



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



QUALITÄTSBERICHT 2024

BERICHTSJAHR
2023



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,

in politisch und gesellschaftlich unsicheren Zeiten ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung eine besondere Herausforderung. Das Gesundheitswesen sieht sich zunehmend komplexeren Anforderungen gegenüber, die nicht nur durch den technologischen Fortschritt, sondern auch durch globale Krisen und lokale Veränderungen bestimmt werden.

Nichtsdestotrotz, und deshalb umso beeindruckender, haben die Praxen auch im Berichtsjahr 2023 gezeigt, dass ihre Patientinnen und Patienten sich weiterhin auf ihre Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Praxisteams verlassen können. Mit der Corona-Pandemie im Rücken und politischen und wirtschaftlichen Unwägbarkeiten konfrontiert, behandelten sie die Menschen in Deutschland in durchgehend hoher Qualität.

Das taten sie im Falle von kernspintomographischen Untersuchungen sogar so gut, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Prüfpflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die Kernspintomographie nun für mindestens fünf Jahre ausgesetzt hat. Seit 2007 wurden in diesem Bereich über 3.000 Ärztinnen und Ärzte und rund 35.000 Behandlungsfälle im Rahmen von Stichproben geprüft.

Die Ergebnisse sprechen für sich: In den letzten Jahren wurden bundesweit zwischen 93 und 97 Prozent der Prüfungen ohne oder mit nur geringen Beanstandungen abgeschlossen. Bereits 2023 hatte der G-BA für den Leistungsbereich Computertomographie die Verpflichtung zur Durchführung von Stichprobenprüfungen dauerhaft aufgehoben. Das belegt nicht nur die hervorragende Arbeit der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, sondern entlastet sowohl sie selbst als auch die Qualitätssicherungskommissionen der KVen.

Um noch ein paar weitere Zahlen zu nennen: Im Jahr 2023 hielten die mehr als 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 304.685 Genehmigungen zu verschiedenen Behandlungsbereichen. Die KVen führten in dieser Zeit 15.779 Stichproben- und Dokumentationsprüfungen für über 136.000 Behandlungsfälle durch. Sie prüften außerdem 17.441 Fortbildungs- und 15.400 Gerätenachweise.

Wie Sie sehen, nimmt die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung für uns und die KVen weiterhin eine zentrale Rolle ein und beweist ihre Relevanz als unverzichtbares Instrument zur Sicherung der Patientenversorgung. Ob aufseiten der Ärzteschaft oder der KVen: Auch in herausfordernden Zeiten können sich die Versicherten in Deutschland einer konstant hohen Behandlungsqualität sicher sein.

WIR WÜNSCHEN IHNEN EINE AUFSCHLUSSREICHE LEKTÜRE

INHALT

01 ÜBERBLICK UND AKTUELLES SEITE 6

Kennzahlen zur Qualitätssicherung	7
Aktuelles:	
› Kernspintomographie	
– keine Stichproben bis mindestens 2030	8
› Ambulante psychotherapeutische Versorgung	
– Erprobung eines QS-Verfahrens	9
› Qualitätssicherung	
– Einsatz von ATMP in der vertragsärztlichen Versorgung	10
› Qualitätsmanagement und Patientensicherheit	
– Ergebnisse der Stichprobenerhebung 2023	13

02 STRUKTUREN UND PROGRAMME DER QS SEITE 14

Ambulante Qualitätssicherung	
– Kernaufgaben, Instrumente, Ergebnisse und Maßnahmen	15
Infografik: Anforderungen und Folgeverpflichtungen	16
Prüfbereiche der Qualitätssicherung	17
Im Fokus:	
› Fortbildungsverpflichtung	21
› Qualitätszirkel	22
› Infografik: 20 Jahre Qualitätszirkel-Handbuch	23
› Qualitätsmanagement und Patientensicherheit	24
› Qualitätsmanagement-Tools	25
› Disease-Management-Programme (DMP)	26
› 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
› Infografik	
Balneophototherapie	39
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung	40
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	41
Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen	42
Histopathologie Hautkrebs-Screening	43
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	45
Hörgeräteversorgung	47
Hörgeräteversorgung – Kinder	49
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	51
Interventionelle Radiologie	52
Intravitreale Medikamenteneingabe	54
Invasive Kardiologie	56
Kapselendoskopie – Dünndarm	58
Koloskopie	60
Langzeit-EKG-Untersuchungen	63
Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom	64
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	65
Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie	66
Magnetresonanztomographie-Angiographie	69
Mammographie (kurativ)	71
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)	73
Molekulargenetik	74

Neuropsychologische Diagnostik und Therapie	75
Onkologie	76
Otoakustische Emissionen	78
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	79
Phototherapeutische Keratektomie	80
Positronenemissionstomographie (PET und PET / CT)	81
Psychotherapie	83
Rhythmusimplantat-Kontrolle	85
Schlafbezogene Atmungsstörungen	89
Schmerztherapie	90
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS)	92
› Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	93
› Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (QS WI)	96
› Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	99
› QS Ambulante Psychotherapie	99
› Verfahren vor dem Regelbetrieb (sQS)	100
› Neuartige Arzneimitteltherapien (QS ATMP)	101
› Ausblick: Weiterentwicklung sQS	102
Sozialpsychiatrie	103
Soziotherapie	104
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	105
Spezial-Labor	106
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	107
Strahlendiagnostik / -therapie	108
› Konventionelle Röntgendiagnostik	108
› Computertomographie	110
› Osteodensitometrie	110
› Strahlentherapie	111
› Nuklearmedizin	111
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	112
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	114
Ultraschall diagnostik	115
› Ultraschall diagnostik der Säuglingshüfte	122
Vakuumbiopsie der Brust	125
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri	127

04 GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND HINTERGRUNDINFOS SEITE 130

Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	131
Dimensionen der Qualitätssicherung	135
Arztstruktur	136
Vertragsärztliche Versorgung – Anzahl Ärzte und Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen	138
Themenbezogene Qualitätsinitiativen	139
Glossar	140
Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen	143
Impressum	144

ABKÜRZUNGEN

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

Abkürzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

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

01

ÜBERBLICK UND AKTUELLES



187.441

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



304.685

GENEHMIGUNGEN ZU VERSCHIEDENEN BEREICHEN
(keine Kopfzählung)



15.779

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



136.107

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



4.826

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)



17.441

PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE
GEMÄß SPEZIELLER QUALITÄTSSICHERUNGSVORGABEN
(inklusive Fortbildungsprüfungen und Wiederholungen)



15.400

PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
(inklusive Wartungsnachweise und Wiederholungen)



3.628

HYGIENEPRÜFUNGEN
(inklusive Wiederholungen)



352

GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN WEGFALL
DER QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN



85

GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN NEGATIVER PRÜFERGEBNISSE

KENNZAHLEN ZUR
QUALITÄTSSICHERUNG
BERICHTSJAHR
2023

› KENNZAHLEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG GESAMTUMFANG FÜR DAS BERICHTSJAHR 2023

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 187.441 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 304.685 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen, zusätzlich 47.530 Genehmigungen für Psychotherapie¹.

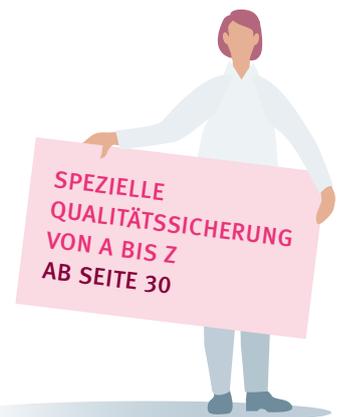
Die Aufrechterhaltung von Genehmigungen ist in der Regel an die Erfüllung von Vorgaben geknüpft, zum Beispiel eine auf den Einzelfall bezogene Überprüfung der jeweils erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung einschließlich der bildlichen Dokumentation. Fachlich wird die KV dabei von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

Neben qualifizierten Rückmeldungen werden weitere Förderungsmaßnahmen genutzt, wie zum Beispiel vergleichende Ergebnisdarstellungen (anonymisiert), Beratungsgespräche oder die Formulierung konkreter Auflagen, die zum Erhalt der Genehmigung erfüllt werden müssen. In 15.779 Dokumentationsprüfungen wurden 136.107 Patientendokumentationen² geprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind im jeweiligen Leistungsbereich nachzulesen. Letzte Konsequenz bei speziellen Qualitätsmängeln oder wiederholt schwerwiegenden Beanstandungen ist jedoch der Widerruf der Genehmigung. In insgesamt 437 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 4.826 Fällen die Einhaltung von Frequenzvorgaben überprüft, 17.441 Überprüfungen spezieller Fortbildungsanforderungen vorgenommen, und – insbesondere in den Leistungsbereichen Hörgeräteversorgung und Ultraschall – 15.400 gerätebezogene Überprüfungen durchgeführt. 3.628 Hygieneprüfungen erfolgten zur Sicherung der Qualität der Koloskopie.

¹ Gezählt wurden hier als Näherung die an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Fachgruppen, bei denen die Genehmigung zu einem Richtlinienverfahren vorhanden sein muss (Ärztliche Psychotherapie, Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) oder häufig vorhanden ist (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie).

² Wert enthält für einzelne Leistungsbereiche Schätzungen.



› KERNSPINTOMOGRAPHIE KEINE STICHPROBEN BIS MINDESTENS 2030

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt die Verpflichtung zur Überprüfung der Qualität von kernspintomographischen Untersuchungen bis mindestens 2030 aus. Der Beschluss wird mit den guten Prüfergebnissen der letzten Jahre begründet.

Seit vielen Jahren werden ausgewählte medizinische Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVen und ihre Qualitätssicherungskommissionen überprüft. Dazu fordert die KV gemäß Vorgaben des G-BA jährlich von mindestens vier Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die entsprechende Leistungen durchgeführt und abgerechnet haben, die Behandlungsdokumentationen zu zwölf abgeschlossenen Behandlungsfällen an. Die Auswahl der Ärztinnen und Ärzte sowie der Patientinnen und Patienten erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Stichprobenprüfung).

Auswahl, Umfang und Verfahren dieser Qualitätsprüfungen sind seit 2007 in der sogenannten Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des G-BA gemäß § 135b SGB V bundeseinheitlich geregelt. Die Kriterien zur Beurteilung der Qualität sind in leistungsbereichsbezogenen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien festgelegt, für kernspintomographische Leistungen in der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie.

STICHPROBENPRÜFUNGEN IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE

In der Kernspintomographie erfolgt die Beurteilung der Qualität auf Grundlage der Behandlungsdokumentationen der Ärztin oder des Arztes, insbesondere des Befundberichts und den erstellten Kernspintomogrammen (MRT-Bildern). Dabei sind die fachgerechte Indikationsstellung und Durchführung der Untersuchung, die vollständige Darstellung der diagnostisch relevanten Bildinformationen und Bildkennzeichnung sowie die Schlüssigkeit und Identifizierbarkeit des Befundberichts zu bewerten. Abhängig von eventuell festgestellten Beanstandungen wird das Ergebnis der Stichprobenprüfung einer von vier Kategorien (keine, geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen) zugeordnet.

Bundesweit wurden von 2008 bis 2023 über 3.000 Ärztinnen und Ärzte für eine Stichprobenprüfung in der Kernspintomographie ausgewählt. Dabei wurden circa 35.000 Behandlungsfälle (Patientinnen und Patienten) überprüft. Seit 2020 erfolgen die Prüfungen auf der Grundlage aktualisierter beziehungsweise komplett neu gefasster Qualitätsbeurteilungskriterien.

GUTE ERGEBNISSE IN DER KERNSPINTOMOGRAPHIE

Die bundesweiten Ergebnisse der zufallsgesteuerten Stichproben waren über die Prüffahre durchweg gut und konnten sich im Verlauf der letzten Jahre sogar noch weiter verbessern.

› BEANSTANDUNGSQUOTEN

keine geringe erhebliche schwerwiegende



Seit Inkrafttreten der neuen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie in 2020 betrug der bundesweite Anteil an Prüfungen ohne oder mit nur geringen Beanstandungen zwischen 93 und 97 Prozent. Nur bei drei bis sieben Prozent wurden erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt (siehe Abbildung Seite 8). Insgesamt wurden bei den fast 3.000 Routineprüfungen seit 2008 nur in 36 Fällen schwerwiegende Beanstandungen festgestellt.

EVALUATION DES STICHPROBENVERFAHRENS

Im Auftrag des G-BA führte das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) für den Berichtszeitraum von 2010 bis 2017 eine Evaluation der Stichprobenverfahren durch. In seinem Evaluationsbericht weist das aQua-Institut auch auf die anhaltend guten Prüfergebnisse in der Kernspintomographie hin und stellt fest, dass die Anteile erheblicher und schwerwiegender Beanstandungen in allen Berichtsjahren sehr gering sind. Dabei weist das aQua-Institut darauf hin, dass bei dauerhaft guten Ergebnissen Stichprobenprüfungen vergleichsweise ineffizient seien, da der grundlegende Aufwand zur Organisation und Durchführung von Stichprobenverfahren bei allen Leistungsbereichen ähnlich sei.

AUFHEBUNG UND AUSSETZUNG VON STICHPROBENPRÜFUNGEN

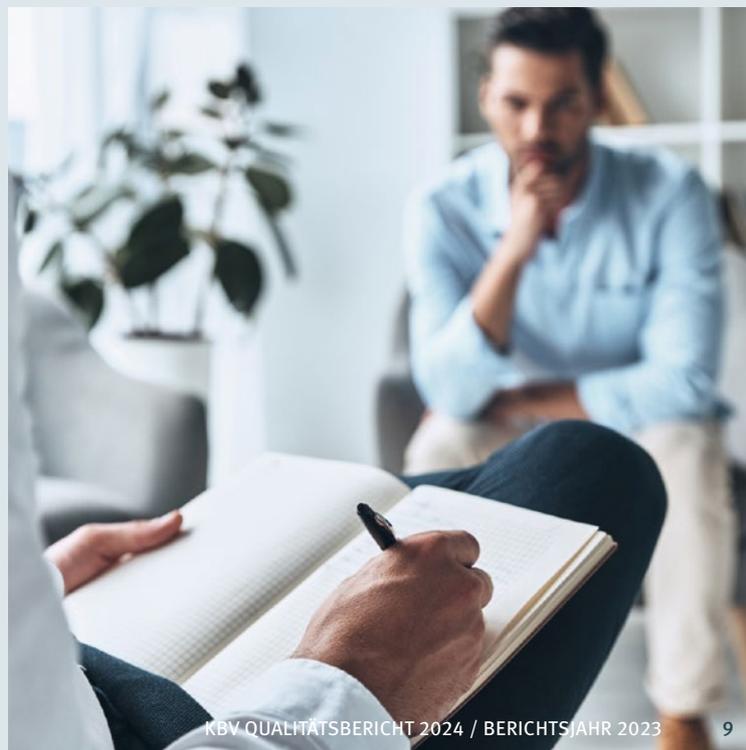
Am 22. November 2024 hat der G-BA beschlossen, die Qualitätsprüfungen im Bereich Kernspintomographie ab 2025 für mindestens fünf Jahre auszusetzen. Damit entfällt die Verpflichtung für die KVen, kernspintomographische Leistungen auszuwählen und Stichprobenprüfungen durchzuführen. Ob Stichprobenprüfungen in der Kernspintomographie ab 2030 gegebenenfalls wieder eingeführt werden, zum Beispiel, wenn fachliche beziehungsweise medizinische Gründe oder andere Erkenntnisse zur Qualität (zum Beispiel neue Untersuchungsmethoden) vorliegen, wird der G-BA in 2028 beraten.

Im Jahr 2023 hat der G-BA bereits für den Leistungsbereich Computertomographie die Verpflichtung zur Durchführung von Stichprobenprüfungen dauerhaft aufgehoben. Wie bei der Kernspintomographie waren auch bei der Computertomographie die Ergebnisse in den vorangegangenen Prüfjahren durchweg gut. Damit folgt der G-BA den Empfehlungen aus dem Evaluationsbericht des aQua-Instituts und setzt erstmals Stichprobenverfahren dauerhaft (Computertomographie) beziehungsweise zumindest langjährig (Kernspintomographie) außer Kraft. Der durch den Wegfall der Prüfpflicht reduzierte Verwaltungsaufwand entlastet die Ärztinnen und Ärzte, aber auch die Qualitätssicherungskommissionen der KVen. Und nicht zuletzt belegt der Beschluss des G-BA die hohe Qualität diagnostischer Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung.

➤ AMBULANTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG / ERPROBUNG EINES QS-VERFAHRENS

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.

Die Richtlinie ist nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. September 2024 in Kraft getreten. Sie hat zum Ziel, die Behandlungsqualität der vier Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Systemische Therapie) zu fördern, Transparenz zu schaffen sowie die patientenorientierte Kommunikation und Partizipation zu verbessern. Die KBV hat sich maßgeblich dafür eingesetzt, dass das neue QS-Verfahren zunächst in einer Region über sechs Jahre erprobt wird, bevor es bundesweit zum Einsatz kommen soll. Die regionale Erprobung startet am 1. Januar 2025 in Nordrhein-Westfalen.



› QUALITÄTSSICHERUNG EINSATZ VON ATMP IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Arzneimittel für neuartige Therapien – ATMP „Advanced Therapy Medicinal Products“ – basieren auf Gen-, Gewebe- oder Zellprodukten. Diese Therapien sind innovativ und erfordern hohe Qualitätsstandards.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt den Einsatz einiger dieser Gen- und Zelltherapeutika in der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie (ATMP-QS-RL) gemäß § 136a Abs. 5 SGB V), sowie in den entsprechenden Anlagen indikationsbezogen oder wirkstoffbezogen. Die Arzneimittelgruppe heisst ATMPs. Die endgültige Entscheidung über die Einleitung einer Qualitätssicherungs-Maßnahme trifft der G-BA nach bestimmten Kriterien zur Beurteilung der Erforderlichkeit im Rahmen des Unterausschusses Arzneimittel.

In den Anwendungsgebieten B-Zell-Neoplasien, spinale Muskelatrophie (SMA) und Epstein-Barr-Virus-positiver Posttransplantations-lymphoproliferativer Erkrankung (EBV+ PTLD), welche das Risiko einer Lymphomentwicklung birgt, ist die Durchführung qualitätsgesicherter ATMP aufgrund der Komplexität ausschließlich auf Krankenhäuser beziehungsweise Universitätskliniken beschränkt. Dagegen ist die ambulante Nachsorge der Anwendungsgebiete aus den ersten zwei Anlagen bereits seit Inkrafttreten der Richtlinie in Teilen vertragsärztlich erbringbar. Anlage III regelt die Qualitätsvorgaben nur für die stationäre Versorgung.

Mit der Markteinführung von Gentherapien zur Behandlung der Hämophilie musste die ATMP-QS-Richtlinie angepasst werden, da diese Arzneimittel sowohl stationär durch Krankenhäuser als auch ambulant durch Vertragsärzte verabreicht werden können.

ENTWICKLUNG DER ATMP-QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE UND IHRER ANLAGEN



'22 '23 '24

KONTROLL- UND PRÜFVERFAHREN DER KVen

Welche Nachweise in welcher Form bei den KVen für eine Genehmigung einzureichen sind, regeln die Paragraphen 16a bis 16d der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie des G-BA sowie die „Besonderen Bestimmungen“ in §10 bis §13 der Anlage IV Gentherapeutika bei Hämophilie.

Neben Mindestanforderungen gibt es weitere Qualitätsanforderungen für die einzelnen Behandlungsphasen von der Therapievorbereitung über die Durchführung bis zur Nachsorge. Sie betreffen die fachlichen Kenntnisse des ärztlichen und nichtärztlichen Personals, die Arbeitsprozesse in der Einrichtung sowie Strukturvorgaben. Nur Einrichtungen, die die Mindestanforderungen nachweislich erfüllen, dürfen Leistungen im Rahmen einer ATMP-Therapie erbringen. Für das Nachweisverfahren stellt der G-BA Checklisten sowie ein Musterformular (in der jeweiligen Anlage) zur Verfügung.

Eine Anzeige erfolgt in allen Fällen (Vorbereitung und Durchführung sowie die Nachsorge der Therapie). Ärztinnen und Ärzte, die beabsichtigen, ATMP anzuwenden oder die Vor- und Nachsorge einer solchen Therapie zu übernehmen, zeigen dies zunächst ihrer zuständigen KV an.

Für die Durchführung der Therapie ist zusätzlich eine Genehmigung erforderlich. Eine ATMP-Therapie darf nur mit erteilter Genehmigung nach erfolgreicher Anzeige stattfinden.

BERICHTERSTATTUNG DER KVen

Die KVen übermitteln jedes Jahr bis zum 30. April, anhand eines von der KBV zur Verfügung gestellten Datenblattes, die Anzahl an erteilten Anzeigebestätigungen und Genehmigungen für ATMP-Therapien des Vorjahres an die KBV; die Anzeige und die Genehmigung werden personengebunden und pro Einrichtung ausgestellt. Die KBV übermittelt die Daten bis zum 30. Juni an die Geschäftsstelle des G-BA.

ATMP-THERAPIE / BEHANDLUNGSPHASEN

EINRICHTUNGEN, Z. B.:	VORBEREITUNG DIAGNOSTIK, INDIKATIONSSTELLUNG	DURCHFÜHRUNG APPLIKATION ATMP	NACHSORGE VERLAUFSKONTROLLEN, ZUM TEIL ÜBER JAHRE
		DIE KV ERTEILT:	
<ul style="list-style-type: none"> › Arztpraxen › Medizinische Versorgungszentren (MVZ) › zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> › eine Bestätigung der gestellten Anzeige 	<ul style="list-style-type: none"> › eine Bestätigung der gestellten Anzeige und › eine Genehmigung 	<ul style="list-style-type: none"> › eine Anzeigebestätigung

Für Krankenhäuser, Hochschulambulanzen und die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V sind die Bestimmungen der ATMP-QS-RL in Verbindung mit der Qualitätskontroll-Richtlinie des Medizinischen Dienstes (MD-QK-RL) maßgeblich.



ARZNEIMITTEL	VORBEREITUNG	DURCHFÜHRUNG	NACHSORGE	ZEITRÄUME UND ANFORDERUNGEN
--------------	--------------	--------------	-----------	-----------------------------

ATMP-QS-RL ANLAGE I / CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien

Abecma® Breyanzi® Carvykti® Kymriah® Tecartus® Yescarta®				<ul style="list-style-type: none"> Die Nachsorge umfasst mindestens die ersten drei Jahre nach der CAR-T-Zellinfusion. In den ersten vier Wochen nach der Verabreichung des Arzneimittels findet eine engmaschige Überwachung mit stationärem Aufenthalt statt. Um den Informationsfluss sicherzustellen, muss eine spezifische Standardarbeitsanweisung (Englisch: Standard Operating Procedure [SOP]) für die Übergänge zwischen der Behandlung und der ambulanten onkologischen Nachsorge zu der CAR-T-Zelltherapie vorhanden sein (Nachsorgeplan).
---	--	--	--	---

ATMP-QS-RL ANLAGE II / Onasemnogene Apeparvovec bei SMA

Zolgensma®				<ul style="list-style-type: none"> Die Nachsorge umfasst die ersten fünfzehn Jahre nach der Infusion. Im ersten Jahr nach der Verabreichung des Arzneimittels darf die Nachsorge nur in bzw. an einer an eine Behandlungseinrichtung, in der die Therapieentscheidung für und die Anwendung von dem Gentherapeutikum erfolgte, angeschlossenen oder mit dieser kooperierenden ambulanten Einrichtung oder Hochschulambulanz erfolgen. Um den Informationsfluss sicherzustellen, muss eine spezifische SOP für die Übergänge zwischen der Vorbereitung der Behandlung und der Nachsorge zu der Onasemnogen-Apeparvovec-Therapie vorhanden sein (Nachsorgeplan).
------------	--	--	--	---

ATMP-QS-RL ANLAGE III / Tabelecleucel bei EBV+ PTLD

Ebvallo®				<ul style="list-style-type: none"> Es werden keine Qualitätsanforderungen an die Nachsorge gestellt.
----------	--	--	--	---

ATMP-QS-RL ANLAGE IV / Gentherapeutika bei Hämophilie

Hemgenix® Roctavian®				<ul style="list-style-type: none"> Die Nachsorge ist bis mindestens fünfzehn Jahre nach der einmaligen Verabreichung des Arzneimittels zu erbringen und kann auch außerhalb der qualifizierten Hämophilie-Zentren erfolgen.
-------------------------	--	--	--	--

ATMP-QS-RL ANLAGE V / Eladocogene Exuparvovec bei AADC-Mangel

Upstaza®				<ul style="list-style-type: none"> Die Nachsorge umfasst mindestens fünfzehn Jahre nach der Infusion. In den ersten zwei Jahren nach der Verabreichung des Arzneimittels darf die Nachsorge nur in einer Behandlungseinrichtung erfolgen, in der die Therapieentscheidung für und die Anwendung von dem Gentherapeutikum stattfanden. Ab dem dritten Jahr kann die Nachsorge auch wohnortnah und außerhalb erfolgen.
----------	--	--	--	---

› QUALITÄTSMANAGEMENT UND PATIENTENSICHERHEIT

ERGEBNISSE DER STICHPROBENERHEBUNG 2023

Die Ergebnisse der QM-Stichprobenerhebung 2023 bestätigen einen hohen Umsetzungsstand von einrichtungsinternem QM in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Komplexe und patientensicherheitsrelevante Instrumente, Methoden und Anwendungsbereiche, wie beispielsweise Fehlermanagement, Arzneimitteltherapiesicherheit, Hygienemanagement, Notfallmanagement, Patienteninformation und -aufklärung erreichen Werte von weit über 90 Prozent.

