedia: © Eric Erbe (S. 42), © Ofir Glazer (S. 12)

**Redaktionsschluss:** Kapitel 3 > 30. November 2023

**Stand:** Februar 2024