Auch neu zugelassene Einrichtungen (unter drei Jahren Zulassungsdauer) setzen einrichtungsintern QM auf hohem Niveau um. Im Vergleich zur Stichprobenerhebung 2021 zeigt sich bei fast allen Instrumenten und Methoden sowie Anwendungsbereichen eine Steigerung des Umsetzungsgrades des einrichtungsinternen QM.

Die Ergebnisse aus allen 17 KVen sind – wie in den bisherigen Erhebungen – bemerkenswert homogen. Die KVen nehmen die einrichtungsbezogenen, nicht anonymisierten Ergebnisse zum Anlass, um das Qualitätsmanagement in den Praxen weiter und noch gezielter zu fördern (siehe Infobox).

Im Rahmen der QM-Stichprobenerhebung 2023 wurden vier Prozent der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Einrichtungen zufällig ausgewählt. 4.169 Einrichtungen füllten den Fragebogen aus, was einer Rücklaufquote von 96 Prozent entspricht.

Die Stichprobe enthielt etwa 70 Prozent Vertragsärzte und -ärztinnen und 30 Prozent Vertragspsychotherapeuten und -therapeutinnen. 87 Prozent der Teilnehmenden waren zum 1. Januar 2023 bereits länger als drei Jahre zugelassen. Einzelpraxen stellten mit 73 Prozent den größten Anteil der Stichprobe, gefolgt von Berufsausübungsgemeinschaften (17 Prozent) und Medizinischen Versorgungszentren (vier Prozent). Die Datenerfassung und -auswertung wurde mit Hilfe eines von der KBV bereitgestellten Webportals durchgeführt.

Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden sind verpflichtet, einrichtungsintern QM umzusetzen. Die spezifischen Anforderungen legt der G-BA in der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) fest. Die regelmäßige Erhebung und Darlegung des aktuellen Umsetzungsstands von einrichtungsinternem QM erfolgen mittels eines vom G-BA festgelegten Fragebogens.

UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE DER KVEN ZUR UMSETZUNG VON QM

- › Feedbackbrief mit allgemeinen Informationen zum QM (zum Beispiel QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen)
- › Themenbezogene Informations- und Schulungsmaterialien (zum Beispiel Hygiene-Leitfaden und Hygieneplan)
- › Schulungen zu Methoden, Instrumenten und Anwendungsbereichen
- › Individuelle Beratungen per Telefon/Videokonferenz
- › Vor-Ort-Beratungen (Praxisbesuche)

METHODEN, INSTRUMENTE UND ANWENDUNGSBEREICHE § 4 QM-RICHTLINIE

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



02

STRUKTUREN UND PROGRAMME DER QS

KERNDIMENSIONEN
DER QUALITÄTS-
SICHERUNG

STRUKTURQUALITÄT

Eigenschaften und Merkmale
– fachliche, räumliche, apparative
und organisatorische Voraussetzungen

PROZESSQUALITÄT

Versorgungsprozess und Organisation
– diagnostische und
therapeutische Maßnahmen

ERGEBNISQUALITÄT

Indikatorgestützte Qualitätsziele

› AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG

KERNAUFGABEN, INSTRUMENTE, ERGEBNISSE UND MAßNAHMEN

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

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

ZIELE DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

AUSWAHL DER INSTRUMENTE ZUR QUALITÄTSMESSUNG

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

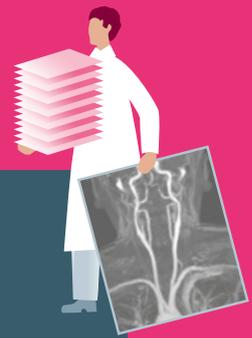
Um geeignete Prüfparameter zur Ergebnisqualität einer medizinischen Leistung bestimmen und überprüfen zu können, müssen einige Faktoren mitgedacht werden. Dies betrifft einerseits die individuelle Situation von Patienten und Patientinnen (Krankenvorgeschichte und Lebenssituation), aber auch die Bereitschaft der Betroffenen, ärztlichen Therapieempfehlungen zu entsprechen (Compliance / Adherence). Die Einflüsse dieser, aber auch weiterer Faktoren sind vielfältig. Sie messbar zu machen, ist schwierig. Einfacher scheint es da, die Prozessqualität einer medizinischen Intervention zu beurteilen. Beispiele hierfür sind die Hygieneprüfungen, indikatorgestützte Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Koloskopie (Vollständigkeit einer Koloskopie), jährliche Mindestfrequenzen, obligate Aus- und Fortbildungsnachweise und selbstverständlich auch Dokumentationsüberprüfungen, in der Regel durch eine Stichprobe.

SYSTEM DER QUALITÄTSSICHERUNG

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständs mit einer professionellen Verwaltung. In allen KVen sind leistungsbereichsbezogene Qualitätssicherungskommissionen, in denen besonders erfahrene Ärzte und Ärztinnen aus den jeweiligen Bereichen tätig sind, institutionell verankert. Diese beurteilen beispielsweise die im Rahmen von Stichprobenprüfungen angeforderten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen in einem Peer-Review-Verfahren. Mit diesem System der Qualitätssicherung wurde ein dichtes Qualitätssicherungsnetz entwickelt. Insgesamt arbeiten bundesweit etwa 3.200 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

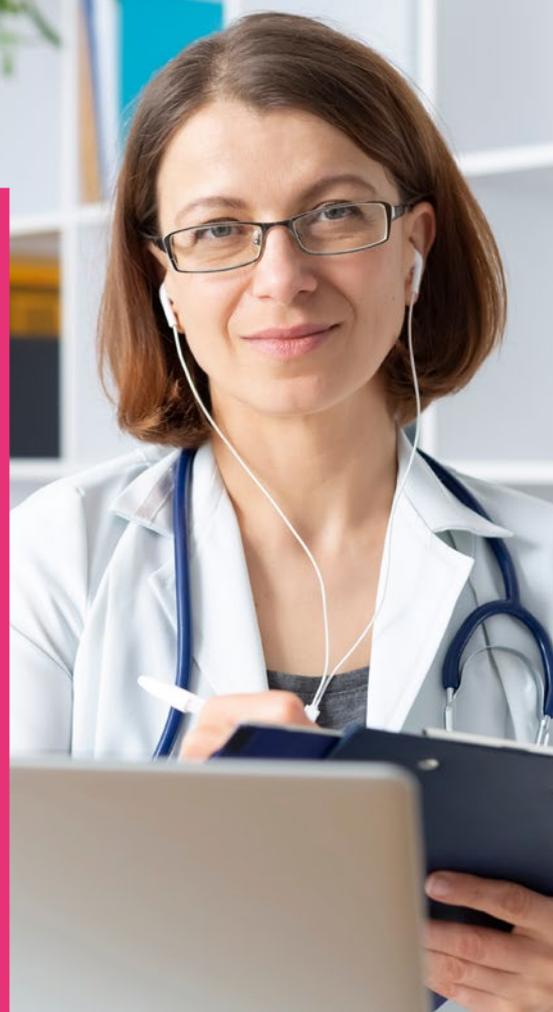
QUALITÄTSMANAGEMENT nach § 135a Abs. 2 SGB V



› 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. 2023 wurden allein für diese Aufgabe etwa 59.000 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. 2023 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt etwa 170 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. 2023 erfolgte dies bei 414 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 2023 bei 426 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 2023 etwa 1.400 Kolloquien statt, wobei der größte Teil, etwa 1.000, im Leistungsbereich Ultraschall diagnostik durchgeführt wurde. 176 Kolloquien gab es im Laborbereich.

› FREQUENZREGELUNG

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

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

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

› KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG

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

› REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH

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

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

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

Durch Gewährleistungserklärungen und regelmäßige Konstanzprüfungen, die durch Wartungsnachweise ersetzt werden können, werden Ultraschallgeräte in Bezug auf die Einhaltung apparativer Vorgaben überprüft. Damit wird jedes einzelne der etwa 173.500 Ultraschallgeräte von jedem der 96.300 Vertragsärzte und Vertragsärztinnen zusätzlich zu den Stichprobenprüfungen geprüft. Mit diesem für die KVen nicht unerheblichen Aufwand wird das Ziel verfolgt, die Qualität im Bereich Ultraschall auf einem hohen Niveau zu halten und weiter zu optimieren.

› PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG

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

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

› FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

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

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

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

› STANDARDISIERTE ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION

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

› EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG

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

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

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

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

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

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

- › Akupunktur
- › Histopathologie Hautkrebs-Screening
- › HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
- › Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom
- › Intravitreale Medikamenteneingabe
- › Kapselendoskopie – Dünndarm
- › Koloskopie
- › Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom
- › Liposuktion
- › Magnetresonanz-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
- › Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
- › Ultraschalldiagnostik
- › Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte
- › Vakuumbiopsie der Brust
- › Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

› RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION

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

Zur Sicherung und Förderung der hohen Qualität in der ambulanten Versorgung werden dafür Daten zu bestimmten Qualitätsparametern von den Vertragsärzten und -ärztinnen behandlungsfallbezogen elektronisch dokumentiert und an die KV oder eine von ihr beauftragte Stelle übermittelt. Auf Basis dieser Angaben werden unter anderem Rückmeldeberichte erstellt, welche die Ärztinnen und Ärzte zur praxis-internen 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. Per 31. Dezember 2023 haben mehr als 97 Prozent der Nachweispflichtigen die 250 Fortbildungspunkte gegenüber ihrer KV nachgewiesen und damit die Vorgaben erfüllt.

Mehr Infos unter:

➔ 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 und mit bis zu sechs CME-Punkten zertifiziert. Die Fortbildungspunkte werden auf Wunsch elektronisch an die jeweils zuständige Ärztekammer übermittelt (gilt nur für Ärzte beziehungsweise Ärztinnen).

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

FORTBILDUNGSTHEMEN (AUSWAHL):

Elektronische Patientenakte

Arzneimittel

Außerklinische Intensivpflege

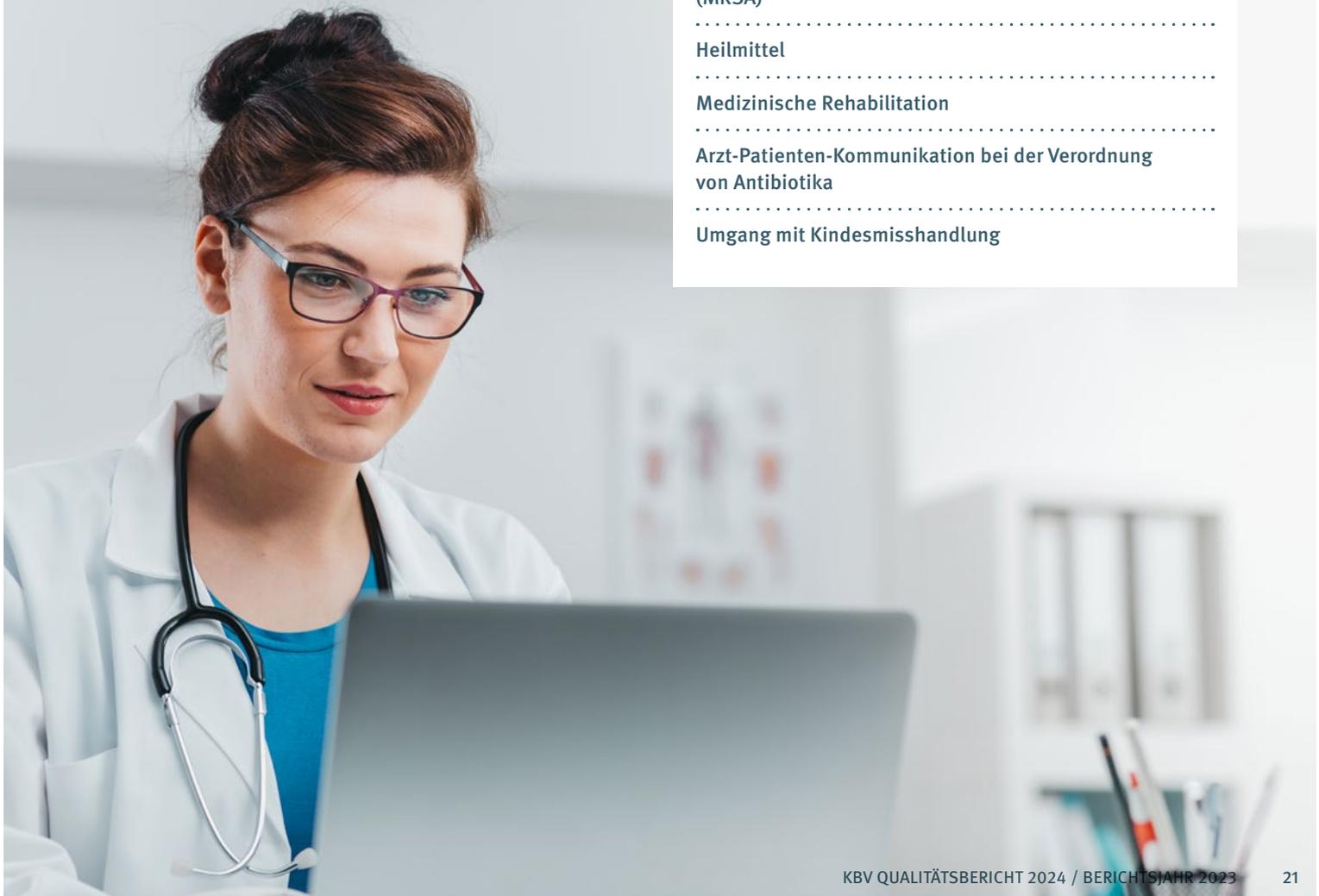
Methicillin-resistenter Staphylococcus-aureus-Keim (MRSA)

Heilmittel

Medizinische Rehabilitation

Arzt-Patienten-Kommunikation bei der Verordnung von Antibiotika

Umgang mit Kindesmisshandlung



› QUALITÄTSZIRKEL

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

Die KBV fördert diese Form der Fortbildung im Rahmen eines Konzepts, das auf der Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutorinnen und -Tutoren sowie -Moderatorinnen und -Moderatoren beruht und die Zirkelarbeit sowohl inhaltlich-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.

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 2023 beendeten 13 Teilnehmende aus elf KVen, darunter erstmals ein Teilnehmer aus der KV Saarland, die 14. Tutorenausbildung und übernehmen jetzt die Moderatorenaus- und -fortbildungen in ihrer KV.

2023 engagierten sich bundesweit rund 6.750 Moderatorinnen und Moderatoren in circa 7.750 Qualitätszirkeln, an denen über 67.000 Vertragsärzte und -ärztinnen sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten teilnahmen.

Nachdem die Zahl der ausgebildeten Moderierenden bereits 2022 wieder auf Vor-Corona-Niveau lag, konnte in 2023 ein weiterer Zuwachs verzeichnet werden: Fast 550 Personen haben ihre Moderatorenausbildung abgeschlossen (ein Plus von fünf Prozent).

QUALITÄTSZIRKEL-NEWSLETTER

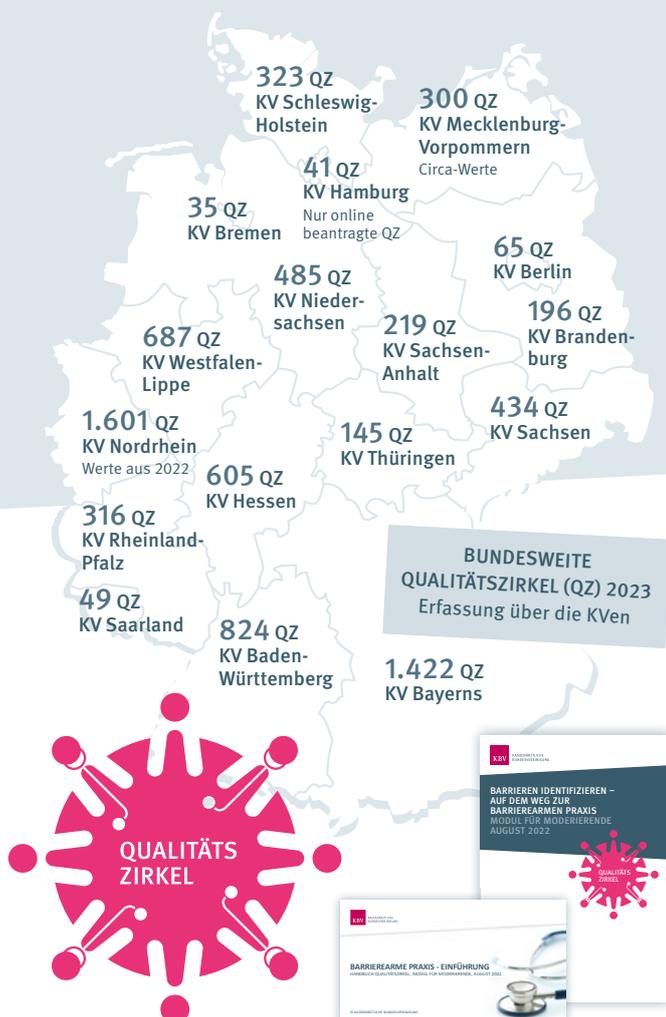
Der Qualitätszirkel-Newsletter informiert in größeren Abständen Qualitätszirkel-Interessierte über neue Themen sowie methodische und didaktische Unterstützungsangebote. Er hatte zum Jahresende 2023 fast 15.000 Abonnenten.

FÖRDERUNG DURCH DIE KVen

Für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität sind Qualitätszirkel von großer Bedeutung. Sie sind in erster Linie eine freiwillige Initiative der Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, werden aber zunehmend auch als Option in Sonderverträgen, Richtlinien oder Qualitätssicherungsvereinbarungen eingesetzt. Alle KVen fördern die Zirkelarbeit. Dies reicht von finanzieller Unterstützung über Informations- und Fortbildungsangebote für Moderierende und organisatorische Hilfen (beispielsweise Bereitstellung von Räumen, Vermittlung von Experten, Beantwortung von Fortbildungspunkten bei den Berufskammern) bis hin zu gezielter Öffentlichkeitsarbeit in den KV-Medien.

Mehr Infos unter:

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



QUALITÄTSZIRKEL IN ZAHLEN

7.747 Qualitätszirkel und
über 67.000 Teilnehmende

67 Tutorinnen und Tutoren unterstützen
aktiv die regionale Zirkelarbeit

Bundesweit 546 neu ausgebildete
Moderatorinnen und Moderatoren

24 Fortbildungsveranstaltungen für
Moderatorinnen und Moderatoren in den KVen

Über 1.600 Downloads
der Qualitätszirkel-Module

20 JAHRE QUALITÄTSZIRKEL- HANDBUCH

2024	15. Tutorenausbildung
2019	4. AUFLAGE QZ-HANDBUCH, 45 MODULE
2017	QZ-Module online frei verfügbar
2016	Tandem-Trainer-Ausbildung Frühe Hilfen
2015	Online-Version QZ-Handbuch im Sicheren Netz der KVEn
2013	3. AUFLAGE QZ-HANDBUCH, 28 MODULE
2011	Evaluation Moderatorenausbildung
2008	2. AUFLAGE QZ-HANDBUCH, 18 MODULE
2005	1. Nationales QZ-Tutorentreffen
2004	VERÖFFENTLICHUNG QZ-KONZEPT 1. AUFLAGE HANDBUCH QZ, 7 MODULE
2003	1. Tutorenausbildung
2002	Beginn Entwicklung Tutoren-Konzept
1993	Aufnahme in QS-Richtlinien
90er	ERSTE QZ-PROJEKTE

ENTWICKLUNG QUALITÄTSZIRKEL- KONZEPT

Das Handbuch Qualitätszirkel erschien erstmals vor 20 Jahren. Es ist die Grundlage des Qualitätszirkel-Konzeptes der KBV. Darin sind die Tutorenaus- und -fortbildung sowie die Moderatorenaus- und -fortbildung dargelegt. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl didaktischer und themenbezogener Module, die den Moderierenden die Vorbereitung und Durchführung von Zirkelsitzungen erleichtern. Sie sind als Handlungsempfehlungen zu verstehen, die an die Teilnehmenden des jeweiligen Qualitätszirkels angepasst werden können und sollen. Neben dem eigentlichen Modul werden unterstützende Materialien wie Moderationsplakate, Checklisten, Präsentationen und Fallsammlungen zur Verfügung gestellt.



QUALITÄTSMANAGEMENT UND PATIENTENSICHERHEIT

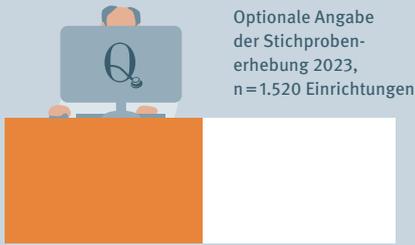
QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®

QEP ist ein QM-Verfahren speziell für Praxen und 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.



QEP® IN ZAHLEN

Etwa die Hälfte aller Praxen und MVZ nutzen QEP® als Grundlage für ihr internes Qualitätsmanagement.



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



In den KVen haben 2023 etwa 45 QEP®-Einführungsseminare stattgefunden. Seit der Einführung von QEP® waren es mehr als 1.700 Seminare mit über 35.000 Teilnehmenden.



Das QM-Modul in der App KBV2GO wurde bisher über 76.000 Mal heruntergeladen.



QEP-ZERTIFIZIERUNGEN WIEDER MÖGLICH

Ergänzend zur Einführung und Weiterentwicklung von internem QM bietet QEP die Möglichkeit, im Rahmen einer Zertifizierung die Umsetzung von neutralen Dritten prüfen zu lassen. Das QEP-Zertifizierungsverfahren ist von der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAKKS) als Konformitätsbewertungsprogramm gemäß DIN EN ISO/IEC 17065 anerkannt. Eine Zertifizierungsstelle hat nun die Genehmigung der DAKKS zur Durchführung von QEP-Zertifizierungsverfahren erhalten:

➔ www.kbv.de/html/898.php

Mehr Infos unter:

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

➔ www.kbv.de/qep

› QUALITÄTSMANAGEMENT-TOOLS

eZAP
Patientenzufriedenheit



QM-TOOL: PATIENTENBEFRAGUNG eZAP

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

Die Online-Anwendung des „Fragebogens zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ – kurz ZAP und elektronisch eZAP – steht auf der KBV-Website zur Verfügung. Praxen können mit wenigen Klicks ihre Patientenbefragung anlegen, einen Zeitraum wählen sowie den Fragebogen und ein Poster für das Wartezimmer ausdrucken.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/html/6332.php



QM-TOOL: Mein PraxisCheck

AKTUALISIERT: PATIENTENSICHERHEIT SOWIE DATENSCHUTZ UND INFORMATIONSSICHERHEIT

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

Im Jahr 2023 wurden zwei Themen aktualisiert:

› **Mein PraxisCheck Patientensicherheit** stellt fünf Fragen, die es in sich haben – vom Risikomanagement über den Umgang mit Fehlern bis hin zum Schadensfall.

› **Mein PraxisCheck Datenschutz und Informationssicherheit** mit 15 Fragen zu relevanten Aspekten zum Schutz von Patientendaten wurde an aktuelle gesetzliche Gegebenheiten angepasst und auf den neuesten Stand gebracht.

Zur Themenauswahl von Mein PraxisCheck:

➔ 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 der QEP-Version 2022 an. Zur Auswahl stehen verschiedene Themen, zum Beispiel Terminvergabe oder Therapieentscheidung, Leitlinien und EbM, Aufklärung und Einwilligung.

Mehr Infos unter:

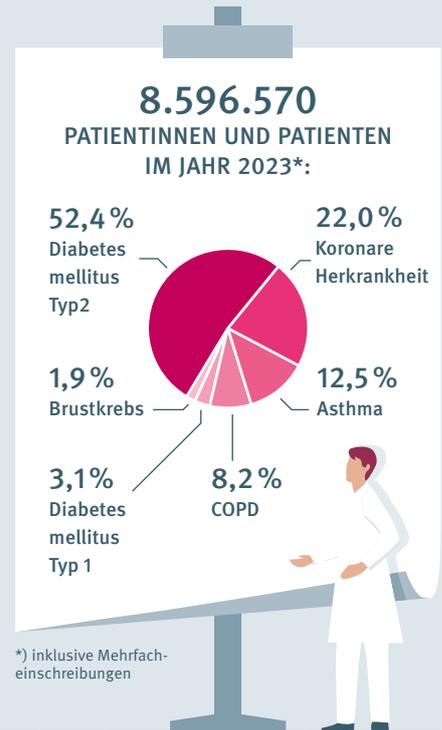
➔ www.kbv.de/html/kbv2go.php

› DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME DMP

Ende des Jahres 2023 waren mehr als 7,2 Millionen Patientinnen und Patienten in Disease-Management-Programme (DMP) für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1, koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Brustkrebs eingeschrieben. Da Patientinnen und Patienten zum Teil an mehreren DMP teilnehmen können, gab es zum 31. Dezember 2023 insgesamt über 8,5 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Ein großer Teil dieser Einschreibungen, mehr als 4,5 Millionen, erfolgte im DMP Diabetes mellitus Typ 2. Im DMP KHK sind knapp 1,9 Millionen Patientinnen und Patienten eingeschrieben, das sind 22 Prozent aller DMP-Einschreibungen. Zum 1. Oktober 2023 sind erste

Verträge zum DMP Osteoporose in Kraft getreten. Im vierten Quartal 2023 konnten bereits 125 Patientinnen und Patienten in dieses DMP eingeschrieben werden.

Zu beachten ist bei diesen Patientenzahlen, dass für die Jahre 2020 und 2021 Ausnahmeregelungen für die Teilnahme an Schulungen und Dokumentationen aufgrund der COVID-19-Pandemie (vom 27. März 2020) galten. Daher gab es in dieser Zeit auf Grund Nicht-Teilnahme an Schulungen oder fehlender Dokumentation keine Ausschreibung aus dem DMP. Diese künstliche Erhöhung der Zahlen reguliert sich nun nach dem Ende der Ausnahmeregelung zum 31. Dezember 2021. Somit kam es im Folgejahr zu höheren Ausschreibungen von Patientinnen und Patienten.



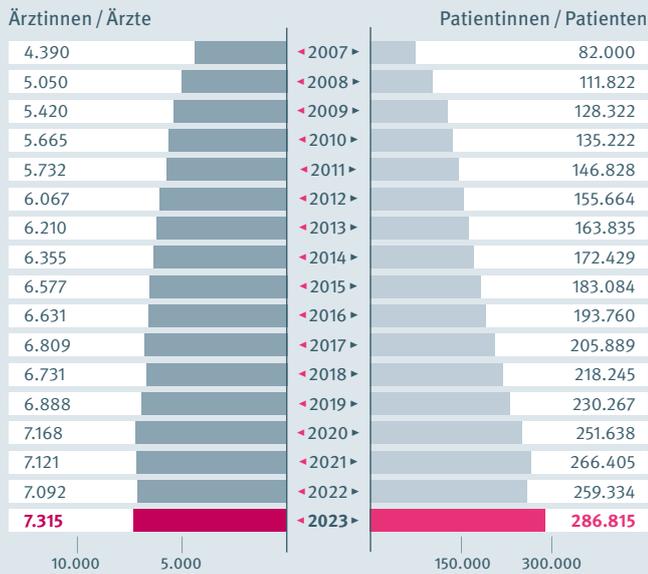
VERTRAGSUMFANG IM DMP

KVen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1																		
Ärzte ^{1, 2)} mit Genehmigung	265	2.689	292	103	20	89	317	55	258	1.322	169	36	159	287	92	83	1.079	7.315
Patienten ^{1, 3)}	27.181	38.365	11.040	9.120	2.094	7.266	20.287	4.699	30.391	31.678	12.286	2.607	13.569	7.529	12.012	7.079	31.612	268.815
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	6.586	8.240	2.205	1.573	427	913	4.443	1.093	4.826	7.138	2.525	621	2.585	2.129	1.985	1.366	4.951	53.606
Patienten ³⁾	526.014	575.442	183.683	209.901	33.986	72.864	310.288	107.492	415.540	562.329	226.397	61.434	331.907	189.612	126.529	162.067	412.244	4.507.729
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	6.653	8.368	2.090	1.615	428	935	4.430	1.069	4.916	5.846	2.552	650	2.498	1.381	1.847	1.388	4.133	50.799
Patienten ³⁾	240.334	240.018	79.544	97.006	13.476	24.561	99.064	46.201	185.059	241.302	88.834	27.761	122.808	75.914	58.410	76.345	171.211	1.887.848
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP BRUSTKREBS																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	697	1.779	–	158	53	32	–	149	619	793	265	99	244	140	302	126	840	6.296
Patientinnen ³⁾	12.315	29.574	5.435	6.826	967	666	14.162	4.593	17.581	17.878	5.247	1.337	6.168	4.754	5.780	4.371	22.828	160.482
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	6)	✓	✓	✓	6)	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP ASTHMA BRONCHIALE⁴⁾																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	6.801	9.158	1.861	1.125	491	829	4.461	794	4.991	11.493	2.543	634	1.847	1.337	1.784	1.120	4.670	55.939
Patienten ³⁾	112.404	242.357	70.975	62.191	9.965	33.179	55.129	19.040	112.847	120.700	26.945	8.716	81.202	47.622	34.285	41.057	97.769	1.070.658
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
DMP CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG (COPD)⁴⁾																		
Ärzte ²⁾ mit Genehmigung	6.217	9.158	1.809	1.111	421	772	4.106	739	4.589	6.008	2.355	584	1.765	1.337	1.655	1.026	4.627	48.279
Patienten ³⁾	72.650	242.357	46.421	36.776	7.045	13.192	34.197	13.462	81.047	106.556	34.284	8.832	32.284	47.622	18.286	25.456	64.700	700.913
Vertragspartner: KV – alle Kassen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

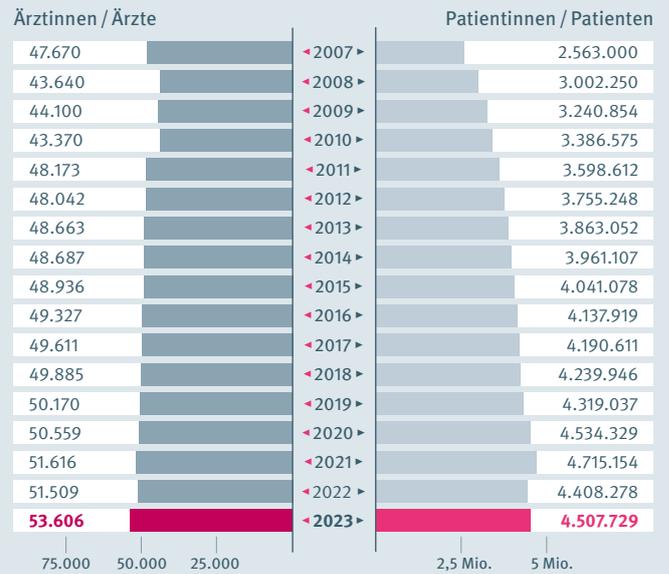
¹⁾ Es wurde nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Anzahl der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2023. ³⁾ DMP-Patienten und -Patientinnen gemäß amtlicher Statistik KM 6 (seit 2020 KM7) Teil II des BMG. ⁴⁾ Anzahl Ärzte und Ärztinnen sowie Patientinnen und Patienten der KVen BY und ST: Keine Unterscheidung der Programme Asthma und COPD. ⁵⁾ Alle Kassen außer AOK. ⁶⁾ Kein Vertrag mit KV.

› DMP 2007 BIS 2023 / ÄRZTINNEN UND ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG UND EINGESCHRIEBENE PATIENTINNEN UND PATIENTEN

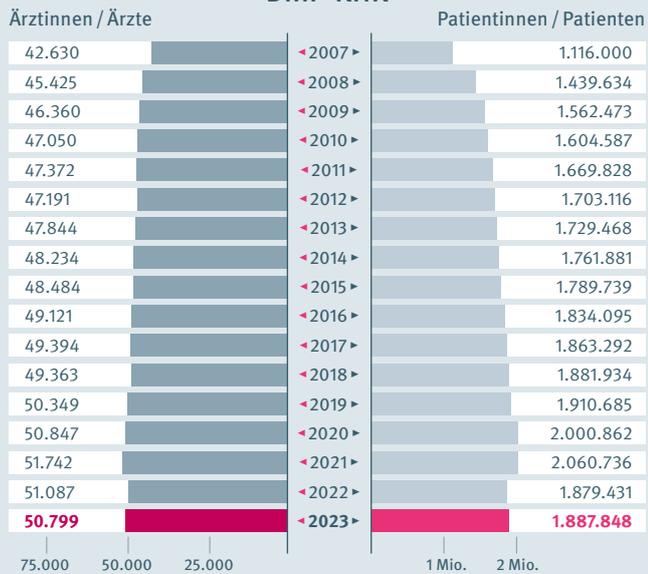
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



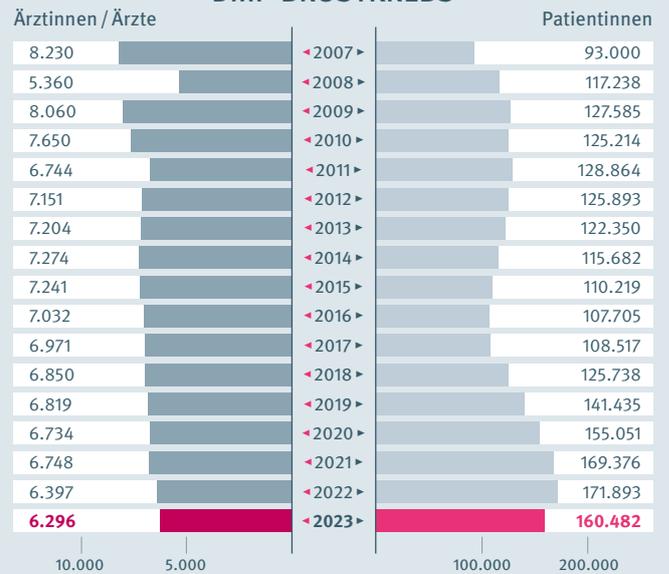
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



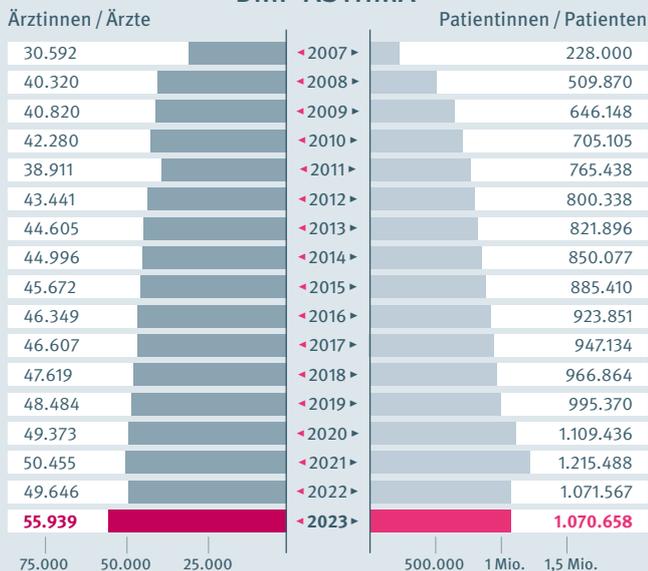
DMP KHK



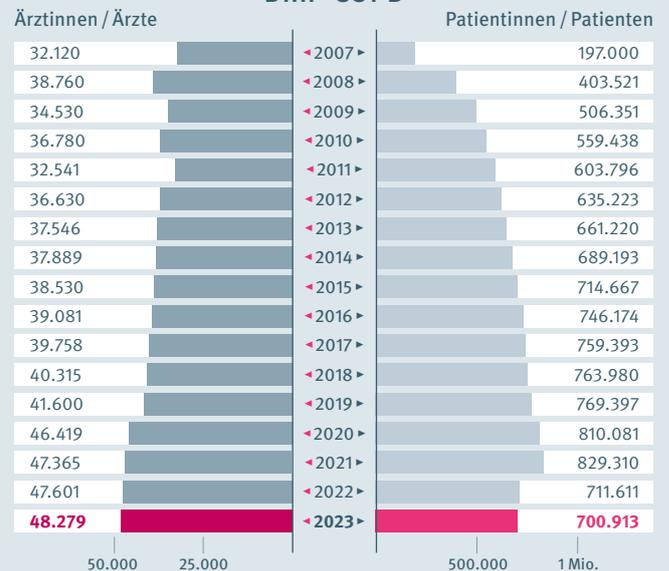
DMP BRUSTKREBS



DMP ASTHMA



DMP COPD



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

➤ 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 Fallzahlenanforderungen unter Anleitung: 3.000 Beurteilungen von Screening-Mammographien, 30 Ultraschalluntersuchungen der Mamma (davon mindestens fünf Karzinomfälle), 15 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle; vier Wochen angeleitete Tätigkeit; Teilnahme an spezifischen Fortbildungskursen; Zertifizierung der apparativen (Röntgen und Ultraschall), räumlichen und organisatorischen Anforderungen (insbesondere der Qualifikation der radiologischen Fachkräfte) durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie

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

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

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: obligate Praxisbegehung im Rahmen der 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

1.186 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN
MIT GENEHMIGUNG IM JAHR 2023

§ 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: 01.01.2025

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

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

BIOPSIIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

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

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

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

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

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

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

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

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

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

KVen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
																		3)
<input checked="" type="checkbox"/> GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2023																		
Screeningeinheiten ¹⁾	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	12	95
Programmverantwortliche Ärzte ²⁾	19	24	8	10	3	4	12	7	15	20	8	2	12	6	8	4	22	184
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	11	18	5	10	1	3	6	7	7	13	5	2	8	6	7	4	10	123
kooperierende Ärzte	177	167	42	21	23	14	63	29	152	141	58	12	90	42	35	35	117	1.218
Befundung von Mammographieaufnahmen	83	87	26	13	8	9	37	14	74	66	28	10	41	23	23	21	87	650
histopathologische Beurteilung	21	34	6	8	4	5	16	9	34	26	12	2	11	11	12	4	20	235
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	11	15	2	0	5	0	10	6	19	14	4	3	8	2	0	1	17	117
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	11	9	2	0	4	0	10	1	18	14	4	3	6	2	0	4	17	105

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

03

SPEZIELLE QUALITÄTSSICHERUNG VON A BIS Z

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

BUNDESWEIT
GELTENDE
QUALITÄTSSICHERUNGS-
VEREINBARUNGEN UND
-RICHTLINIEN

ABKLÄRUNGSKOLPOSKOPIE

✓ 973 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	104	104	53	24	5	51	83	20	82	91	38	18	41	28	43	15	93	893
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	121	113	58	25	5	54	89	22	90	96	39	21	45	33	43	17	102	973
abrechnende Ärzte	110	93	58	23	5	52	85	22	83	92	37	20	44	33	43	16	102	918
beschiedene Anträge ²⁾	20	29	8	9	0	6	17	2	18	10	5	3	10	5	5	3	21	171
– davon Genehmigungen (§ 8 Abs. 3)	20	23	8	8		6	17	2	15	10	5	3	10	5	3	2	20	157
– davon Ablehnungen	0	6	0	1		0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	1	1	14
Kolloquien (Antragsverfahren, § 8 Abs. 4)	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

⚡ GENEHMIGTE GERÄTESYSTEME

im Berichtsjahr genehmigte Gerätesysteme	15	23	11	8	0	0	11	2	13	10	3	3	6	13	3	6	12	139
– davon analog	3	5	3	2			1	1	6	4	0	0	2	6	0	0	2	35
– davon digital	4	12	5	4			5	1	5	1	0	3	3	4	2	2	8	59
– davon Kombisysteme	8	6	3	2			5	0	2	5	3	0	1	3	1	4	2	45

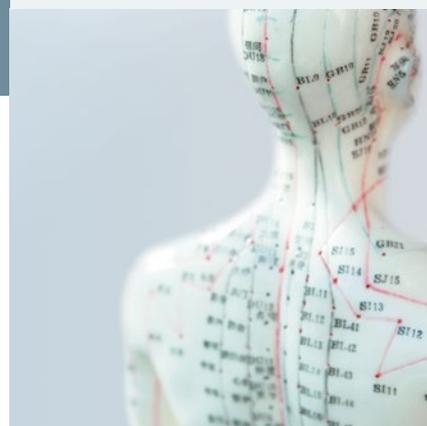
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes.

AKUPUNKTUR

- ✓ 7.776 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 382 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 5.855 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**
- 5.860 **NACHWEISE FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG**



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



- AKKREDITIERUNG:** Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen
- KOLLOQUIUM:** bei wiederholten Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung; bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
- PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG:** Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
- FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL:** mindestens viermalige Teilnahme an Fallkonferenzen beziehungsweise an Qualitätszirkeln zum Thema chronische Schmerzen
- EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:** jährliche Prüfung von fünf Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen; zwölf Fälle und bis zu 18 Ausnahmefälle hinsichtlich Dokumentation des Therapieplans sowie der Eingangs- und Verlaufserhebung
- RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:** jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch Partner des Bundesmantelvertrags festgelegt
- BERATUNG:** gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.181	1.166	587	168	72	122	591	99	562	1.087	313	118	297	140	201	108	964	7.776
beschiedene Anträge ²⁾	21	77	15	7	3	3	47	7	31	97	28	6	9	2	5	1	73	432
– davon Genehmigungen	21	76	15	7	3	2	47	7	31	97	28	6	9	1	5	1	73	429
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	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	23	0	0	0	0	5	0	0	0	21	0	3	0	0	13	3	0	68
– wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	0					0				0		0			0	0		0
– aus sonstigen Gründen	23					5				21		3			13	3		68
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	9	20	37	11	1	5	k.A.	6	51	109	51	5	15	19	22	9	116	486

› Fortsetzung nächste Seite

AKUPUNKTUR

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

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	1.049	1.137	502	161	72	102	492	88	485	939	271	117	249	122	176	95	868	6.925
abrechnende Ärzte geprüft, in %	4,1	3,3	6,3	4,8	5,6	4,9	4,6	4,0	5,9	3,6	5,1	5,1	5,4	5,0	9,5	5,6	5,7	4,8
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	15	5	26	0	0	1	9	3	25	17	7	0	9	3	11	2	11	144
– davon bestanden	15	5	26			1	9	2	24	17	6		7	3	11	1	9	136
– davon nicht bestanden	0	0	0			0	0	1	1	0	1		2	0	0	1	2	8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden											1							1
– davon nicht bestanden											0							0
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	33	34	11	8	4	5	18	1	8	22	9	6	7	4	8	4	44	226
– davon bestanden	27	34	11	8	1	5	15	0	8	21	9	6	7	4	8	3	40	207
– davon nicht bestanden	6	0	0	0	3	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	1	4	19
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	11
– davon bestanden	1		1		0							1				1	3	7
– davon nicht bestanden	0		0		0							0				0	1	1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen – normale Fälle	576	579	380	52	48	71	324	30	300	241	204	78	167	72	132	72	522	3.848
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	25	0	172	0	25	10	29	25	25	6	6	10	10	0	0	12	12	367
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1		172		3	10	0	0	13	6	3	10	2			2	8	230
– davon nicht nachvollziehbar	12		0		0	0	0	25	0	0	0	0	8			1	2	48
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar	12		0		22	0	29	0	12	0	3	0	0			9	2	89
geprüfte Dokumentationen – Ausnahmefälle	368	360	59	132	17	16	111	16	33	67	63	48	98	58	54	26	481	2.007
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	92	0	36	0	9	1	4	16	4	4	0	10	9	0	0	2	16	203
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	1		36		1	1	0	0	4	2		10	6			0	2	63
– davon nicht nachvollziehbar begründet	48		0		0	0	0	16	0	0		0	1			0	11	76
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	43		0		8	0	4	0	0	2		0	2			2	3	64

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 Abs. 2

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.020	988	528	154	26	120	448	99	399	1.022	291	115	277	75	170	84	44	5.860
--	-------	-----	-----	-----	----	-----	-----	----	-----	-------	-----	-----	-----	----	-----	----	----	-------

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

▶ AMBULANTES OPERIEREN

✓ 33.629 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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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	1.129	654	3.320	32.892
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	4.829	5.692	2.300	890	434	1.159	2.479	472	3.245	3.247	1.382	496	1.073	751	1.157	645	3.378	33.629
beschiedene Anträge ²⁾	535	1.353	117	122	61	218	510	31	496	402	186	41	112	68	112	45	680	5.089
– davon Genehmigungen	532	1.310	117	122	61	218	510	31	495	402	186	41	112	68	112	45	680	5.042
– davon Ablehnungen	3	43	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	47
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	21	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45
– davon ohne Beanstandungen			14					24										38
– davon mit Beanstandungen			7					0										7
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	176	135	73	216	k.A.	45	208	302	174	33	19	63	84	54	466	2.049

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

APHERESEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

✓ 1.372 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	145	132	55	74	22	45	60	46	175	167	78	23	60	57	62	42	129	1.372
beschiedene Anträge ²⁾	13	19	8	9	1	0	6	8	25	13	9	3	2	3	7	1	29	156
– davon Genehmigungen	13	17	8	9	1	0	6	8	25	13	9	3	2	3	7	1	29	154
– 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 ³⁾	0	0	1	11	0	1	k.A.	3	3	10	12	3	4	4	1	1	22	76

INDIKATIONEN

LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG

Erstanträge	0	0	2	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7
– davon angenommen	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
– davon abgelehnt	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Folgeanträge	7	12	7	17	1	5	4	2	3	16	14	1	7	11	0	0	8	115
– davon angenommen	7	12	7	17	1	5	4	2	3	16	14	1	7	11	0	0	8	115
– davon abgelehnt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE

Erstanträge	0	9	3	17	0	6	4	13	15	48	0	1	4	9	5	5	28	167
– davon angenommen	0	8	2	11	0	4	3	13	14	42	0	1	2	5	5	4	21	135
– davon abgelehnt	0	1	1	6	0	2	1	0	1	6	0	0	2	4	0	1	7	32
Folgeanträge	29	108	37	118	8	10	51	83	70	548	20	2	96	172	30	43	142	1.567
– davon angenommen	29	108	37	117	1	10	51	83	69	546	20	2	96	171	29	43	138	1.550
– davon abgelehnt	0	0	0	1	7	0	0	0	1	2	0	0	0	1	1	0	4	17

LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER Lp(a)-ERHÖHUNG

Erstanträge	10	38	23	27	7	15	20	8	83	1	10	6	35	5	8	10	40	346
– davon angenommen	8	35	16	21	5	12	17	5	67	1	5	4	22	4	7	7	14	250
– davon abgelehnt	2	3	7	6	2	3	3	3	16	0	5	2	13	1	1	3	26	96
Folgeanträge	55	383	122	82	45	57	78	95	844	21	95	59	259	22	70	105	162	2.554
– davon angenommen	54	383	122	82	38	57	78	95	833	21	95	59	259	22	70	105	160	2.533
– davon abgelehnt	1	0	0	0	7	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	2	21

IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS

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

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

FOKUS ARTHROSKOPIE

GENEHMIGUNGSERTEILUNG QS-VEREINBARUNG ARTHROSKOPIE

ÄRZTINNEN/ÄRZTE
MIT GENEHMIGUNG

2.535	2.527	2.399
2020	2021	2022

FACHGEBIETE

Orthopädie und Unfallchirurgie mit
ZB Spezielle orthopädische Chirurgie

Orthopädie und Unfallchirurgie mit
ZB Spezielle Unfallchirurgie

Orthopädie und Unfallchirurgie

Allgemeinchirurgie

Plastische, rekonstruktive
und ästhetische Chirurgie

ZB Handchirurgie

Fachärztinnen und Fachärzte mit
ZB Kinder- und Jugend-Orthopädie

ANFORDERUNGEN:

- ✓ RÄUMLICH,
APPARATIV
- ✓ FACHLICH

NEU AB 1. OKTOBER 2024



KNIE
SCHULTER

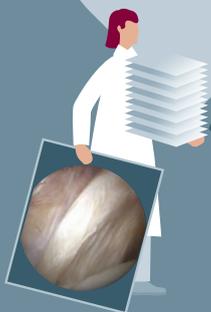
HÜFTE

HAND

KINDER

STICHPROBENPRÜFUNG QUALITÄTSBEURTEILUNGS-RICHTLINIE ARTHROSKOPIE (QBA-RL)

- ✓ SCHRIFTLICHE
UND BILDLICHE
DOKUMENTATION
von 12 abgerech-
neten Fällen



ZUFALLSBEZOGEN

4% ALLER
GENEHMIGUNGS-
INHABER

ANLASSBEZOGEN

NEUGENEHMIGUNGSINHABER
innerhalb der ersten 12 Monate



PraxisWissen Spezial:
„Arthroskopie von
Knie und Schulter“,
[www.kbv.de/html/
themen_2828.php](http://www.kbv.de/html/themen_2828.php)

ARTHROSKOPIE

- ✓ 4.209 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 155 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 1.860 **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, Neufassung: seit 01.10.2024

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



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

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

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

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

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

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

4)

✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	603	935	213	80	47	77	355	60	340	466	199	101	178	67	125	82	281	4.209
beschiedene Anträge ²⁾	18	45	11	2	3	5	71	2	35	74	21	7	10	5	6	2	39	356
– davon Genehmigungen	18	38	11	2	3	5	71	2	35	74	21	7	10	5	6	2	39	349
– davon Ablehnungen	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden											0							0
– davon nicht bestanden											1							1
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	21	1	3	7	k.A.	1	32	13	15	1	8	4	10	8	43	167

› Fortsetzung nächste Seite

› ARTHROSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V																		
Prüfumfang																		
abrechnende Ärzte	334	578	103	50	25	40	224	35	214	252	102	39	104	37	73	55	169	2.434
geprüfte Ärzte	16	25	9	6	2	4	12	4	9	16	15	4	9	4)	7	5	12	155
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	0	6	7	4	2	3	5	3	6	0	4	4	0		2	1	5	52
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 i. V. m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)	16	19	2	2	0	1	4	0	3	12	9	0	8		5	3	6	90
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 (ausgenommen § 7 QBA-RL)	0	0	0	0	0	0	3	1	0	4	2	0	1		0	1	1	13
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in % (einschließlich Anlass erstmalige Genehmigung)	4,8	4,3	8,7	12,0	8,0	10,0	4,0	8,6	4,2	4,8	12,7	10,3	7,7	0,0	9,6	7,3	6,5	5,8
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen		4	4	3	1	3	0	1	4		0	4			0	0	3	27
– geringe Beanstandungen		1	2	1	1	0	2	2	1		1	0			2	0	2	15
– erhebliche Beanstandungen		0	0	0	0	0	3	0	0		1	0			0	0	0	4
– schwerwiegende Beanstandungen		1	1	0	0	0	0	0	1		2	0			0	1	0	6
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 S. 2 i. V. m. § 7 QBA-RL (erstmaliger Erhalt der Genehmigung)																		
– keine Beanstandungen	4	13	1	1		1	2		0	5	4		7		4	1	2	45
– geringe Beanstandungen	5	3	1	0		0	1		2	2	1		1		1	1	2	20
– erhebliche Beanstandungen	2	0	0	0		0	1		0	0	0		0		0	0	0	3
– schwerwiegende Beanstandungen	5	3	0	1		0	0		1	5	4		0		0	1	2	22
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2 (ohne § 7 QBA-RL)																		
– keine Beanstandungen							1	1		1	1		1			0	1	6
– geringe Beanstandungen							1	0		2	0		0			1	0	4
– erhebliche Beanstandungen							1	0		1	1		0			0	0	3
– schwerwiegende Beanstandungen							0	0		0	0		0			0	0	0
Maßnahmen																		
Ärzte, denen eine schriftliche Empfehlung/Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln erteilt wurde gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	12	4	4	1	0	0	9	2	4	14	3	0	0	k.A.	2	2	5	62
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	7	0	3	5	6	0	0	k.A.	0	2	0	25
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	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	7
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	5	1	1															7
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	0	0	0															0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	k.A.	0	0	1	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	0	k.A.	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) In 2023 wurden keine Stichprobenprüfungen durchgeführt.

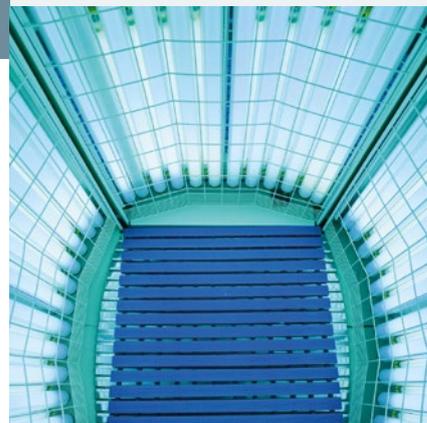
BALNEOPHOTOTHERAPIE

✓ 892 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

⚡ 259 **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)										6)								
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	114	135	22	17	20	23	48	3	115	110	50	16	52	12	31	17	137	922	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	106	123	25	16	20	29	41	5	111	106	51	14	51	12	31	17	134	892	
beschiedene Anträge ²⁾	3	14	3	0	1	7	6	2	9	2	1	1	4	1	2	0	15	71	
– davon Genehmigungen	3	12	3		1	7	6	2	9	2	1	1	4	1	2		15	69	
– davon Ablehnungen	0	2	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	2	
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	10	0	1	1	1	k.A.	0	1	4	0	3	5	1	2	0	22	52	

⚡ PRÜFUNGEN WARTUNGSNACHWEISE § 8																		
abrechnende Ärzte	82	85	16	16	18	19	32	2	93	90	39	7	36	9	27	9	117	697
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	25	17	5	7	4	10	9	3	22	⁵⁾	10	14	12	2	10	4	91	245
– davon Nachweise erbracht	17	17	5	7	4	10	8	3	22		8	14	12	2	10	4	89	232
– davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	8	0	0	0	0	0	1	0	0		2	0	0	0	0	0	2	13
nochmalige Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	7	0	0	0	0	0	1	3	1	⁵⁾	0	0	0	0	0	0	2	14
– davon Nachweise erbracht	7						1	3	1								2	14
– davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0						0	0	0								0	0
Ärzte mit Genehmigung geprüft, in %, (soll 20%)	23,6	13,8	20,0	43,8	20,0	34,5	22,0	60,0	19,8	0,0	19,6	100,0	23,5	16,7	32,3	23,5	67,9	27,5

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Prüfungen der Wartungsnachweise: davon eine Rückgabe der Genehmigung. ⁵⁾ Prüfungen der Wartungsnachweise noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Nachweise aufgrund von Verzicht nicht erbracht.

› BESONDERS QUALIFIZIERTE UND KOORDINIERTE PALLIATIV-MEDIZINISCHE VERSORGUNG

✓ 4.570 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

☒ 2.227 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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	544	483	100	145	30	48	334	106	381	1.617	190	53	155	201	84	87	12	4.570
beschiedene Anträge ²⁾	57	126	7	12	4	7	39	6	58	15	31	9	19	30	21	8	0	449
– davon Genehmigungen	51	110	7	12	4	7	39	6	58	15	31	9	18	30	19	8		424
– davon Ablehnungen	6	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0		25
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	10	0	0	0	0	12	0	5		0	2	1	0	5	0	0	35
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	10	8	7	2	0	k.A.	0	28	35	18	3	10	20	5	7	2	156

☒ FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG

Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung im Berichtsjahr erbracht haben	462	240	86	143	4	48	284	0	324	⁵⁾	183	43	138	95	83	83	11	2.227
---	-----	-----	----	-----	---	----	-----	---	-----	---------------	-----	----	-----	----	----	----	----	-------

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⁾ 2 Ärzte haben die Genehmigung erst im September 2023 erhalten. ⁵⁾ Prüfungen zur Fortbildungsverpflichtung noch nicht abgeschlossen.

BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

✓ 2.827 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: 14.12.2023



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

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	264	959	120	76	24	59	233	63	217	217	131	26	109	106	67	79	168	2.918
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	245	861	114	72	23	66	240	65	234	223	127	27	108	106	72	78	166	2.827
beschiedene Anträge ²⁾	35	241	8	7	1	11	19	8	32	34	23	1	7	7	7	5	30	476
– davon Genehmigungen	35	240	8	7	1	11	19	8	32	34	23	1	7	7	7	5	29	474
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden									1									1
– davon nicht bestanden									0									0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	14	11	2	2	k.A.	4	9	28	27	0	8	7	2	4	1	121

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Genehmigungen zuzüglich 10 Institutsermächtigungen. ⁵⁾ Genehmigungen inklusive 4 Institutsermächtigungen.

› BOTOXBEHANDLUNG BEI BESTIMMTEN BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN

✓ 1.127 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

☒ 1.015 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

§

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
4)																		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	156	206	55	13	5	28	58	16	113	134	45	18	50	37	33	16	93	1.076
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	169	231	52	15	5	28	59	16	111	135	52	19	44	36	32	21	102	1.127
beschiedene Anträge ²⁾	31	28	9	2	0	8	8	1	34	12	9	4	3	3	0	6	23	181
– davon Genehmigungen	31	25	7	2		7	7	1	34	12	9	4	3	3		6	23	174
– davon Ablehnungen	0	3	2	0		1	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	7
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	1	0	0	1	6	0	6	2	0	0	0	0	0	0	10	27
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	9	0	0	5	k.A.	1	13	9	2	1	9	4	1	1	19	76
☒ PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	151	228	52	12	5	27	59	15	93	129	50	17	18	26	28	21	84	1.015

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Korrektur gegenüber dem Vorjahr: Für das Jahr 2022 war aufgrund eines Abfragefehlers die Anzahl der Genehmigungsinhaber nicht korrekt berichtet.

HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

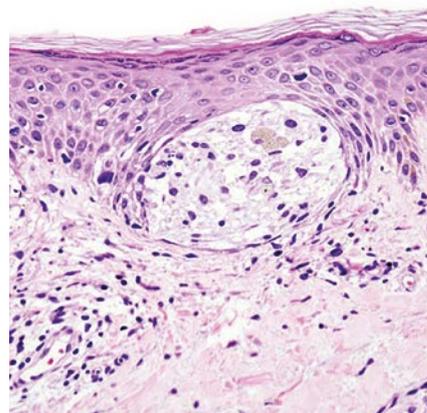
- ✓ 565 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- || 561 **PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG**
- 30 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 300 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**



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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	70	92	26	10	4	17	45	15	58	62	29	6	30	22	11	23	61	581
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	65	90	24	11	4	16	45	14	57	61	31	6	30	21	10	23	57	565
beschiedene Anträge ²⁾																		
neu	1	3	1	1		3	4		1	5	4		3		1		7	34
– davon Genehmigungen	1	3	1	1		3	4		1	5	4		3		1		7	34
– davon Ablehnungen	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
erneut gemäß § 8 Abs. 6	0	0	0	0		0	0		0	0	0		0		0		0	0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
wegen Nichterreichen Mindestzahl < 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate													1					1
wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 8 Abs. 5													0					0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	3	0	0	3	k.A.	1	11	6	2	0	3	1	2	0	13	47

› Fortsetzung nächste Seite

► HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

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

4)

5)

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	1	0	0	0	0	0	0	6	7	0	0	0	18
≥ 1.000	67	86	32	11	4	15	31	14	50	58	30	6	25	15	10	23	66	543

III DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	4,3	3,3	3,8	10,0	0,0	11,8	4,4	13,3	5,2	1,6	6,9	0,0	6,7	4,5	9,1	8,7	4,9	5,0
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	3	1	1	0	2	2	2	3	1	2	0	2	1	1	2	3	29
– davon bestanden	3	3	1	1		2	2	2	3	1	2		2	1	1	2	3	29
– davon nicht bestanden	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden										0								0
– davon nicht bestanden										1								1
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 5 b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden										1								1
– davon nicht bestanden										0								0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen und zugehörige histopathologische Präparate	30	30	10	10	0	20	20	20	30	20	20	0	20	10	10	20	30	300
– davon vollständig und nachvollziehbar	30	30	10	10		20	20	20	30	16	20		20	9	10	20	30	295
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0	0	0		0	0	0	0	4	0		0	0	0	0	0	4
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	1	0	0	0	1
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	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) 2-jähriger Prüfrhythmus: Die nächste Überprüfung findet 2024 statt. 5) Prüfungen zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen.

HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

✓	351	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
II	342	PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG
FE	322	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE
⋮	56	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	480	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)



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



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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
4)																		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	37	42	80	1	10	29	30	3	17	45	10	5	11	4	1	2	11	338
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	39	42	86	1	11	30	32	3	18	44	8	5	11	6	1	2	12	351
beschiedene Anträge ²⁾	2	6	7	0	1	2	1	0	1	2	0	0	0	2	0	0	0	24
neu	2	3	7		1	1	1		1	1				2				19
– davon Genehmigungen	1	3	7		1	1	1		1	1				2				18
– davon Ablehnungen	1	0	0		0	0	0		0	0				0				1
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0		0	0	0		0	0				0				0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0		0	0	0		0	0				0				0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 5 Nr. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	1	0	0	0	k.A.	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	6

› 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)

7)

8)

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 10 Abs. 1 Nr. 1

Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV- / Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
< 25	0	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	7
– davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) aufgrund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen, bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind		3	1			1			1								1	7
≥ 25	37	37	88	1	10	28	27	3	17	46	8	5	11	3	1	2	11	335

III PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 10

Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	37	36	83	1	10	29	27	3	18	41	7	4	8	2	1	2	9	318
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten gemäß § 10 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	4

IV DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	10,8	9,5	10,0	100,0	10,0	10,3	13,3	100,0	17,6	8,9	10,0	80,0	18,2	25,0	0,0	50,0	36,4	14,2
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	8	1	1	3	4	3	3	4	1	4	2	1	0	1	4	48
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	8
– davon Begründung ausreichend			0			2				1		1		1		1	0	6
– davon Begründung ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben			1			0				0		0		0		0	1	2
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
– davon bestanden																	0	0
– davon nicht bestanden (Auflage)																	1	1
– davon nicht bestanden (Widerrufe)																	0	0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte Dokumentationen	40	40	80	10	10	30	40	30	30	40	10	40	20	10	0	10	40	480
– davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	40	70	10	6	30	40	30	30	39	10	38	20	8		10	29	450
– davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		0	1	8
– davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	2	0	2		0	0	12
– davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	10	10
Beanstandungen der Behandlungsqualität																		
– darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)			2							1						0	1	4
– darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)			2							0						9	0	11
– darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)			9							0						1	0	10

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) Ein Widerruf erst in 01/2024. 5) Prüfungen zur Frequenzregelung: Ein Arzt wird erst in 2024 geprüft, da er mitten im Jahr seine Tätigkeit aufgenommen hat. Bei 2 Ärzten ist die Prüfung noch nicht abgeschlossen. 6) Eine neue Genehmigung wurde zum Juli 2023 erteilt, daher noch nicht in der Frequenzprüfung berücksichtigt. 7) Prüfungen zur Fortbildung noch nicht abgeschlossen. 8) 10 geprüfte Dokumentationen nicht vollständig und mit Beanstandungen der Behandlungsqualität, da wiederholt nicht eingereicht.

› HÖRGERÄTEVERSORGUNG

✓	4.082	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
🔊	3.847	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📄	2.361	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

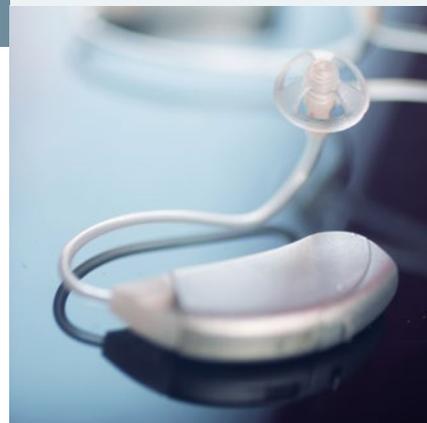
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle

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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	493	555	241	108	48	131	300	83	378	537	196	52	228	123	142	99	368	4.082
beschiedene Anträge ²⁾	30	74	15	8	2	17	78	5	31	29	20	5	19	9	10	3	29	384
– davon Genehmigungen	30	72	15	8	2	17	78	5	31	29	19	5	18	9	10	3	29	380
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4
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											0							0
– davon nicht bestanden											1							1
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	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen		0				0												0
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung		2				1												3
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	15	16	2	6	k. A.	8	32	23	17	4	22	11	5	8	37	206

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

Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	493	555	241	67	45	131	143	75	243	537	196	52	228	95	142	99	339	3.681
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	138	0	0	0	0	0	0	28	0	0	0	166
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

📁 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1 Nr. 2

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	493	111	151	16	11	84	65	75	74	537	196	6	177	49	142	73	39	2.299
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	57	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0	62
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	1	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) Prüfungen zu messtechnischen Kontrollen: Diverse Ärzte sind in Großpraxen / MVZ tätig und nutzen die Geräte gemeinsam. 5) Prüfungen der Fortbildungsnachweise: 2022 hatten bereits 109 Ärzte die Auflage für 2022 und 2023 erfüllt. 6) Nachweis der messtechnischen Kontrollen wird je Praxis geführt.

➤ HÖRGERÄTEVERSORGUNG – KINDER

✓	436	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	408	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📄	211	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

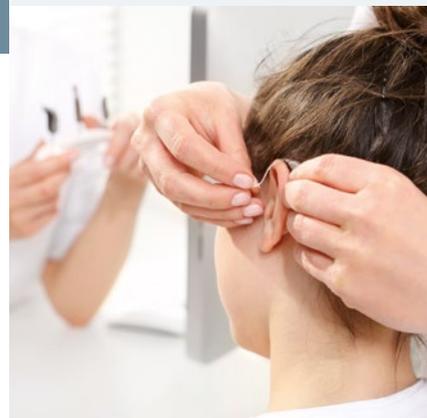
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation von Qualitätsparametern und elektronische Übermittlung an die KV beziehungsweise eine von ihr beauftragte Stelle

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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	31	117	17	2	2	18	58	2	44	27	9	3	27	10	12	2	46	427
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	33	125	17	2	2	17	55	3	46	26	8	4	29	10	12	2	45	436
beschiedene Anträge ²⁾	2	19	0	0	0	1	10	0	11	1	1	1	4	0	0	0	0	50
– davon Genehmigungen	2	19				1	10		11	1	1	1	4					50
– davon Ablehnungen	0	0				0	0		0	0	0	0	0					0
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	2	k.A.	0	0	1	2	0	2	1	0	0	2	10

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

Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	33	125	17	2	2	17	21	3	32	20	8	4	29	8	12	2	37	372
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	29	0	0	6	0	0	0	1	0	0	0	36
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 8 Abs. 1 Nr. 2

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	33	22	5	2	1	11	11	3	12	26	8	2	19	7	12	2	5	181
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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⁾ Prüfungen zu messtechnischen Kontrollen und zur Fortbildungsverpflichtung (Nachfrist von 12 Monaten) noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Nachweis der messtechnischen Kontrollen wird je Praxis geführt.

› HYPERBARE SAUERSTOFFTHERAPIE BEI DIABETISCHEM FUßSYNDROM

✓ 3 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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 ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	
abrechnende Ärzte (GOP 30216 und 30218)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	

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

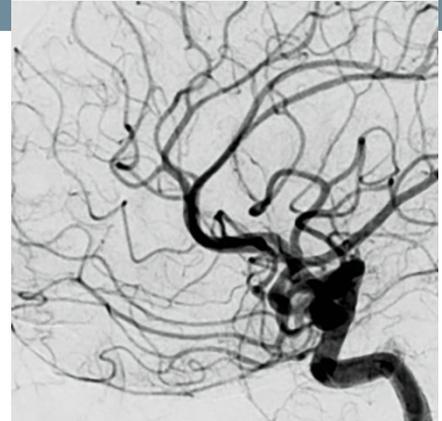
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

✓ 206 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 151 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
4)																		
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN																		
✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 1																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1	2	0	0	0	0	0	0	3	5	1	0	2	0	0	0	8	22
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2	1	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	1	0	0	0	7	17
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	1	0	0	0	0	6
II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG																		
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
≥ 100	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	0	0	2	9

› Fortsetzung nächste Seite

› INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

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

4)

DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN UND KATHETERGESTÜTZTE THERAPEUTISCHE EINGRIFFE

✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 2

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	27	27	11	5	4	9	13	9	32	16	9	5	1	0	7	1	25	201
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	25	26	8	4	4	8	13	7	30	18	8	5	1	0	7	1	24	189
beschiedene Anträge ²⁾	0	9	0	0	1	2	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	17
neu		1			1	2	1		2						1		1	9
– davon Genehmigungen		1			1	2	1		2						1		1	9
– davon Ablehnungen		0			0	0	0		0						0		0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 7		0			0	0	0		0						0		0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen	0																	0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe	1																	1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe	0																	0
– aus sonstigen Gründen	0																	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	3	1	1	3	k.A.	k.A.	4	0	1	0	0	0	1	0	1	15

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	2	3	2	0	0	0	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	15
≥ 100	23	23	6	4	4	8	9	4	22	0	7	5	1	0	4	1	3	124
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 diagnostische kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 50	2	3	2	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	14
≥ 50	23	23	6	4	4	7	9	5	22	0	7	5	1	0	4	1	3	124

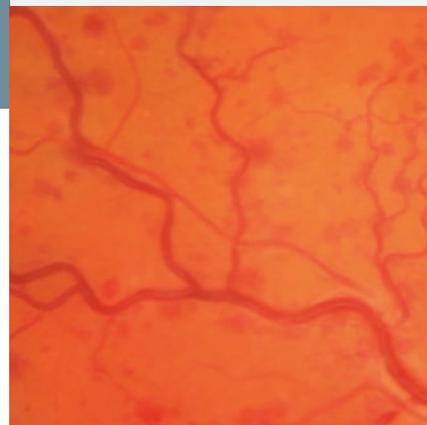
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen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

INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

- ✓ 2.842 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 225 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 2.132 **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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	330	459	120	108	57	88	167	56	260	319	147	71	156	80	111	56	257	2.842
abrechnende Ärzte	247	432	90	82	51	58	122	44	208	171	108	47	132	68	80	45	143	2.128
beschiedene Anträge ²⁾	51	173	17	20	17	33	46	5	41	44	34	4	32	11	12	8	53	601
– davon Genehmigungen	51	173	17	20	17	33	45	5	41	44	34	4	32	11	12	8	51	598
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden								1										1
– davon nicht bestanden								0										0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	8	6	17	10	k.A.	1	15	29	30	2	17	6	6	1	47	195

› 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
			4)	5)						6)			7)					

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 2 (Routineprüfung)

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte geprüft, in %	8,9	7,6	10,0	12,2	9,8	13,8	9,8	13,6	9,6	12,9	12,0	10,6	11,4	10,3	10,0	11,1	4,9	9,7
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	22	33	9	10	5	8	12	6	20	22	13	5	15	7	8	5	7	207
– davon Anforderungen erfüllt	15	28	7	9	4	8	8	5	16	22	13	5	14	7	7	4	7	179
– davon Anforderungen nicht erfüllt	7	5	2	1	1	0	4	1	4	0	0	0	1	0	1	1	0	28

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	220	330	68	90	50	80	120	60	200	149	130	60	150	70	80	50	70	1.977
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– gemäß § 6 Abs. 3a	28	20	8	0	3	0	26	0	12	0	0	0	4	0	7	6	1	115
– gemäß § 6 Abs. 3b	4	10	0	0	0	0	10	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	29
– gemäß § 6 Abs. 3c	2	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	13
– gemäß § 6 Abs. 3d	16	1	12	0	0	0	5	8	7	0	0	0	1	0	0	0	0	50
– gemäß § 6 Abs. 3e	0	7	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	11
– gemäß § 6 Abs. 3f	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– gemäß § 6 Abs. 3g	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
– gemäß § 6 Abs. 3h	6	8	1	0	0	0	1	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	29
– gemäß § 6 Abs. 3i	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	7
– gemäß § 6 Abs. 3j	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	3

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 6 (erneute Überprüfung)

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 6	1	4	2	0	0	0	3	1	3	1	2	0	0	1	0	0	0	18
– davon Anforderungen erfüllt	1	4	1				3	6)	3	0	2			1				15
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0	0	1				0	6)	0	1	0			0				2

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	10	40	15	0	0	0	30	6)	30	k. A.	20	0	0	10	0	0	0	155
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– gemäß § 6 Abs. 3a	0	0	1				4		0		0			0				5
– gemäß § 6 Abs. 3b	0	0	0				0		0		0			0				0
– gemäß § 6 Abs. 3c	0	0	5				0		0		0			0				5
– gemäß § 6 Abs. 3d	0	0	11				0		0		0			0				11
– gemäß § 6 Abs. 3e	0	0	0				0		0		0			0				0
– gemäß § 6 Abs. 3f	0	0	5				0		0		0			0				5
– gemäß § 6 Abs. 3g	0	0	2				1		0		0			0				3
– gemäß § 6 Abs. 3h	0	1	4				0		0		0			0				5
– gemäß § 6 Abs. 3i	0	0	0				0		0		0			0				0
– gemäß § 6 Abs. 3j	0	0	0				0		0		0			0				0

Kolloquien

Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	1	0	0	0	2	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden			1				2											3
– davon nicht bestanden			0				0											0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	k. A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Dokumentationsprüfungen: Darunter Ärzte, die weniger als 10 Patienten abgerechnet haben. 5) Dokumentationsprüfung (Erstprüfung): Anforderungen konnten aus organisatorischen Gründen nicht erfüllt werden. 6) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 7) Dokumentationsprüfung (Erstprüfung): laufendes Widerspruchsverfahren.

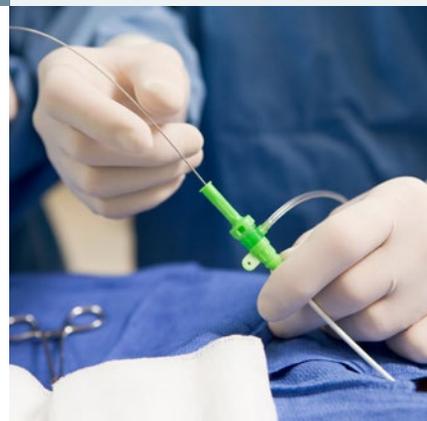
INVASIVE KARDIOLOGIE

✓ 660 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 607 PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG



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



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)

DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 2

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	11	1	2	0	0	4	1	1	9	12	2	0	2	2	4	0	10	61
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	8	1	2	0	0	4	1	1	9	8	1	0	2	2	3	0	10	52
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
neu													1				1	2
– davon Genehmigungen													1				1	2
– davon Ablehnungen													0				0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3													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	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen	2					1							1				1	5
– aus sonstigen Gründen	0					0							0				0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	4	1	0	1	0	1	0	0	8

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	0	0	1	0	0	4	1	0	0	0	1	0	0	2	2	0	4	15
≥ 150	8	1	1	0	0	0	0	1	9	8	0	0	1	0	3	0	3	35

› 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)

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 1

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	88	106	20	22	23	28	97	7	56	68	22	1	18	3	7	1	58	625
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	87	110	18	21	23	22	100	7	60	59	20	1	17	4	7	1	51	608
beschiedene Anträge ²⁾	13	45	0	1	6	0	18	0	5	6	1	0	0	1	1	0	2	99
neu	13	32		1	6		6		5	3	1			1	1		2	71
– davon Genehmigungen	13	28		1	6		6		3	3	1			1	0		2	64
– davon Ablehnungen	0	4		0	0		0		2	0	0			0	1		0	7
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0		0	0		0		0	0	0			0	0		0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	4	1	0	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen	4	0				0				0								4
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen	0	0				1				0								1
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen	0	0				0				0								0
– aus sonstigen Gründen	0	1				3				1								5
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	8	2	2	2	6	2	k.A.	0	1	11	4	0	1	0	0	0	2	41

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	9	15	5	0	0	1	28	0	0	0	5	1	0	0	1	0	13	78
≥ 150	78	81	14	11	21	15	72	7	60	67	15	0	16	3	9	0	10	479
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	9	16	5	1	0	0	36	0	0	0	5	1	2	2	3	0	14	94
≥ 50	78	80	14	10	21	22	64	7	60	59	15	0	14	1	4	0	9	458

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

› KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

- ✓ 600 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (APPLIZIERENDE)
- ✓ 572 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (AUSWERTENDE)
- 164 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE UND ÄRZTINNEN / APPLIZIERENDE)
- 🔍 164 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

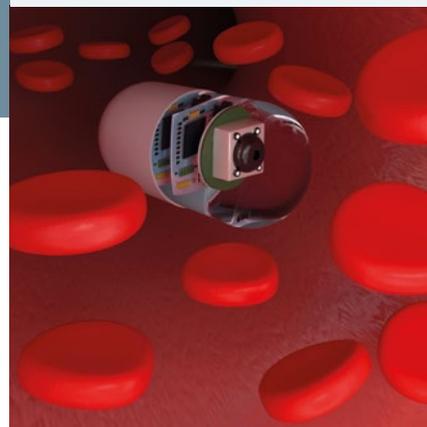
ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Wiederholungsuntersuchungen), zu führen vom Applizierenden

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 ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	85	109	20	12	8	9	39	6	59	71	26	7	21	12	26	16	59	585
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	85	112	22	14	9	6	39	7	58	78	28	7	20	12	25	14	64	600
abrechnende Ärzte	61	83	14	14	9	6	19	5	41	78	19	6	15	12	21	10	37	450
beschiedene Anträge ²⁾	6	22	2	3	1	0	2	1	3	10	3	0	0	0	1	1	2	57
– davon Genehmigungen	6	20	2	3	1		2	1	3	10	3				1	1	2	55
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0		0	0	0	0	0				0	0	0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	4	2	0	1	0	1	k.A.	0	4	3	5	0	1	0	1	2	0	24

✓ GENEHMIGUNGEN AUSWERTER

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	83	87	20	12	7	9	38	6	59	71	27	7	21	12	26	16	57	558
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	84	92	22	14	9	6	38	7	58	78	27	7	20	12	25	12	61	572
abrechnende Ärzte	58	86	17	14	8	6	19	5	40	0	19	6	15	12	21	10	37	373
beschiedene Anträge ²⁾	6	19	2	3	2	0	2	1	3	10	3	0	0	0	1	1	8	61
– davon Genehmigungen	6	16	2	3	2		2	1	3	10	3				1	1	8	58
– davon Ablehnungen	0	3	0	0	0		0	0	0	0	0				0	0	0	3
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	4	2	0	1	0	1	k.A.	0	4	3	5	0	1	0	1	2	7	31

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (fakultativ)

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

geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	79	0	0	10	0	0	0	0	0	52	0	0	0	12	0	11	0	164
– davon Anforderungen erfüllt	68			5						52				12		11		148
– davon Anforderungen nicht erfüllt	11			5						0				0		0		16

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	45	63	10	9	5	5	6	0	14	51	15	6	13	6	18	2	12	280
---	----	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	---	----	---	----	---	----	-----

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⁾ Eine Statistik fehlt, da Arzt aufgrund von technischen Problemen keine Eintragung vornehmen konnte. ⁵⁾ Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen.

› KOLOSKOPIE

✓	2.592	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
II	2.453	PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG
III	1.377	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	27.540	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) <small>Schätzung auf Grundlage der Vorgaben</small>
🧼	3.628	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)

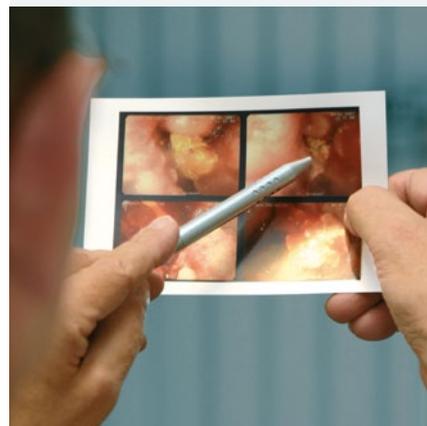
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: unangemeldete Hygienepfung durch anerkanntes Institut pro Kalenderhalbjahr; Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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 ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2023	3	4	0	3	2	2	0	0	15	0	1	3	0	1	8	1	6	49
Ärzte mit Genehmigung 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
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2023	360	478	102	74	24	69	217	40	253	270	130	26	91	53	84	52	220	2.543
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
neu											1	1						2
– davon Genehmigungen											1	1						2
– davon Ablehnungen											0	0						0
erneut gemäß § 6 Abs. 5											0	0						0
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) ²⁾	32	15	7	14	0	8	28	4	38	21	17	3	10	2	5	5	28	237
neu	32	15	7	14		8	16	4	17	16	17	3	10	2	5	5	28	199
– davon Genehmigungen	32	15	7	14		8	16	4	17	16	17	3	10	2	5	5	28	199
– davon Ablehnungen	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 6 und § 7	0	1	0	0	0	1	0	k.A.	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4
– wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7		0				0			0					0				0
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c–e ausschließlich bei totalen Koloskopien		0				0			0					0				0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien		1				0			0					1				2
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b–c ausschließlich bei Polypektomien		0				0			0					0				0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien		0				1			0					0				1
– 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					0				0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien		0				0			1					0				1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	22	18	4	8	0	13	k.A.	6	18	5	17	3	10	1	5	7	22	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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

4)

4)

4)

5)

TOTALE KOLOSKOPIE

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																		
< 200	0	12	1	4	0	1	6	0	0	0	0	0	0	9	0	6	2	41
≥ 200	315	459	70	73	24	67	221	40	235	270	132	27	81	45	90	39	224	2.412

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a–e	164	342	29	26	24	38	91	18	114	143	77	0	51	53	16	13	114	1.313
– davon bestanden	161	304	29	25	24	36	83	18	113	143	74		49	52	14	13	112	1.250
– davon nicht bestanden	3	2	0	1	0	2	8	0	1	0	3		2	1	2	0	2	27
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	3	5	0	9	0	2	8	0	2	0	1	0	2	1	0	0	1	34
– davon bestanden	3	5		9		1	6		2		0		2	1			1	30
– davon nicht bestanden	0	0		0		1	2		0		1		0	0			0	4
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
– davon bestanden						1	2										1	4
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c–e						0	0										0	0
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl						0	0										0	0

POLYPEKTOMIEN

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																		
< 10	0	7	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	15
≥ 10	315	464	71	76	24	67	220	40	235	270	132	27	81	52	88	44	224	2.430

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a–c	164	342	29	26	24	37	91	18	114	143	76	0	51	54	16	17	115	1.317
– davon bestanden	163	304	27	24	24	36	79	18	111	143	75		50	54	14	16	113	1.251
– davon nicht bestanden	1	3	2	2	0	1	12	0	3	0	1		1	0	2	1	2	31
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	1	0	0	2	0	1	11	0	6	0	1	0	1	0	2	1	0	26
– davon bestanden	1			2		0	11		6		1		1		2	0		24
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b–c	0			0		0	0		0		0		0		0	1		1
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0			0		1	0		0		0		0		0	0		1

HYGIENEPRÜFUNGEN

überprüfte Einrichtungen	239	416	60	76	13	43	122	42	162	162	78	18	68	43	77	50	148	1.817
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	478	832	120	145	26	85	244	82	324	324	154	36	136	85	154	107	296	3.628
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	100,0	100,0	100,0	95,4	100,0	98,8	100,0	97,6	100,0	100,0	98,7	100,0	100,0	98,8	100,0	107,0	100,0	99,8
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	20	24	1	9	4	12	4	2	20	72	19	1	9	7	13	3	8	228
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	4,2	2,9	0,8	6,2	15,4	14,1	1,6	2,4	6,2	22,2	12,3	2,8	6,6	8,2	8,4	2,8	2,7	6,3
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0	0	3	0	1	9
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,3	0,2

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 5) Ärzte werden erneut nach Ablauf von 24 Monaten überprüft.

LANGZEIT-EKG- UNTERSUCHUNGEN

✓ 33.656 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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2023	2.225	3.953	1.037	581	160	389	1.313	326	2.489	3.498	1.287	455	848	521	730	548	3.194	23.554
beschiedene Anträge ²⁾	227	1.109	79	62	7	78	289	25	352	407	265	42	90	56	89	65	419	3.661
– davon Genehmigungen	226	1.065	78	62	7	78	289	25	351	407	265	42	89	56	89	65	280	3.474
– davon Ablehnungen	1	44	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	139	187
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	5
– davon bestanden													5					5
– davon nicht bestanden													0					0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	7	74	47	0	46	k. A.	28	148	187	224	15	36	11	69	45	20	957

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Zusätzlich hatten bundesweit zum Ende des Berichtsjahres 10.102 Ärzte eine Genehmigung zur Aufzeichnung (10.613 Ärzte zum 31.12.2022).

LASERBEHANDLUNG BEIM BENIGNEN PROSTATASYNDROM

✓ 30 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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

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

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCH: Protokolle über die sicherheitstechnischen Kontrollen entsprechend § 6 Abs. 3 der MPBetreibV sind gemäß deren Fristen aufzubewahren und der KV auf Verlangen vorzulegen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPÜFUNG: Praxisbegehungen durch die Qualitätssicherungskommission der KV gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung kann die KV die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einer Schulung oder einem Kurs (Anforderungen definiert) abhängig machen

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: zusammenfassende Jahresstatistik mit detaillierten aggregierten Daten zu sämtlichen Interventionen (Erst- und Folgeeingriffe)

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfungen auf Verlangen der KV

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Benchmarkberichte auf Basis der Angaben in den Jahresstatistiken an teilnehmenden Arzt und teilnehmende Ärztin, Qualitätssicherungskommission der KV und Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	11	7	0	0	0	0	2	0	0	3	2	0	0	0	3	0	1	29
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	11	9	0	0	0	0	2	0	0	3	1	0	0	0	3	0	1	30
abrechnende Ärzte	8	9	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3	0	1	24
beschiedene Anträge ²⁾	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
– davon Genehmigungen	3	3																6
– davon Ablehnungen	1	0																1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	1	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.

LIPOSUKTION BEI LIPÖDEM IM STADIUM III

58 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

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

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	13	6	1	0	0	3	3	0	3	10	4	0	2	0	2	2	3	52
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	18	7	1	0	0	3	2	0	3	10	5	0	2	0	2	2	3	58
beschiedene Anträge ²⁾	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10
– davon Genehmigungen	6	3									1							10
– davon Ablehnungen	0	0									0							0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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.

MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE ALLGEMEIN:

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

MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA:

- ✓ 424 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 401 **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 ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	550	734	232	108	64	142	382	83	415	586	228	60	194	90	123	98	425	4.514
beschiedene Anträge ²⁾	94	1.741	44	10	6	27	131	6	65	190	44	9	24	4	20	9	125	2.549
– davon Genehmigungen	93	1.732	44	10	6	27	131	6	65	190	44	7	24	4	18	9	90	2.500
– davon Ablehnungen	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	35	49
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden		2								0								2
– 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 ³⁾	0	1	41	10	4	21	k.A.	3	26	62	38	3	18	4	16	10	101	358

› 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)

KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	77	74	15	9	5	11	26	4	37	51	12	9	21	10	14	8	43	426
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	81	74	12	7	4	11	28	4	41	53	12	8	20	11	13	8	37	424
beschiedene Anträge ²⁾	8	134	0	0	0	1	3	0	7	9	4	0	1	2	0	1	2	172
– davon Genehmigungen	6	128				1	3		7	9	4		1	2		1	2	164
– davon Ablehnungen	2	6				0	0		0	0	0		0	0		0	0	8
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	8	0	0	0	0	3	0	3	3	1	0	0	2	0	1	0	21
– davon bestanden		8					3		2	3	1			2		1		20
– davon nicht bestanden		0					0		1	0	0			0		0		1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	5	3	2	1	1	k.A.	0	1	1	4	1	2	0	1	1	8	31

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2	81	69	12	7	4	11	25	4	28	53	12	8	19	11	13	8	36	401
– mindestens 50 Untersuchungen	81	66	12	6	4	10	23	4	28	33	10	2	19	3	11	5	31	348
– weniger als 50 Untersuchungen	0	3	0	1	0	1	2	0	0	20	2	6	0	8	2	3	5	53

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang

abrechnende Ärzte	530	725	210	96	61	146	348	80	386	562	217	60	189	80	123	99	397	4.309
geprüfte Ärzte	22	36	10	4	4	8	17	4	0	7	9	4	8	4	6	4	36	183
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	22	31	10	4	4	8	17	4		7	9	3	8	4	6	4	36	177
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	0	5	0	0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	0	6
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	4,2	4,3	4,8	4,2	6,6	5,5	4,9	5,0	0,0	1,2	4,1	5,0	4,2	5,0	4,9	4,0	9,1	4,1

Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ergebnisse Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	18	24	9	4	4	8	16	2		7	7	3	8	4	6	3	34	157
– geringe Beanstandungen	4	3	0	0	0	0	1	2		0	2	0	0	0	0	1	2	15
– erhebliche Beanstandungen	0	2	1	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	3
– schwerwiegende Beanstandungen	0	2	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	2
Ergebnisse anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen		0										1						1
– geringe Beanstandungen		4										0						4
– erhebliche Beanstandungen		0										0						0
– schwerwiegende Beanstandungen		1										0						1

► 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	5	12	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	23
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	1	0	0	0	0	0	0	1
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel		5	1															6
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen		0	0															0
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3d und Nr. 4d	0	1	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Genehmigungen können für mehrere Betriebsstätten erteilt und somit mehrfach gezählt werden. ⁵⁾ Abrechnende Ärzte Quartal 2/2023.

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

- ✓ 3.656 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 705 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 8.471 **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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	488	546	175	93	57	128	287	60	310	461	211	51	169	74	105	82	359	3.656
beschiedene Anträge ²⁾	99	1.186	26	6	5	24	105	5	54	153	39	6	27	3	18	4	105	1.865
neu	99	151	26	6	2	24	26	5	24	39	39	6	19	3	18	4	105	596
– davon Genehmigungen	95	131	26	6	2	24	26	5	24	39	39	6	19	3	17	4	82	548
– davon Ablehnungen	4	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	23	48
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
– davon Genehmigungen													8					8
– 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 § 7 Abs. 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	21	9	2	18	k.A.	0	19	40	34	5	16	4	12	8	89	277

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

4)

5)

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	421	543	157	76	46	119	268	51	307	411	185	51	156	69	105	78	329	3.372
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	87	114	17	17	10	25	44	14	67	73	46	11	35	15	21	16	68	680
– davon bestanden	83	99	17	17	10	25	36	14	61	59	45	11	34	15	21	14	50	611
– davon nicht bestanden	4	15	0	0	0	0	8	0	4	14	1	0	1	0	0	2	18	67
abrechnende Ärzte geprüft, in %	20,7	21,0	10,8	22,4	21,7	21,0	16,4	27,5	21,8	17,8	24,9	21,6	22,4	21,7	20,0	20,5	20,7	20,2
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	4	5	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	11	25
– davon bestanden	4	5						1			4						10	24
– davon nicht bestanden	0	0						0			0						1	1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	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

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	644	1.003	186	122	110	272	341	126	677	491	279	107	310	72	181	60	598	5.579
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	618	1.003	186	122	110	272	293	126	677	491	264	107	304	72	181	47	518	5.391
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	618	1.003	186	122	110	272	293	126	677	491	264	107	308	72	181	47	530	5.407
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	618	1.003	186	122	110	272	293	126	677	491	264	107	308	72	181	47	530	5.407
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	605	919	186	112	110	272	263	124	587	426	264	107	293	72	172	47	457	5.016
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	26	41	0	10	0	0	30	2	76	33	8	0	11	0	4	7	66	314
– insgesamt nicht nachvollziehbar	13	43	0	0	0	0	48	0	14	32	7	0	6	0	5	6	75	249
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2,3,4,6,7)	475	365	21	84	11	25	183	42	81	385	240	26	85	83	71	119	204	2.500
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	472	317	21	84	11	25	181	42	81	385	222	26	84	83	71	106	202	2.413
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	472	365	21	84	11	25	181	42	81	385	222	26	83	83	71	106	203	2.461
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	472	365	21	84	11	25	181	42	81	385	222	26	84	83	71	106	204	2.463
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	464	317	21	84	11	25	163	40	66	321	222	26	83	83	64	106	201	2.297
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	6	27	0	0	0	0	18	1	14	42	16	0	2	0	1	5	3	135
– insgesamt nicht nachvollziehbar	5	21	0	0	0	0	2	1	1	22	2	0	0	0	6	8	0	68
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Venen)	31	54	0	80	4	0	4	0	22	16	16	28	81	3	8	1	44	392
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1	31	26		80	4		4		22	16	16	28	80	3	8	1	44	363
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 2	31	54		80	4		4		22	16	16	28	80	3	8	1	44	391
– gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 3	31	54		80	4		4		22	16	16	28	81	3	8	1	44	392
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	31	15		80	4		3		18	9	16	28	80	3	0	1	44	332
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	0	35		0	0		1		2	3	0	0	1	0	8	0	0	50
– insgesamt nicht nachvollziehbar	0	4		0	0		0		2	4	0	0	0	0	0	0	0	10

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) Prüfquote aus organisatorischen Gründen nicht erfüllt. 5) 2 Dokumentationsprüfungen sind noch nicht abgeschlossen.

› MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

- ✓ 2.176 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 855 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 8.550 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)**
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
- 591 **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**



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



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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	325	361	98	60	26	39	178	34	204	260	107	20	122	72	90	53	196	2.245
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	327	353	85	57	25	41	181	34	197	252	99	22	119	69	87	51	177	2.176
beschiedene Anträge ²⁾	50	190	72	6	1	7	61	3	22	52	17	3	29	1	10	4	57	585
neu	30	61	9	6	1	7	12	3	14	12	12	2	14	1	10	4	15	213
– davon Genehmigungen	30	57	8	6	1	7	12	3	14	12	10	2	14	1	10	4	9	200
– davon Ablehnungen	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6	13
erneut	20	0	63	0	0	0	49	0	8	0	5	0	15	0	0	0	42	202
– davon Genehmigungen	20		63				49		8		5		15				42	202
– 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	14	21	8	4	2	3	12	3	15	11	5	0	7	1	9	4	14	133
– davon bestanden	9	15	3	4	1	3	8	2	6	7	4		5	1	8	2	4	82
– davon nicht bestanden	5	6	5	0	1	0	4	1	9	4	1		2	0	1	2	10	51
Wiederholungsprüfungen	1	5	3	2	0	0	3	2	5	3	1	1	2	0	1	1	9	39
– davon bestanden	0	3	1	1			3	1	4	3	1	1	1		1	0	6	26
– davon nicht bestanden	1	2	2	1			0	1	1	0	0	0	1		0	1	3	13

FALLSAMMLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT D (FORTBILDUNGSPRÜFUNGEN)

Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	57	127	25	15	7	11	21	6	73	43	47	14	47	7	30	15	46	591
reguläre Prüfungen	55	121	24	15	6	11	15	6	73	43	45	14	46	6	30	14	46	570
– davon bestanden	55	114	24	15	6	11	14	6	70	39	45	14	43	6	29	14	46	551
– davon nicht bestanden	0	7	0	0	0	0	1	0	3	4	0	0	3	0	1	0	0	19
Wiederholungsprüfungen	2	6	1	0	1	0	6	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	21
– davon bestanden	2	4	1		1		5				2		1	0		1		17
– davon nicht bestanden	0	2	0		0		1				0		0	1		0		4
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	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 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 Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT E

Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	122	153	29	24	15	20	45	15	88	93	36	0	58	0	37	13	72	820
– davon erfüllt	116	138	25	23	15	20	41	15	67	92	31		58		34	13	72	760
– davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	1	5	0	1	0	0	3		4	1	0		0		0	0	0	15
– davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	5	10	4	0	0	0	1		8	0	5		0		3	0	0	36
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	5	3	1	0	0	0	2	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	16
– davon erfüllt	4	2	1				0			3			0				1	11
– davon nicht erfüllt	1	1	0				2			0			1				0	5
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	4	5	1	0	0	0	2	0	1	0	5	0	0	0	1	0	0	19
– davon erfüllt	4	5	0				2		0	3				1				15
– davon nicht erfüllt	0	0	1				0		1	2				0				4
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	5

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

Ärzte, die ihrer Verpflichtung nicht nachgekommen sind																		
– gemäß § 3 Abs. 2a	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– gemäß § 3 Abs. 2b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
– gemäß § 3 Abs. 2c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	2	0	21	9	2	3	k.A.	3	2	20	23	0	17	4	13	4	0	123

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 5) Prüfung (Abschnitt E) erst in 2024. 6) Aus organisatorischen Gründen finden die Überprüfungen in 2024 statt.

METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA

✓ 13.118 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.005	1.261	250	158	240	261	575	656	2.107	1.211	655	262	593	504	655	440	2.285	13.118
beschiedene Anträge ²⁾	36	77	10	1	7	15	20	18	80	32	56	4	16	6	13	11	127	529
– davon Genehmigungen	34	72	9	1	7	15	20	18	80	32	56	4	16	6	13	11	127	521
– davon Ablehnungen	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	23	3	21	30	k.A.	48	167	60	78	6	42	37	33	27	252	827

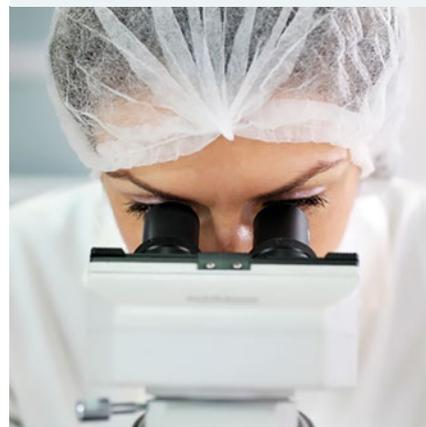
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen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

MOLEKULARGENETIK

✓ 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 / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

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

RÜCKMELDESYSTEME / 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 ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	83	55	34	12	9	29	35	14	48	51	46	6	27	11	11	8	58	537
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	85	59	34	13	8	30	30	14	49	51	42	6	28	11	10	7	56	533
beschiedene Anträge ²⁾	12	22	2	1	0	1	7	0	12	51	5	0	3	0	0	1	5	122
– davon Genehmigungen	12	22	2	1	0	1	7	0	11	51	5	0	3	0	0	1	4	120
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	5	2	0	1	2	0	0	4	0	9	0	2	0	1	2	4	32

☐ JAHRESSTATISTIK § 9 Abs. 4

elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	9	14	3	0	1	5	5	2	9	4	1	1	6	4	3	1	6	74
abrechnende Betriebsstätten	10	0	4	1	0	6	5	3	7	10	6	1	5	4	3	2	1	68
Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
– davon nachvollziehbar begründet														1				1
– davon nicht nachvollziehbar begründet														0				0
Ärzte mit anlassbezogener Stichprobenprüfung (Anlage 1, Nr. 10.2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

NEUROPSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE

✓ 266 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: bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung, welche in einem Stellungnahmeverfahren nicht ausreichend begründet werden konnten

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: Dokumentationsprüfung auf Anforderung der KV nach der Qualitätssicherungsvereinbarung

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



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

2)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte / Psychotherapeuten ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	29	50	7	7	3	11	34	6	23	25	10	5	10	2	17	5	17	261
Ärzte / Psychotherapeuten mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	29	54	8	7	2	11	35	7	20	27	11	5	10	2	18	4	16	266
– Anzahl neu erteilter Genehmigungen	3	4	2	0	0	0	1	0	1	2	2	1	0	0	1	0	0	17

☒ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

abrechnende Ärzte / Psychotherapeuten	25	0	8	6	0	10	0	7	16	24	0	5	6	2	12	4	0	125
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

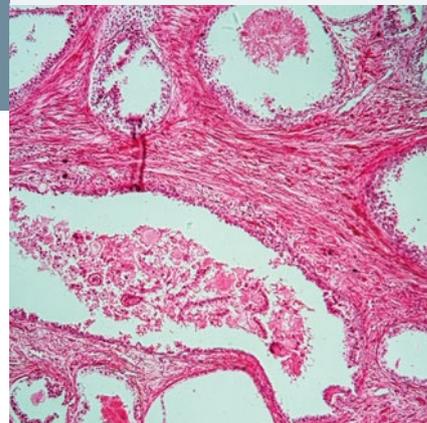
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Ein Genehmigungsinhaber ist an zwei Standorten tätig.

ONKOLOGIE

✓	4.157	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	315	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	6.300	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) <small>Schätzung auf Grundlage der Vorgaben</small>
📄	3.571	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE



Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: Anlage 7 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.10.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2025



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

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

FREQUENZREGELUNG: Fachärzte und Fachärztinnen für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie: Pro Quartal und Arzt oder Ärztin gilt als Soll die Betreuung von durchschnittlich 120 Patientinnen und Patienten mit soliden Tumoren oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patientinnen und Patienten, die mit medikamentöser 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)		4)			5)	5)		5)			5)	5)		5)		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	591	532	284	139	41	132	245	66	418	493	150	29	237	102	149	107	442	4.157
– darunter Ärzte in Neu- / Jungpraxen	0	72	35	37	5	10	32	7	5	77	0	2	k.A.	13	2	0	31	328
– darunter Ärzte in Praxen, die aus Sicherheitsgründen zugelassen wurden	0	13	229	4	0	0	0	3	141	257	0	0	k.A.	0	0	0	0	647
beschiedene Anträge ²⁾	57	91	17	15	2	9	24	6	32	93	16	2	16	9	12	13	42	456
– davon Genehmigungen	55	84	17	15	2	9	23	5	32	93	16	2	15	8	11	13	37	437
– davon Ablehnungen	2	7	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	5	19
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	4	12
– davon bestanden														7			3	10
– davon nicht bestanden														1			1	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	0	0	13
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	16	15	8	2	6	k.A.	4	37	62	20	2	17	6	7	6	39	250
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	46	42	21	11	0	12	19	6	42	38	14	4	k.A.	10	14	k.A.	36	315
– davon bestanden	45	0	20	11		10	19	3	24	38	14	4		9	14		28	239
– davon nicht bestanden	1	0	1	0		2	0	3	18	0	0	0		1	0		8	34
📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, welche die Nachweise gemäß § 7 Nr. 1.–3. erbracht haben	585	526	184	132	41	116	237	64	403	483	144	28	k.A.	56	130	k.A.	442	3.571

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

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

✓ 4.139 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	494	630	249	100	50	130	313	76	395	543	200	54	188	98	143	79	397	4.139
beschiedene Anträge ²⁾	34	93	15	10	1	20	85	6	42	35	24	5	20	7	12	4	35	448
– davon Genehmigungen	34	86	15	10	1	20	85	6	42	35	24	5	20	7	12	4	35	441
– davon Ablehnungen	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0	9
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	14	4	1	19	k.A.	6	12	30	19	2	17	0	4	6	42	176

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

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

205 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	20	30	15	6	3	4	6	7	27	18	8	8	16	5	11	3	35	222
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	19	28	16	6	3	4	4	6	25	17	7	7	16	3	9	3	32	205
beschiedene Anträge ²⁾	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5
neu		0	1			0							1				1	3
– davon Genehmigungen			1										1				1	3
– davon Ablehnungen			0										0				0	0
erneut gemäß § 6 Abs. 6		1	0			0							0				0	1
– davon Genehmigungen		1																1
– davon Ablehnungen		0																0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	0	0	0	1	k.A.	1	2	1	1	1	1	2	2	0	2	15

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

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

✓ 152 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	12	32	8	3	1	3	4	4	14	21	3	4	8	2	4	1	29	153
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	13	30	8	3	1	5	3	4	14	21	4	4	8	1	4	1	28	152
beschiedene Anträge ²⁾	1	2	0	0	0	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	9
– davon Genehmigungen	1	2				3				1	1						1	9
– davon Ablehnungen	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
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	0	0	0	1	k.A.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5

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

› POSITRONENEMISSIONSTOMOGRAPHIE PET UND PET/CT

- ✓ 269 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**
- 126 **STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**
- 🔍 1.512 **GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)**
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben
- 📄 89 **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: 01.07.2024



► 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)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	17	30	18	9	8	6	12	4	21	27	4	2	14	17	1	12	51	253
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	18	30	20	10	7	6	14	3	23	30	6	3	16	17	1	11	54	269
abrechnende Ärzte	14	22	17	9	7	6	7	2	22	22	6	2	14	10	1	9	33	203
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1 ²⁾	2	9	2	0	0	0	6	0	0	3	0	1	3	0	0	1	0	27
neu	2	4	2				2			3		1	3			1		18
– davon Genehmigungen	2	2	2				2			3		1	3			1		16
– davon Ablehnungen	0	2	0				0			0		0	0			0		2
erneut gemäß § 7 Abs. 4	0	0	0				0			0		0	0			0		0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	2	10	1	1	0	1	0	0	4	3	5	0	4	0	0	0	5	36
neu	2	5	1	1		1			4	3	5		4				5	31
– davon Genehmigungen	2	4	1	1		1			4	3	5		4				5	30
– davon Ablehnungen	0	1	0	0		0			0	0	0		0				0	1
erneut gemäß § 7 Abs. 4	0	0	0	0		0			0	0	0		0				0	0
beschiedene Anträge auf erneute Genehmigung gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6
– davon bestanden			1	3		1							1					6
– davon nicht bestanden			0	0		0							0					0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	1	0	1	1	k.A.	1	2	0	3	0	1	0	0	2	11	24

⊞ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

insgesamt geprüfte Ärzte gemäß § 8	7	26	6	4	0	3	0	0	0	0	3	2	6	5	0	5	9	76
– davon bestanden	7	18	5	1		3					3	2	5	5		5	7	61
– davon nicht bestanden	0	8	1	3		0					0	0	1	0		0	2	15
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1 (24 Monate)	7	10	6	4	0	2	0	0	0	0	3	0	6	5	0	0	1	44
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6

📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	13	11	6	9	7	1	0	0	4	0	5	0	7	10	0	7	7	87
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	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	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⁾ Dokumentationsprüfungen gemäß Turnus erst wieder in 2024.

PSYCHOTHERAPIE



Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 82 Abs. 1 SGB V, geregelt in Anlage 1 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 02.02.2017, zuletzt geändert zum: 01.01.2025

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie),
Rechtsgrundlage: § 92 Abs. 6a SGB V, Gültigkeit: seit 18.04.2009, zuletzt geändert zum: 01.11.2024

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten oder der Therapeutin

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

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



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
TEILNAHME AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN, -PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG ¹⁾																		
Psychologische Psychotherapeuten ²⁾	2.935	3.955	2.394	536	399	1.081	2.639	311	1.927	3.587	1.017	309	1.072	450	686	380	2.334	26.012
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	951	1.362	433	195	92	217	632	112	749	954	323	78	322	173	199	171	740	7.703
Ärztliche Psychotherapeuten	873	1.122	496	128	78	229	514	78	404	798	225	60	176	49	204	83	395	5.912
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten	125	187	69	29	13	61	79	18	144	159	49	13	44	23	53	20	125	1.211
Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)	875	1.002	402	187	77	205	445	135	636	832	274	87	351	182	238	178	586	6.692

¹⁾ Quelle: Bundesarztregister, Stand: 31.12.2023. ²⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

ZULASSUNG ZUR BEHANDLUNG

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

GUTACHTENVERFAHREN

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

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

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

Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben zum 1. Januar 2023 654 Gutachter und Gutachterinnen bestellt. 223 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen übernahmen erstmals diese Aufgabe. 431 Gutachter und Gutachterinnen wurden erneut bestellt. Seit 1. Juli 2024 steht die Systemische Therapie auch für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung. Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben hierfür 15 Gutachterinnen und

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

GUTACHTENSTATISTIK

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

Mehr Infos zur Psychotherapie und zum Gutachtenverfahren unter:

➔ www.kbv.de/psychotherapie

› GUTACHTENVERFAHREN PSYCHOTHERAPIE

Berichtsjahr	Gutachter ¹⁾	(Zweit-)Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Teilbefürwortung der Anträge in %
ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE				
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
2023	240 Gutachter – davon 64 für Kinder und Jugendliche	15.991 Gutachten – davon 4.368 für Kinder und Jugendliche	2,5	11,1
	– davon 37 für Zweitgutachten	229 Zweitgutachten	17,5	34,9
SYSTEMISCHE THERAPIE SEIT 01.07.2020				
2022	37 Gutachter	718 Gutachten	3,5	10,0
	– davon 2 für Zweitgutachten	6 Zweitgutachten	16,7	16,7
2023	31 Gutachter	1.475 Gutachten	5,0	10,3
	– davon 3 für Zweitgutachten	15 Zweitgutachten	13,3	13,3
TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPIE				
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
2023	287 Gutachter – davon 92 für Kinder und Jugendliche	59.223 Gutachten – davon 10.557 für Kinder und Jugendliche	2,1	6,4
	– davon 44 für Zweitgutachten	512 Zweitgutachten	22,0	22,7
VERHALTENSTHERAPIE				
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
2023	289 Gutachter – davon 102 für Kinder und Jugendliche	116.504 Gutachten – davon 21.303 für Kinder und Jugendliche	2,9	9,3
	– davon 36 für Zweitgutachten	1.495 Zweitgutachten	18,7	25,6

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

› RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

✓	3.232	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	366	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	7.190	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📄	1.194	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

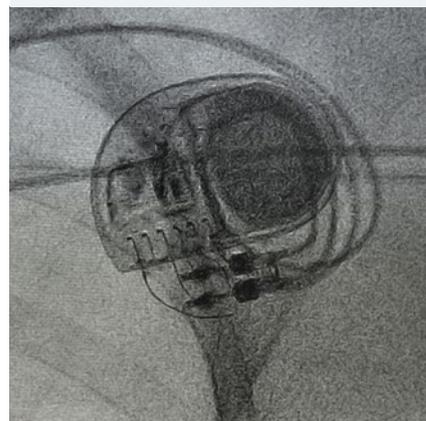
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Prüfung von mindestens 15 Prozent der Ärzte und Ärztinnen; Dokumentationen von 20 nach dem Zufallsprinzip ausgewählten abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patientinnen und Patienten

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) 6) 4)

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	15	20	8	0	0	2	0	3	7	6	0	4	3	4	7	5	8)	84
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	14	20	5	0	0	2	9	3	7	7	3	4	3	4	7	4	8)	92
beschiedene Anträge ²⁾	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0		5
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	2								1	2								5
– davon Ablehnungen	0								0	0								0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	3			0	k.A.	0	3	1	0	0	3	0	0	1		11
abrechnende Ärzte	10	19	5			0	9	3	3	5	2	7)	3	4	5	3	8)	71

📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0	15	0			0	0	3	0	6	2	0	k.A.	2	0	4		32
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	0	0			0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0		0
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0	0			0	0	0	0	0	1	0	k.A.	0	0	0		1

📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	0	1	1			0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	1		8
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9		20	20						100							20		160
davon ohne Beanstandungen		20	20						52							20		112
davon mit Beanstandungen		0	0						48							0		48
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3									48									48
– 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									4									4
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) 6) 4)

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE UND ICD

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	6	8	1	1	0	0	0	4	2	4	0	3	2	5	2	4	8)	42
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2	7	1	0	0	0	0	3	3	5	2	3	2	6	2	4	8)	40
beschiedene Anträge ²⁾	0	4	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0		10
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)		3						1	2	1	1			1				9
– davon Ablehnungen		1						0	0	0	0			0				1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1		7
abrechnende Ärzte	2	4	0	0	0	0	0	3	3	4	2	7)	2	6	2	4	8)	32

📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	0	5	0					3	0	4	2	0	k.A.	5	0	4		23
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	1	0					0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0		1
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0	0					0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0		0

📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	0	2	0					0	3	0	0	0	1	0	0	1		7
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9		38							60				20			20		138
davon ohne Beanstandungen		34							54				20			15		123
davon mit Beanstandungen		4							6				0			5		15
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3		4							6							5		15
– 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							1							1		2
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) 6) 4)

HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE, ICD UND CRT

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	408	529	109	96	41	66	258	63	312	361	171	20	153	77	105	57	274	3.100
beschiedene Anträge ²⁾	45	121	13	10	3	13	47	7	32	30	11	1	15	7	7	4	37	403
– davon Genehmigungen (erstmals erteilt, auch gemäß § 12)	44	114	12	10	3	13	47	7	32	30	11	1	15	7	7	2	30	385
– davon Ablehnungen	1	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7	18
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	13	0	1	18	k.A.	3	14	32	25	4	7	10	0	0	30	157
abrechnende Ärzte	370	506	99	91	39	57	204	58	279	341	161	7)	142	77	97	55	94	2.670

📅 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE § 7

Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der vorgesehenen Frist (24 Monate) erbracht haben	60	104	0	86	41	21	41	50	0	324	169	4	55	45	26	53	45	1.124
Ärzte, die den Fortbildungsnachweis innerhalb der Nachfrist (folgende 24 Monate) erbracht haben	0	5	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Genehmigungswiderrufe gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. § 7 Abs. 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2

📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse

überprüfte Ärzte gemäß § 9	64	9	10	11	6	8	32	10	32	54	24	4	23	15	17	9	23	351
überprüfte Dokumentationen gemäß § 9	1.280	180	200	220	120	160	640	200	640	960	480	80	460	292	340	180	460	6.892
davon ohne Beanstandungen	1.220	168	196	200	103	151	595	188	558	858	466	80	433	258	332	174	393	6.373
davon mit Beanstandungen	60	12	4	20	17	9	45	12	82	28	14	0	27	34	8	6	67	445
– darunter Beanstandungen wegen Unvollständigkeit gemäß § 9 Abs. 3	60	12	4	0	16	9	30	1	82	15	14		27	34	8	6	62	380
– darunter Beanstandungen wegen Hinweisen auf eine nicht adäquate Programmierung gemäß § 9 Abs. 3	0	0	0	20	1	0	15	1	0	13	4		0	0	0	0	4	58
Ärzte, die zu einer schriftlichen Stellungnahme gemäß § 9 Abs. 3 aufgefordert wurden	6	0	2	0	2	2	2	2	13	0	1	0	1	4	0	0	5	40
Kolloquien																		
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 3	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⁾ Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Überprüfung der Fortbildungsnachweise erfolgt Ende 2024. ⁶⁾ Prüfumfang der Fortbildungsnachweise reduziert (wegen 10 Erstgenehmigungen). ⁷⁾ Abrechnende Ärzte (3. Quartal): 0 HSM; 0 ICD; 4 ICD telem.; 16 CRT; 2 CRT telem. ⁸⁾ Keine Differenzierung der Genehmigungsbereiche möglich.

» SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

✓ 6.231 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2023	687	1.108	259	145	46	124	395	105	522	1.016	345	64	278	133	175	114	715	6.231
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	615	1.039	0	117	44	112	357	96	462	937	321	56	272	113	139	109	625	5.414
– davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	62	69	259	28	2	12	37	6	43	74	22	8	6	20	34	5	90	777
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	10	0	0	0	0	0	1	3	17	5	2	0	0	0	2	0	0	40
beschiedene Anträge ²⁾	64	236	41	22	1	36	100	1	75	234	61	10	35	23	28	11	93	1.071
– davon Genehmigungen	64	221	39	22	1	35	100	1	75	234	61	10	34	23	28	11	91	1.050
– davon Ablehnungen	0	15	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	21
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon ohne Beanstandungen		1																1
– davon mit Beanstandungen		0																0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	20	0	0	14	k.A.	0	18	49	28	1	8	7	10	3	50	208

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.

> SCHMERZTHERAPIE

✓	1.428	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	166	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	1.992	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) <small>Schätzung auf Grundlage der Vorgaben</small>



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

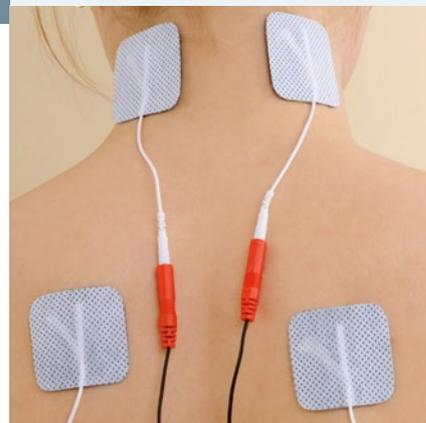
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: mindestens halbjährliche Information über den Behandlungsverlauf an den Hausarzt oder die Hausärztin; Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen; konsiliarische Beratung der kooperierenden Ärzte und Ärztinnen; schmerztherapeutische Einrichtungen: 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)												
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Ärzte ¹⁾ 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	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	164	220	99	81	14	32	103	35	82	166	69	21	106	38	48	34	116	1.428	
beschiedene Anträge ²⁾	20	39	22	8	2	2	41	0	16	29	12	3	16	2	10	5	14	241	
neu (erstmalig)	20	27	8	8	2	1	14		4	16	8	2	10	2	10	2	14	148	
– davon Genehmigungen	18	24	7	8	2	1	14		4	16	5	2	10	2	10	2	11	136	
– davon Ablehnungen	2	3	1	0	0	0	0		0	0	3	0	0	0	0	0	3	12	
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0	2	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
– davon Genehmigungen				2														2	
– davon Ablehnungen				0														0	
neu (wegen Statuswechsel u. ä.)	16	12	14	5	0	1	27		12	13	4	1	6	0	0	3	0	114	
– davon Genehmigungen	16	12	14	5		1	27		12	13	4	1	6			3		114	
– davon Ablehnungen	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0			0		0	
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	4	3	2	0	1	4	0	0	4	1	1	1	0	1	0	4	26	
– davon bestanden		3	2	2		1	4			4	1	1	1		1		4	24	
– davon nicht bestanden		1	1	0		0	0			0	0	0	0		0		0	2	
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 10 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	7	4	1	0	0	k.A.	1	13	11	10	1	5	0	6	0	12	71	
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7 Abs. 2 (fakultativ)																			
geprüfte Ärzte	8	0	0	0	0	15	0	19	3	0	0	0	0	0	23	0	0	68	
– davon Anforderungen erfüllt	8					15		19	3						23			68	
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0					0		0	0						0			0	
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																			
geprüfte Ärzte	11	29	9	2	0	0	13	7	4	6	3	3	7	2	0	2	11	109	
– davon Anforderungen erfüllt	11	19	9	2			10	5	4	5	3	3	7	2		1	9	90	
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0	0	0	0			3	2	0	1	0	0	0	0		1	2	9	
geprüfte Dokumentationen	132	348	108	24	0	0	156	84	48	72	36	29	84	2	0	24	132	1.279	
– davon ohne Beanstandungen	110	216	59	24			120	63	40	60	35	13	78	2		12	108	940	
– davon mit Beanstandungen	22	12	49	0			36	21	8	12	1	16	6	0		12	24	219	
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	2	0	4	0	0	0	3	2	1	1	0	0	1	0	0	0	2	16	
– davon ohne Beanstandungen	2		4				0	2	1	1			1				1	12	
– davon mit Beanstandungen	0		0				3	0	0	0			0				1	4	
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	
– davon ohne Beanstandungen													1				1	2	
– davon mit Beanstandungen													0				0	0	
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Genehmigung erneut gemäß § 5 Abs. 5: Prüfung noch nicht abgeschlossen. 5) Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 6) Prüfungen finden erst in 2024 statt. 7) 16 Beanstandungen aufgrund geringfügiger Mängel.

› SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG sQS

Neben den Regeln über die ambulante Qualitätssicherung innerhalb des KV-Systems gelten je nach Behandlungsanlass die Bestimmungen der sektorenübergreifenden datengestützten Qualitätssicherung sowie Anwendungsbestimmungen bei neuartigen Arzneimitteln für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Krankenhäuser gleichermaßen.

DATENGESTÜTZTE QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

Die meisten Verfahren nach DeQS-RL beziehen sich auf den stationären Sektor. Dies ist im Wesentlichen dadurch bedingt, dass 2021 die Richtlinie über „Maßnahmen der Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) in die DeQS-RL integriert worden ist. 2024 ist ein rein ambulantes Verfahren zur Psychotherapie hinzugekommen. Da dieses Verfahren zunächst in einem Bundesland über sechs Jahre erprobt wird, bevor es in die Regelversorgung überführt werden soll, gehen damit auch methodische Neuerungen einher, die die KBV aufmerksam verfolgen wird.

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

INSTRUMENTE DER DATENERHEBUNG

Fallbezogene Dokumentation in den Gesundheitseinrichtungen:

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

Sozialdaten bei den Krankenkassen:

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

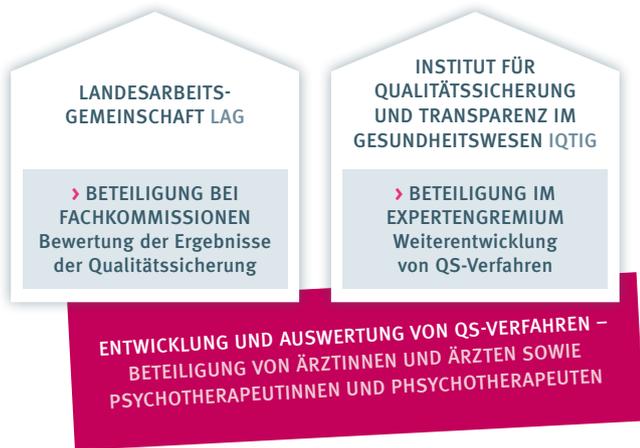
Einrichtungsbefragungen:

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

Patientenbefragungen:

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

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



› 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.

Zu den Hauptzielen des QS-Verfahrens zählen:

Präzisierung der Indikationsstellung

› Koronarangiographien werden nur bei klarer medizinischer Notwendigkeit durchgeführt.

Einhaltung der Leitlinien

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

Minimierung der Komplikationen während und nach einer Koronarangiographie beziehungsweise einer Koronarintervention

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

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

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

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

Seit dem 1. Juli 2022 findet im Verfahren QS PCI eine anonyme Befragung der Patientinnen und Patienten statt. Die Weiterleitung der für die Durchführung der Patientenbefragung notwendigen Daten ist für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gesetzlich verpflichtend. Die Teilnahme an der Befragung ist jedoch für die Patientinnen und Patienten freiwillig. Diese Daten sind durch die Vertragsärzte und -ärztinnen monatlich an die Stelle weiterzuleiten, die den Fragebogenversand durchführt (Versendestelle). Im Gegensatz dazu wird die fallbezogene QS-Dokumentation in der Regel quartalsweise durchgeführt. Da es sich um die erste Patientenbefragung in einem sektorenübergreifenden QS-Verfahren handelt, wird die Befragung über einen Zeitraum von viereinhalb Jahren erprobt und wissenschaftlich durch das IQTIG begleitet.

>>

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 Landeskrankengesellschaft, die KV und die Krankenkassen auf Landesebene zusammengeschlossen, um vor Ort Maßnahmen zur QS zu empfehlen.

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

NEUARTIGE ARZNEIMITTEL

Seit 2024 können erstmals neuartige Therapien bei Hämophilie auch in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden (siehe „Aktuelles“ Seite 10). Die Anforderungen an deren Anwendung folgen einer eigenen Richtlinie, der ATMP-QS-RL gemäß § 136a Absatz 5 SGB V, die der G-BA am 4. November 2021 beschlossen hat und die am 14. Juni 2022 in Kraft getreten ist.

Die Einhaltung der Vorgaben prüfen in der vertragsärztlichen Versorgung die KVen. Im stationären Sektor obliegt die Prüfung dem Medizinischen Dienst. Der KBV-Qualitätsbericht wird über die Anwendungsgebiete zukünftig regelmäßig informieren.

Mehr Infos unter:

➤ www.kbv.de/html/sqs.php

➤ <https://iqtig.org>

Der erste Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung im Verfahren QS PCI zeigt einen sehr hohen Mehraufwand für Ärztinnen und Ärzte durch den monatlichen Versand der Patientendaten. Die KBV hatte bereits beim Start der Patientenbefragung die neu eingeführte und von der regulären quartalsweisen Frist abweichende, monatliche Datenlieferung kritisch diskutiert.

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

ERGEBNISSE 2022

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den G-BA freigegeben und veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2023 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2022 auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation beziehungsweise 2021 für die Ergebnisse, die auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren, berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden erstmals im Herbst 2025 veröffentlicht, da die Durchführung der Befragung im zweiten Halbjahr 2022 vorrangig der Erprobung des Datenflusses diente und die Daten aus 2023 erst im Folgejahr ausgewertet werden. Von 56.084 versendeten Fragebögen im ersten Halbjahr 2023 wurden 27.873 zurückgesendet, was einer Rücklaufquote von 49,70 Prozent entspricht und für eine hohe Akzeptanz der Befragung seitens der Patientinnen und Patienten spricht.

Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, führt das IQTIG bei Qualitätsindikatoren im QS PCI, bei denen dies notwendig ist, eine Risikoadjustierung durch. Es ist jedoch zu beachten, dass im bestehenden Risikoadjustierungsmodell noch nicht alle relevanten Risikofaktoren bei vereinzelt Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden, wie zum Beispiel beim Qualitätsindikator „30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)“. In diesen Fällen sollten daher die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Leistungserbringergruppen nicht zur Bewertung von Unterschieden in der Behandlungsqualität zwischen den Sektoren herangezogen werden.

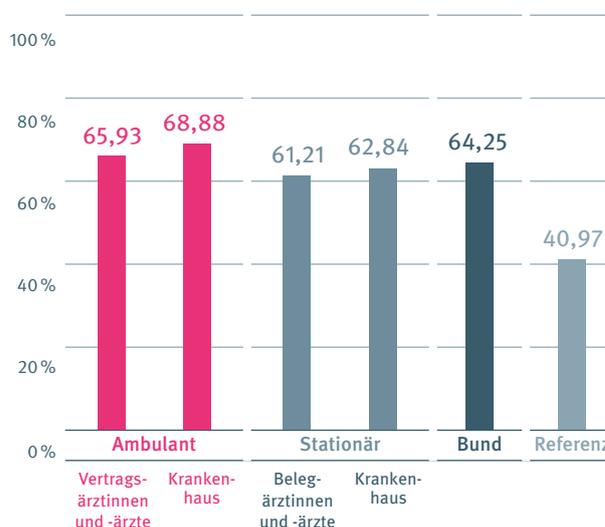
Für das Erfassungsjahr 2022 lagen insgesamt 714.881 Datensätze zur Auswertung vor (2021: 734.823), davon 61.808 (2021: 70.617) von Vertragsärztinnen und -ärzten. Insgesamt 269 vertragsärztliche kardiologische Praxen beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ), 1.040 Krankenhäuser sowie 33 selektivvertraglich tätige Leistungserbringer übermittelten dem IQTIG Daten zu durchgeführten Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen.

Im Jahr 2022 wurden 723.503 Koronarangiographien (2021: 745.004) und 295.429 (2021: 304.767) perkutane Koronarinterventionen (PCI) durchgeführt. Ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte erbrachten 7,08 Prozent der erfassten Koronarangiographien und PCI, Belegärztinnen und -ärzte 0,32 Prozent.

Es wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit festgestellt.

ERGEBNISSE QUALITÄTSINDIKATOR „OBJEKTIVE, NICHT-INVASIVE ISCHÄMIEZEICHEN ALS INDIKATION ZUR ELEKTIVEN, ISOLIERTEN KORONARANGIOGRAPHIE“ ERFASSUNGSJAHR 2022

➤ Anteil Koronarangiographien mit angemessener Indikationsstellung nach Leistungserbringergruppen

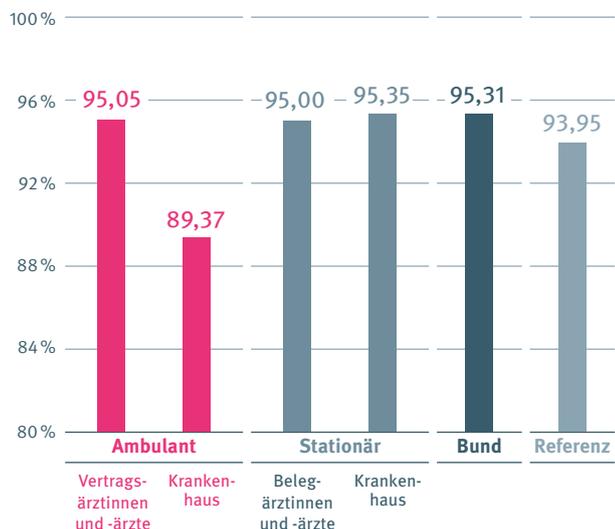


Die Abbildung zeigt die Ergebnisse des auf fallbezogener Dokumentation basierenden Indikators „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“. Das Qualitätsziel ist hier ein möglichst hoher Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine angemessene Indikationsstellung vorliegt. Die Ergebnisdarstellung erfolgt differenziert nach Leistungserbringergruppen: ambulant tätige Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, ambulant und stationär erbrachte Leistungen der Krankenhäuser, belegärztliche Leistungen im Krankenhaus. Ferner werden der Bundesdurchschnitt und der Referenzbereich ausgewiesen. Bei 64,25 Prozent der bundesweit durchgeführten elektiven Angiographien lag im Jahr 2022 eine angemessene Indikationsstellung vor. 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. Der Indikator wird als Ergebnis der Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung (siehe Seite 95) aktuell überarbeitet. Das IQTIG hat die Validität als zu gering eingeschätzt, da der Nenner des Indikators noch nicht alle interessierenden Fälle abdeckt.

Die Abbildung auf Seite 95 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 95,31 Prozent der Patientinnen und Patienten konnte 2022 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.

**ERGEBNISSE QUALITÄTSINDIKATOR
„ERREICHEN DES WESENTLICHEN
INTERVENTIONSZIELS BEI PCI“
ERFASSUNGSJAHR 2022**

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



**ERGEBNISSE ZUM STELLUNGNAHMEVERFAHREN
FÜR DAS ERFASSUNGSJAHR 2021**

Neben den Ärztinnen und Ärzten erhalten auch die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), welche sich aus ambulant und stationär tätigen Fachexpertinnen und -experten zusammensetzen, die Ergebnisse, um diese zu bewerten. Bei „rechnerischen“ Auffälligkeiten, wenn also Ergebnisse in einem Qualitätsindikator vom festgelegten Referenzbereich abweichen, kann durch die LAG ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden. Das Stellungnahmeverfahren kann auch mehrstufig sein (schriftliche Stellungnahme, Begehung, Gespräch). Hierdurch hat die Ärztin beziehungsweise der Arzt die Möglichkeit, die „auffälligen“ Ergebnisse ihrer oder seiner Einrichtung zu erläutern. Sollten sich die rechnerischen Auffälligkeiten nicht klären lassen, werden diese als „qualitative“ Auffälligkeiten eingestuft. Infolge können für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt qualitätsfördernde Maßnahmen (zum Beispiel Implementierung von Behandlungspfaden und Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien, Teilnahme an Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien) festgelegt werden. In bestimmten Fällen sind neben qualitätsfördernden auch sanktionierende Maßnahmen (zum Beispiel Information der für Vergütungsabschlüsse oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen) möglich.

5,33 Prozent der Indikatorergebnisse waren rechnerisch auffällig (985 von 18.475 Datensätzen). Für 74,95 Prozent der auffälligen Indikatorergebnisse (736 von 985) wurde ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen, davon wurden 22,42 Prozent als qualitativ auffällig bewertet (165 von 736).

**AUFFÄLLIGKEITEN UND
QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN
GEMÄSS § 17 DEQS-RL IM VERFAHREN QS PCI
ERFASSUNGSJAHR 2021**

ERGEBNISSE	Anzahl	Anteil (%)
➤ Indikatorergebnisse des QS-Verfahrens	18.475	
➤ Rechnerisch auffällige Ergebnisse ¹⁾	985	5,33
➤ Kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet ²⁾	246	25,05
➤ Stellungnahmeverfahren eingeleitet ²⁾	736	74,95
Schriftlich ³⁾	729	99,05
Gespräch ³⁾	9	1,22
Begehung ³⁾	0	0

**EINSTUFUNG DER ERGEBNISSE NACH ABSCHLUSS
DES STELLUNGNAHMEVERFAHRENS**

➤ Bewertung als qualitativ unauffällig ²⁾	352	35,74
➤ Bewertung als qualitativ auffällig ²⁾	165	16,8
➤ Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation ²⁾	119	12,08
➤ Sonstiges ²⁾	79	8,02

INITIIERUNG QUALITÄTSSICHERUNGSMASSNAHMEN

➤ Maßnahmenstufe 1 gemäß DeQS-RL	52	–
➤ Maßnahmenstufe 2 gemäß DeQS-RL	0	–

¹⁾ Anteil bezogen auf die Anzahl der Indikatorergebnisse des QS-Verfahrens
²⁾ Anteil bezogen auf Anzahl der rechnerischen Auffälligkeiten
³⁾ Anteil bezogen auf eingeleitete Stellungnahmeverfahren

WEITERENTWICKLUNG DES VERFAHRENS

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

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

› VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN – POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN QS WI

Am 1. Januar 2017 startete das zweite sektorenübergreifende Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“. In der vertragsärztlichen Versorgung sind rund 8.000 operativ tätige Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise 5.000 Einrichtungen der Fachrichtungen Chirurgie, Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe beteiligt.

Das Verfahren basiert auf zwei Abschnitten: Im ersten Abschnitt werden postoperative Wundinfektionen, die zur stationären Aufnahme geführt haben, im Krankenhaus erfasst. Durch eine Verknüpfung dieser Daten mit Sozialdaten, die den Krankenkassen als Abrechnungsdaten vorliegen, ist es möglich, diese Wundinfektionen zurückzuverfolgen und festzustellen, wo der ambulante oder stationäre 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 eine Erprobung der Richtlinie geplant, die sich inzwischen über einen Zeitraum von sieben Jahren erstreckt. Während dieser Erprobungsphase wird das QS-Verfahren auf Basis von Hinweisen der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sowie durch den regelmäßigen Einbezug von Fachleuten stetig überarbeitet und weiterentwickelt.

ERGEBNISSE ZUM HYGIENE- UND INFEKTIONS MANAGEMENT 2022

Die Vollzähligkeit der Datensätze (Praxen, MVZ, ermächtigte Ärzte und Ärztinnen, Krankenhäuser ambulant) der ambulanten Einrichtungsbefragung lag für das Erfassungsjahr 2022 bei circa 82 Prozent. Für die Datensätze der stationären Einrichtungsbefragung (Belegärzte und -ärztinnen, Krankenhäuser stationär) lag die Vollzähligkeit bei 85 Prozent.

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

Im bundesweiten Mittelwert wurde im Erfassungsjahr 2022 für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein Wert von 73,79 von 100 Punkten erreicht. Der Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ erreichte ein Ergebnis von 74,78 von 100 Punkten.

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

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

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

ERGEBNISSE ZU DEN NOSOKOMIALEN POSTOPERATIVEN WUNDINFEKTIONEN AUS DEM ERFASSUNGSJAHR 2021

Im Oktober 2020 stellte das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zum wiederholten Mal für das gesamte QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ einen umfangreichen Weiterentwicklungs- und Anpassungsbedarf fest und empfahl dem G-BA, die QS-Dokumentation des Verfahrens für die Überarbeitungszeit auszusetzen. Aufgrund der konstant bestehenden Umsetzungsschwierigkeiten folgte der G-BA der Empfehlung des IQTIG. Am 17. Dezember 2020 beschloss der G-BA einvernehmlich, die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2020 auszusetzen. Zusätzlich entfiel mit G-BA-Beschluss vom 21. Januar 2021 für die Krankenhäuser die nur dort erforderliche, fallbezogene QS-Dokumentation als auch die Sozialdatenlieferung der Krankenkassen für das Kalenderjahr 2021. Daher beinhaltet der aktuelle Bericht keine Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen zu den postoperativen Wundinfektionen des Erfassungsjahres 2021.

**ERGEBNISSE DER KENNZAHLEN
ZUM HYGIENE- UND INFektionsMANAGEMENT
– AMBULANTE EINRICHTUNGEN
ERFASSUNGSJAHR 2022**

Ergebnisse jeweils von 100 Punkten	AMBULANT OPERIERENDE KRANKENHÄUSER	VERTRAGSÄRZTLICHE EINRICHTUNGEN PRAXIS, MVZ	BUND GESAMT
› Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungs- überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe	84,83 Punkte	82,24 Punkte	82,82 Punkte
› Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie	84,05 Punkte	65,74 Punkte	69,83 Punkte
› Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff	94,33 Punkte	72,44 Punkte	77,33 Punkte
› Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien	93,72 Punkte	88,54 Punkte	89,69 Punkte
› Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes	97,38 Punkte	91,67 Punkte	92,94 Punkte
› Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel	89,94 Punkte	81,99 Punkte	83,77 Punkte
› Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie	22,13 Punkte	56,61 Punkte	48,90 Punkte
› Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention	47,89 Punkte	42,23 Punkte	43,50 Punkte
› Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion	96,95 Punkte	74,45 Punkte	79,47 Punkte
› Durchführung von Compliance-Überprüfungen	49,56 Punkte	75,41 Punkte	69,63 Punkte

WEBPORTAL FÜR DIE EINRICHTUNGSBEFRAGUNG

Die einbezogenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können seit Beginn der Dokumentationspflicht über eine Software ihrer KV dokumentieren. Alle Fragen des ambulanten Fragebogens sind mit einer webbasierten Ausfüllhilfe auf der KBV-Webseite verlinkt. Darin enthalten sind kurze Erläuterungen zu den einzelnen Fragen, weiterführende Linktipps und passgenaue Musterdokumente, die spezifisch auf die Anforderungen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zielen. Des Weiteren bietet die KBV auf ihrer sQS-Webseite Lehrfilme zum Thema präoperative Haarentfernung und Prävention postoperativer Wundinfektionen an. Zudem bietet die KBV im Themenbereich Antibiotika auf ihrem Fortbildungsportal vier zertifizierte Fortbildungen an. Hierzu gehören drei Fortbildungen zur rationalen Antibiotikatherapie und eine zertifizierte Fortbildung zum Methicillin-resistenten Staphylococcus-aureus-Keim (MRSA).

WEITERENTWICKLUNG DES VERFAHRENS

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

Die IQTIG-Berichte wurden am 21. Dezember 2023 mit einer Kommentierung des G-BA veröffentlicht. Darin wurde festgehalten, dass sich der G-BA einvernehmlich gegen eine Strukturrichtlinie ausspricht. Zudem sollten die methodischen Mängel als auch die fehlenden Auftragsgegenstände vom IQTIG nachgearbeitet werden. Eine endgültige Entscheidung in Bezug auf das weitere Vorgehen ist noch ausstehend.

Mehr Infos unter:

Themenseite QS WI der KBV:

➔ www.kbv.de/html/sqs-verfahren.php

Lehrfilme auf der sQS-Webseite der KBV:

➔ www.kbv.de/html/sqs-verfahren.php

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

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

Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene
sQS-Wundinfektion



SERVICEANGEBOTE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG AUF DER KBV-WEBSEITE

Webbasierte Ausfüllhilfe

Musterdokumente auf der Hygiene-Webseite der KBV

Lehrfilme auf der sQS-Webseite der KBV

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

Zertifizierte Fortbildungen zum Themenbereich rationale Antibiotikatherapie:

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



› NIERENERSATZTHERAPIE BEI CHRONISCHEM NIEREN- VERSAGEN EINSCHLIEßLICH 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 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 Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren zu fördern sowie die Rate an Komplikationen, Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen von Dialyse und Organtransplantation zu verringern. Datenquellen der Qualitätsindikatoren sind zum einen die fallbezogenen Dokumentationen der Ärztinnen und Ärzte sowie Sozialdaten, die den Krankenkassen als Abrechnungsdaten vorliegen. Diese Daten werden insbesondere genutzt, um den Behandlungsverlauf eines chronischen Nierenversagens über fünf beziehungsweise zehn Jahre erfassen und darstellen zu können (Follow-up-Indikatoren). Die vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erhobene Datengrundlage zur Dialyse wies zu Beginn noch deutliche Unstimmigkeiten auf, so dass für die Erfassungsjahre 2021 und 2022 keine Ergebnisse der Qualitätsmessung veröffentlicht wurden. Erste Ergebnisse zur Dialyse liegen trotz fortbestehender Probleme für das Erfassungsjahr 2023 vor und werden im nächsten Qualitätsbericht der KBV dargestellt.

Im Rahmen der Weiterentwicklung aller QS-Verfahren (siehe Seite 102 „Ausblick“) wird das IQTIG dem G-BA die Empfehlungen für den Berichtsteil Dialyse des Verfahrens „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastreansplantation“ bis zum 30. Mai 2025 vorlegen. Die Empfehlungen und sich daraus gegebenenfalls ergebende Anpassungsvorschläge werden Inhalt weiterer Beratungen im G-BA sein. Als weitere Datenquelle steht voraussichtlich ab 2026 eine Patientenbefragung für den Einsatz im QS-Verfahren zur Verfügung.

› QS AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE

Das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist das erste Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung, das regional erprobt wird, bevor es bundesweit ausgerollt werden soll.

Das QS-Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – kurz QS ambulante Psychotherapie – wurde als 16. Verfahren in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) aufgenommen. Der G-BA folgt mit seinem Beschluss vom 18. Januar 2024 der Empfehlung der KBV, nur noch erprobte QS-Verfahren bundesweit einzuführen (siehe Positionspapier der KBV von 2021 zur Neuausrichtung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung www.kbv.de/media/sp/2021-07-26_KBV-Positionspapier_sQS_Neuausrichtung.pdf).

Für die Erprobung des neuen Verfahrens spricht weiterhin, dass das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen der konzeptionellen Entwicklung des QS-Verfahrens keine konkreten Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung mit mittlerer oder hoher Evidenz aufzeigen konnte. Daher ist ein Ziel der Erprobung, zunächst Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität aufzuzeigen und zu untersuchen. Hierzu gehört, dass die Eignung der Qualitätsindikatoren geprüft wird. Gegenwärtig sind neun Qualitätsindikatoren vorgesehen, die über eine fallbezogene Dokumentation in den Einrichtungen erhoben werden, sowie neun Indikatoren, die die Patientensicht im Rahmen einer Patientenbefragung abbilden.

>>

ERPROBUNG EINES QS-VERFAHRENS ZUR AMBULANTEN PSYCHO- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG GESETZLICH KRANKENVERSICHERTER

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. Die Richtlinie ist nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. September 2024 in Kraft getreten. Sie hat zum Ziel, die Behandlungsqualität der vier Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Systemische Therapie) zu fördern, Transparenz zu schaffen sowie die patientenorientierte Kommunikation und Partizipation zu verbessern. Die KBV hat sich maßgeblich dafür eingesetzt, dass das neue QS-Verfahren zunächst in einer Region über sechs Jahre erprobt wird, bevor es bundesweit zum Einsatz kommt. Die regionale Erprobung startet am 1. Januar 2025 in Nordrhein-Westfalen.

Darüber hinaus müssen die Datenflüsse und technisch-organisatorischen Abläufe des QS-Verfahrens getestet werden. Eine besondere Herausforderung ist, dass im Unterschied zu den anderen Verfahren nach DeQS-RL, nahezu alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer KV-Zulassung für die Behandlung von Erwachsenen in das Verfahren einbezogen werden und es sich somit erstmalig um eine äußerst hohe Anzahl an Behandlern handelt.

Die Erprobung startet am 1. Januar 2025 in den beiden KV-Bereichen Nordrhein und Westfalen-Lippe für einen Zeitraum von sechs Jahren und wird vom IQTIG, das vom G-BA auch mit der Verfahrensentwicklung beauftragt wurde, wissenschaftlich begleitet. In den Folgejahren soll das IQTIG über notwendige Anpassungen des Verfahrens berichten.

Es werden alle Patientinnen und Patienten einbezogen, die ihre Behandlung nach Inkrafttreten der Richtlinie am 1. September 2024 begonnen haben und diese regulär nach dem 1. Januar 2025 abschließen werden. Sie müssen im Rahmen einer Richtlinien-therapie für Erwachsene behandelt worden sein (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Systemische Therapie). Ebenfalls werden wenige Daten für Behandlungen mit Beginn vor Inkrafttreten der Richtlinie und Beendigung nach dem 1. Januar 2025 aus Gründen der Vollzähligkeitsprüfung erhoben und verarbeitet.

Patientinnen und Patienten, die zu Beginn der Behandlung unter 18 Jahre alt waren, im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie behandelt wurden oder an einer Gruppentherapie teilgenommen beziehungsweise in Kombination behandelt wurden, sind grundsätzlich von dem QS-Verfahren ausgeschlossen. Aus technischen Gründen werden jedoch zunächst noch einige wenige Daten für den Ausschluss dieser Patientinnen und Patienten benötigt und diese daher bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhoben. Die KBV äußerte sich dazu kritisch. Der G-BA hat sich aber dennoch für eine entsprechende Umsetzung mit der Auflage einer zeitnahen Überarbeitung der technischen Umsetzung entschieden, um den Starttermin der regionalen Erprobung des QS-Verfahrens nicht zu gefährden.

› VERFAHREN VOR DEM REGELBETRIEB sQS

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

Seit 2012 beschäftigt sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit psychischen Erkrankungen und strebt eine Verbesserung der Versorgung und eine Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in diesem Bereich an. Seit 2014 wird an einem QS-Verfahren für volljährige Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen gearbeitet. 2016 veröffentlichte das aQua-Institut dazu den ersten Bericht. Aufgrund von Veränderungen in den Leitlinien und den Bestrebungen, Patientinnen und Patienten ein besseres Gehör zu verschaffen, veröffentlichte der G-BA 2019 eine aktualisierte Version des ersten Abschlussberichts und einen Bericht zum Thema Patientenbefragung. Beide Berichte wurden durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz (IQTIG) erstellt.

Am 31. März 2022 übergab das IQTIG den Abschlussbericht zur Machbarkeitsprüfung an den G-BA. Am 17. November 2022 wurde dieser durch einstimmigen Beschluss veröffentlicht. Das geplante Verfahren soll im vertragsärztlichen Bereich einen Dokumentationsaufwand von sechs Minuten pro Patientin beziehungsweise Patient erfordern und würde erstmals ein „schlankes“ QS-Modul darstellen. Empfehlungen für die Software-Spezifikation wurden dem G-BA 2023 vorgelegt. Diese sind aus Sicht der KBV diskussionswürdig und bedürfen weiterer Anpassungen. Mit einer flächendeckenden Ausrollung des QS-Verfahrens zur Schizophrenie kann frühestens ab 2027 gerechnet werden.

QS-VERFAHREN ZUM LOKAL BEGRENZTEN PROSTATAKARZINOM

Am 16. April 2020 hat der G-BA die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum lokal begrenzten Prostatakarzinom beauftragt. Den Abschlussbericht hat der G-BA im Juni 2022 zur Veröffentlichung freigegeben. Neu ist, dass erstmals die Klinischen Krebsregister der Länder in ein Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung eingebunden werden. Durch die Einbindung der Krebsregister entstehen Synergieeffekte, weil ein Teil der Daten, die die Arztpraxen und Krankenhäuser an die Krebsregister senden, nun auch unter dem Blickwinkel und den Möglichkeiten der externen QS betrachtet werden kann. Für die Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies, dass sie im Unterschied zu den bereits laufenden QS-Verfahren keine zusätzliche Dokumentation für die QS bereitstellen müssen. Zu dem methodisch anspruchsvollen Vorgehen haben die KBV und andere berechnete Organisationen im Frühjahr 2021 im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens beim IQTIG Stellung genommen. Mit einem Verfahrensstart ist ab 2026 zu rechnen.

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

› NEUARTIGE ARZNEIMITTHERAPIEN QS ATMP

Seit 2024 können Gentherapeutika zur Behandlung von Hämophilie A und B in der vertragsärztlichen Versorgung verordnet werden. Dieses bedingt hohe Qualitätsanforderungen, über die der Unteraus-schuss Arzneimittel berät. Ob die Anforderungen eingehalten werden, prüfen die KVen.

Hämophilie ist eine Erbkrankheit, die zu einer Störung der Blutgerinnung führt. Es fehlt ein für die Blutgerinnung erforderliches Protein (Gerinnungsfaktor) im Blut. Die mittel-schweren und schweren Verlaufsformen können zu schwersten Blutungen in Muskeln und Gelenken sowie im Magen-Darm-Bereich und des Gehirns führen. Aufgrund der zugrundeliegen- den Genetik sind fast ausschließlich Männer davon betroffen.

Mit Roctavian®, Hemgenix® und Beqvez® sind im Europä- ischen Wirtschaftsraum erstmals Gentherapeutika für die Behandlung von schwerer Hämophilie A beziehungsweise schwerer und mittelschwerer Hämophilie B zugelassen. Ziel der neu zugelassenen Gentherapien ist es, durch einmalige intravenöse Gabe das funktionsfähige Gerinnungsfaktor-Gen in Leberzellen eines Patienten einzubringen.

>>

GENTHERAPIE BEI HÄMOPHILIE

MINDESTANFORDERUNGEN

MINDESTMENGEN

- › **Therapievorbereitung und Durchführung:** Patientenzahlen ≥ 30 im Jahr
- › **Nachsorge:** Patientenzahlen ≥ 10 im Jahr
- › Es müssen jährlich Patientinnen und Patienten mit schwerer Hämophilie A oder B oder mit den schweren Formen des Willebrand-Jürgens-Syndroms in der Einrichtung versorgt werden.

FACHLICHE KENNTNISSE DES ÄRZTLICHEN PERSONALS

- › Facharztstandard Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung Hämostaseologie oder Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatzweiterbildung Hämostaseologie oder Transfusionsmedizin mit Zusatzweiterbildung Hämostaseologie.
- › Für die Durchführung müssen zwei Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzte der genannten Fachrichtungen vertreten sein, eine verantwortliche Ärztin beziehungsweise ein verantwortlicher Arzt und eine weitere Ärztin beziehungsweise ein weiterer Arzt.
- › In der nachsorgenden Einrichtung muss eine Ärztin oder ein Arzt der genannten Fachrichtungen für die Nachsorge verantwortlich sein.

KOOPERATIONEN

- › In der Behandlungseinrichtung, in der die Applikation mit dem Gentherapeutikum erfolgt, müssen zur Diagnostik und Behandlung von Lebererkrankungen Ärztinnen und Ärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie verfügbar sein.

WEITERE QUALITÄTSANFORDERUNGEN

FACHLICHE KENNTNISSE DES ÄRZTLICHEN PERSONALS

- › Für jede kooperierende Einrichtung ist ein Ansprech-partner zu benennen.

INDIKATIONSSTELLUNG

- › Die Feststellung der Anwendungsvoraussetzungen des Gentherapeutikums und das Beratungsergebnis sowie eingebundene Ärztinnen oder Ärzte sind in der Patientenakte zu dokumentieren.

INDIKATIONSSTELLUNG

- › Molekulargenetische Diagnostik der Hämophilie
- › Bestimmung der Ausgangswerte der Leberenzyme ALT, AST, CPK
- › Leberelastografie
- › Bei vorbestehenden Infektionen mit HIV ist der Facharztstand- ard Innere Medizin und Infektiologie oder eine Ärztin oder Arzt mit einer Zusatzweiterbildung Infektiologie oder Immuno- logie oder mit einer Genehmigung nach der QS-Vereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung hinzuzuziehen.

AUFKLÄRUNG

- › Vor der Anwendung muss über Alternativen, Nutzen und Risiken sowie Ablauf der Behandlung und Nachsorge aufgeklärt werden.

STRUKTURVORGABEN

- › SOP zur Überwachung und Früherkennung von Komplikationen (Notfallbehandlung)
- › SOP für die Behandlungsübergänge zwischen der Durch- führung der Therapie und der Nachsorge (Nachsorgeplan)
- › Regelmäßige Einbestellung des Patienten
- › Bestimmung des jeweiligen Gerinnungsfaktors und Laborwerte (ALT, AST, CPK) zur Überprüfung der Leberfunktion
- › Verfügbarkeit der Ergebnisse des Gerinnungsfaktors und der Laborwerte innerhalb von 24 Stunden
- › Die Aufklärung des Patienten bzgl. der erhobenen Werte
- › Die Übermittlung der erhobenen Werte an die Behandlungs- einrichtung, in der die Gentherapie erfolgt ist, binnen zwei Werktagen

AUFKLÄRUNG

- › Die Aufklärung wird in der Patientenakte dokumentiert. Die Aspekte, die diese umfassen soll, sind frei zu gestalten.

PROZESSVORGABEN

- › Die Faktoraktivität und die Laborwerte sind in der Patienten- akte zu dokumentieren. Es kann eine Rücksprache mit der Behandlungseinrichtung, in der die Indikationsstellung und Durchführung der Therapie stattgefunden hat, erfolgen.

Dadurch werden ausreichende Mengen des Gerinnungsfaktors im Blut gebildet. Dies bewirkt, dass Blutungen verhindert oder Blutungsepisoden verringert werden. Ärztinnen und Ärzte, die eine Gentherapie bei Hämophilie durchführen möchten, benötigen eine Genehmigung ihrer KV. Die konkreten Qualitätsanforderungen hat der G-BA in den „Besonderen Bestimmungen“ in §§ 10 bis 13 der Anlage IV zur ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie (ATMP-QS-RL) festgelegt. Mit einem eigenen Beschluss hat er konkretisiert, wie die KVen deren Einhaltung überprüfen (§ 16 ATMP-QS-RL).

Die Nachsorge ist fünfzehn Jahre lang sicherzustellen und kann auch außerhalb der für Hämophilie qualifizierten Behandlungseinrichtungen erfolgen.

NEUE ANLAGE V ELADOCAGENE EXUPARVOVEC BEI AADC-MANGEL IN KRAFT

Der Aromatische-L-Aminosäure-Decarboxylase-(AADC)-Mangel ist eine genetisch bedingte neurometabolische Störung, welche mit eingeschränkter Synthese der Neurotransmitter Dopamin und Serotonin einhergeht. Die Symptome machen sich kurz nach der Geburt bemerkbar. Nach aktuellen Studien ist von einer sehr geringen Inzidenz mit ein bis zwei neuen Fällen pro Jahr auszugehen. Die Gentherapie ist ab einem Alter von 18 Monaten zugelassen und wird direkt ins Gehirn injiziert (intraputaminale Injektion). Die Behandlungseinrichtung, in der die Applikation erfolgt, muss über eine pädiatrische Intensivstation verfügen. Die Nachsorge kann ab dem dritten Jahr nach der Entlassung wohnortnah beziehungsweise vertragsärztlich durch Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunkt Neuropädiatrie erfolgen und umfasst fünfzehn Jahre.

Die neue Anlage V trat am 27. September 2024 in Kraft.

AUSBLICK: WEITERENTWICKLUNG sQS

Der G-BA hat am 21. April 2022 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung beschlossen.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde am 19. Mai 2022 und 19. Januar 2023 mit der Weiterentwicklung der bestehenden 15 QS-Verfahren beauftragt. Das Verfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ gehört zu den ersten drei Verfahren, die überarbeitet wurden. Der Bericht mit den Empfehlungen des IQTIG wurde am 16. November 2023 mit einer kritischen Kommentierung des G-BA zur Veröffentlichung freigegeben.

Die Empfehlungen zu den nächsten sechs, rein stationären QS-Verfahren wurden dem G-BA zum 15. März 2024 vorgelegt.

Die Empfehlungen zu den übrigen sechs Verfahren werden dem G-BA bis zum 15. März 2025 vorlegt. Hierunter fallen die beiden sektorenübergreifenden Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ und „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantation (QS NET Modul: Transplantation)“.

Als dritte Folgebeauftragung aus dem Eckpunktepapier wurde das IQTIG am 12. Mai 2023 mit der Entwicklung und Anwendung eines Konzepts zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten und Verbesserungsbedarfen beauftragt. Mit diesem Konzept soll zukünftig eine Einschätzung gegeben werden, ob beziehungsweise welche QS-Verfahren neu eingeführt werden sollen. Das Konzept soll dem G-BA am 31. Januar 2025 vorgelegt werden.

Die letzte noch ausstehende Beauftragung aus dem Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung wurde am 6. März 2024 vom G-BA beschlossen. Die Abgabe des Berichts ist für den 30. September 2025 vorgesehen. Das IQTIG soll ein Konzept erarbeiten, das eine Unterscheidung zwischen rein rechnerischen/statistischen Auffälligkeiten und des durch fachliche Beurteilung gegebenenfalls bestätigten Qualitätsdefizits ermöglicht. Neben einer vertieften Ursachenanalyse soll dabei auch die Systemebene betrachtet werden. Ein zentraler Baustein des Verfahrens der qualitativen Beurteilung soll dabei der regelhafte Einbezug von Fachexpertinnen und -experten werden.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz am 28. März 2024 wurde der § 136a Absatz 6 SGB V geändert. Die vom G-BA festzulegenden Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit anhand einrichtungsbezogener risikoadjustierter Vergleiche sind nunmehr nur noch für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte festzulegen. Der Beschluss für eine entsprechende Richtlinie wird Anfang 2025 erwartet.

Auch bei der Anwendung neuartiger Arzneimitteltherapien, die mit der ATMP-QS-RL einer eigenen Qualitätsrichtlinie folgen, zeichnen sich Weiterentwicklungen ab. Mit Inkrafttreten der neuen Anlage V zu AADC-Mangel, einer neurometabolischen Störung, ist ein weiteres Gebiet hinzugekommen, bei dem Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen im Rahmen der Nachsorge erbringen dürfen. Weitere Indikationsgebiete sind zu erwarten. Die Einhaltung der geforderten Strukturen und Prozesse wird von den KVen geprüft.

SOZIALPSYCHIATRIE

✓ 986 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V, geregelt in Anlage 11 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.01.2025, Ergänzungsvereinbarung zur Anlage 3 der Sozialpsychiatrievereinbarung, Gültigkeit: seit 01.07.2013

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

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

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

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



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	79	152	63	26	11	54	51	11	128	160	42	7	26	13	39	19	95	976
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	83	153	62	26	11	56	52	11	132	148	44	8	26	17	40	21	96	986
beschiedene Anträge ²⁾	8	23	4	1	1	13	27	0	10	14	11	4	1	4	2	2	19	144
– davon Genehmigungen	8	23	4	1	1	13	27		10	14	10	4	1	4	2	2	14	138
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	0	5	6
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 ³⁾	0	7	5	1	1	0	k.A.	0	6	26	8	1	1	0	1	0	11	68

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

SOZIOThERAPIE

✓ 4.198 **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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2023	644	439	271	39	106	86	201	76	124	573	302	128	393	146	153	40	477	4.198
beschiedene Anträge ²⁾	62	69	21	1	9	12	55	1	11	116	46	16	38	7	32	2	155	653
– davon Genehmigungen	62	69	21	1	9	12	55	1	11	116	46	16	36	7	30	2	131	625
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	24	28
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	28	17	1	1	0	0	0	1	15	30	0	17	11	3	0	38	162

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

› SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK

✓ 439 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



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

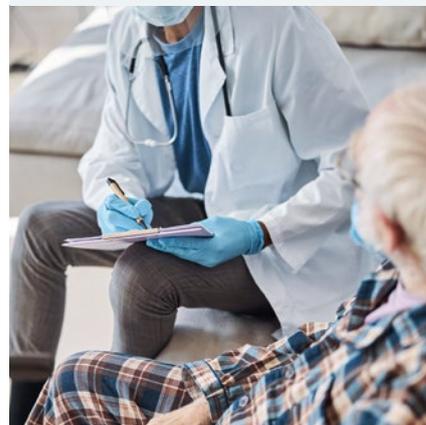
AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

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

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

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

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Evaluation auf Basis von Routinedaten



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	32	81	18	7	8	8	22	8	20	43	84	8	19	12	20	8	40	438
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	30	80	19	7	8	10	18	8	25	43	82	9	17	11	23	7	42	439
Institutsambulanzen mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	23	1	0	1	0	9	0	0	6	3	0	0	0	1	1	0	8	50

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

SPEZIAL-LABOR

✓ 9.893 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

1.417 **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)		4), 5)					6), 7)	8)								9)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.195	1.815	632	189	117	312	545	136	859	1.505	460	157	444	137	253	103	1.034	9.893
abrechnende Ärzte	989	1.709	411	182	97	256	420	101	853	980	556	87	319	99	200	79	814	8.152
beschiedene Anträge ²⁾	90	317	100	25	9	29	65	7	115	44	138	54	42	13	16	7	100	1.171
davon Genehmigungen	88	261	99	24	9	29	65	7	107	43	135	47	42	13	16	5	100	1.090
– darunter erstmals erteilte Genehmigungen	k. A.	123	20	15	9	0	43	7	44	26	16	2	26	9	16	5	34	395
davon Ablehnungen	2	56	1	1	0	0	0	0	8	1	3	7	0	0	0	2	0	81
Kolloquien (Antragsverfahren) gemäß § 3 Abs. 2	32	41	8	1	3	0	9	1	25	17	7	0	0	1	5	0	26	176
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2	0	0	0	0	0	0	0	12	0	10	0	2	3	0	5	0	34
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	102	31	6	0	k. A.	12	60	37	161	20	35	15	16	12	6	513

1.417 ÜBERPRÜFUNG DER INTERNEN UND EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG § 5

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

überprüfte Ärzte gemäß § 5 Abs. 1	54	168	49	14	3	0	15	7	28	44	0	2	4	12	7	6	13	426
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5)	26	95	49	6	3		7	1	20	20		1	4	4	7	6	4	253
– davon mit Beanstandungen	0	9	0	0	0		0	0	2	1		0	0	0	0	0	0	12
– davon Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5	28	11	0	8	0		8	6	5	23		1	0	8	0	0	9	107
überprüfte Ärzte gemäß § 5 Abs. 3	160	192	62	15	15	41	52	14	66	49	52	13	75	17	32	16	120	991
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5)	126	134	62	9	11	3	43	5	46	23	10	8	6	14	12	4	26	542
– davon mit Beanstandungen	16	39	0	5	3	11	0	4	5	1	29	1	4	2	9	0	56	185
– davon Erfüllung gemäß § 5 Abs. 5	18	12	0	1	1	27	9	5	9	25	13	4	65	1	11	12	38	251

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Prüfungen noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Gemäß Vorgaben der Rili-BÄK erfolgt eine weitere Prüfung erst nach 5 Jahren. ⁶⁾ Prüfungen nach § 5 Abs. 1: Eine Rückgabe der Genehmigung. ⁷⁾ Prüfungen nach § 5 Abs. 3: 4 Rückgaben der Genehmigung; 2 Ärzte haben keine Nachweise erbracht. ⁸⁾ Aufgrund einer Neustrukturierung der Kommission wurde eine geringere Anzahl an Prüfungen durchgeführt. ⁹⁾ Abrechnende Ärzte: Zum Stichtag 31.12. wurden viele Genehmigungen beendet, zurückgegeben oder umgeschrieben. Aus diesem Grund ergibt sich die hohe Differenz zwischen Genehmigungsinhabern und abrechnenden Ärzten.

STOßWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

✓ 1.065 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	152	225	5	10	20	15	59	12	121	169	54	23	21	22	29	13	115	1.065
beschiedene Anträge ²⁾	11	17	0	1	1	0	10	0	11	2	5	0	0	1	1	0	11	71
– davon Genehmigungen	11	12		1	1		10		11	2	5			1	1		10	65
– davon Ablehnungen	0	5		0	0		0		0	0	0			0	0		1	6
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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	21	0	0	2	1	k.A.	0	4	4	6	1	2	2	1	0	14	58

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

STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK:

- ✓ 19.495 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 852 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 10.224 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
Schätzung auf Grundlage der Vorgaben

COMPUTERTOMOGRAPHIE:

- ✓ 5.392 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

OSTEODENSITOMETRIE:

- ✓ 1.406 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

STRAHLENTHERAPIE:

- ✓ 1.298 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

NUKLEARMEDIZIN:

- ✓ 1.222 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)

✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 5

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	2.621	3.120	810	429	275	480	1.329	402	1.986	2.439	918	307	926	457	673	497	2.109	19.778
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	2.607	3.106	755	416	276	467	1.301	400	1.949	2.386	916	300	934	461	667	487	2.067	19.495
beschiedene Anträge ²⁾	260	6.151	74	22	27	50	252	17	313	397	130	26	71	25	55	28	310	8.208
– davon Genehmigungen	254	5.997	69	22	27	50	252	17	306	397	127	24	71	23	51	28	270	7.985
– davon Ablehnungen	6	154	5	0	0	0	0	0	7	0	3	2	0	2	4	0	40	223
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	2	2	0	0	7	1	0	7	0	30	2	0	3	14	0	15	83
– davon bestanden		2	2			7	1		7		30	2		1	14		13	79
– davon nicht bestanden		0	0			0	0		0		0	0		2	0		2	4
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	1	0	10	0	0	5	1	0	0	0	0	1	0	0	18
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	10	36	124	34	26	46	k.A.	19	205	173	131	31	62	18	56	40	360	1.371

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

4)

STICHPROBENPRÜFUNGEN § 135b Abs. 2 SGB V

Prüfumfang																		
abrechnende Ärzte	2.154	2.954	600	310	235	431	1.095	329	1.826	2.062	762	237	843	321	602	398	1.679	16.838
geprüfte Ärzte	132	142	30	13	11	26	49	18	71	68	33	10	41	13	28	17	150	852
– Routineprüfung gemäß § 5 Abs. 1	132	120	28	13	11	23	45	18	70	68	32	10	40	13	25	17	148	813
– anlassbezogene Prüfung gemäß § 5 Abs. 2 S. 2	0	22	2	0	0	3	4	0	1	0	1	0	1	0	3	0	2	39
Routineprüfungen abrechnender Ärzte, in %	6,1	4,1	4,7	4,2	4,7	5,3	4,1	5,5	3,8	3,3	4,2	4,2	4,7	4,0	4,2	4,3	8,8	4,8
Prüfergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Routineprüfungen gemäß § 5 Abs. 1																		
– keine Beanstandungen	119	57	11	8	10	16	30	12	62	44	18	9	35	13	23	6	123	596
– geringe Beanstandungen	12	42	17	4	1	5	10	5	8	21	13	0	3	0	2	5	23	171
– erhebliche Beanstandungen	1	13	0	0	0	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	4	2	25
– schwerwiegende Beanstandungen	0	8	0	1	0	0	5	0	0	2	0	1	2	0	0	2	0	21
anlassbezogene Prüfungen gemäß § 5 Abs. 2																		
– keine Beanstandungen		9	0			2	3		0		1		1		3		1	20
– geringe Beanstandungen		7	1			1	1		1		0		0		0		1	12
– erhebliche Beanstandungen		3	1			0	0		0		0		0		0		0	4
– schwerwiegende Beanstandungen		3	0			0	0		0		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	12	76	19	5	1	6	11	1	9	3	14	1	3	0	2	11	26	200
Ärzte, die zu einem Beratungsgespräch eingeladen / aufgefordert wurden gemäß § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 2, Nr. 3a und Nr. 4a	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Ärzte, bei denen eine Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen erfolgte (auch: veranlasst wurde) gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 und Abs. 3 S. 3 i. V. m. § 7 Abs. 2 S. 4, § 7 Abs. 4 S. 1 sowie § 10 Abs. 1 S. 2 Nr. 3b und Nr. 4b	1	27	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	30
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel	0	27	1														0	28
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen	1	0	0														1	2
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	1	0	1	2
– davon wegen erheblicher oder schwerwiegender Mängel															0		0	0
– davon wegen Nichtbeibringung angeforderter Dokumentationen															1		1	2

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

► COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 7																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	660	814	299	120	70	185	403	91	499	710	276	78	210	101	149	145	582	5.392
abrechnende Ärzte	479	677	213	154	69	160	381	74	535	505	261	64	203	123	106	139	505	4.648
beschiedene Anträge ²⁾	71	1.138	30	12	8	29	91	7	79	144	51	5	26	4	21	16	151	1.883
– davon Genehmigungen	71	1.123	29	12	8	29	90	7	78	144	51	5	25	4	20	16	115	1.827
– davon Ablehnungen	0	15	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	36	56
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	3	30	14	4	22	k.A.	4	46	63	41	1	20	4	18	17	139	426

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.

► OSTEODENSITOMETRIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	203	160	70	38	22	13	107	13	94	111	114	21	116	30	19	41	210	1.382
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	227	159	73	40	22	14	107	14	93	95	116	21	119	34	19	37	216	1.406
abrechnende Ärzte	160	159	61	35	22	9	96	12	85	78	90	13	104	33	18	32	141	1.148
beschiedene Anträge ²⁾	42	57	11	2	0	2	5	1	7	15	13	0	12	7	3	1	47	225
– davon Genehmigungen	41	55	10	2		1	4	1	7	15	13		10	7	3	1	41	211
– davon Ablehnungen	1	2	1	0		1	1	0	0	0	0		2	0	0	0	6	14
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	2	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	7
– davon bestanden	1	2	0						2								1	6
– davon nicht bestanden	0	0	1						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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	7	0	0	1	k.A.	0	4	31	11	0	7	3	3	5	36	109

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

► STRAHLENTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN § 9																			
Ärzte ¹⁾ 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	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	188	174	74	28	16	38	90	26	118	159	63	20	58	31	32	34	149	1.298	
abrechnende Ärzte	173	174	72	28	16	34	72	15	100	150	61	19	57	31	34	35	141	1.212	
beschiedene Anträge ²⁾	22	96	6	3	2	42	60	4	12	88	11	17	8	4	5	2	81	463	
– davon Genehmigungen	21	96	6	3	2	42	60	4	12	88	11	17	8	4	4	2	79	459	
– davon Ablehnungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	4	
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
– davon bestanden	1								3									4	
– davon nicht bestanden	0								0									0	
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	5	4	1	2	k.A.	3	11	10	14	3	8	4	2	5	30	102	

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

► NUKLEARMEDIZIN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
✓ GENEHMIGUNGEN § 10																			
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	164	195	59	24	20	37	86	25	113	176	76	13	42	28	29	34	125	1.246	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	167	189	59	26	18	36	88	24	109	166	69	13	44	27	30	32	125	1.222	
abrechnende Ärzte	134	171	61	26	18	30	83	24	97	140	63	11	39	27	27	28	105	1.084	
beschiedene Anträge ²⁾	16	215	7	2	0	1	30	1	13	36	13	0	7	0	2	4	21	368	
– davon Genehmigungen	16	213	7	2		1	30	1	12	36	12		7		2	4	20	363	
– davon Ablehnungen	0	2	0	0		0	0	0	1	0	1		0		0	0	1	5	
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
– davon bestanden																	0	0	
– davon nicht bestanden																	1	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 ³⁾	0	0	7	0	2	2	k.A.	2	9	17	19	0	5	1	1	3	25	93	

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

› SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

- ✓ 3.145 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 1.516 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 🔍 5.130 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)			9)				5)				
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	500	414	168	39	51	101	187	52	397	397	90	15	76	101	94	26	437	3.145
– abrechnende = aktive Ärzte (z. B. 3. Quartal 2022)	290	236	116	15	43	69	162	24	226	351	56	10	35	32	98	22	313	2.098
beschiedene Anträge ²⁾	33	63	15	2	1	15	11	6	47	83	17	1	5	3	5	6	64	377
– davon Genehmigungen	33	58	15	2	1	15	11	6	45	82	17	1	5	3	5	6	62	367
– davon Ablehnungen	0	5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2	10
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
– davon ohne Beanstandungen															1			1
– davon mit Beanstandungen															0			0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	11	1	1	14	k.A.	4	6	6	14	0	4	7	7	1	50	126
Ärzte im Konsiliarverfahren	226	190	1	8	14	16	41	35	160	5	39	1	44	59	60	5	138	1.042
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	2	1	0	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	2	16
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 Abs. 3																		
geprüfte Ärzte	224	234	46	8	42	58	133	16	133	351	34	13	20	12	57	15	120	1.516
geprüfte Fälle	416	552	327	14	247	286	603	36	648	900	164	85	58	24	238	32	439	5.069
– keine Beanstandungen	303	425	296	14	151	223	475	29	583	495	146	66	44	24	167	26	414	3.881
– geringe Beanstandungen	62	5	19	0	48	56	100	7	39	259	0	16	10	0	46	4	4	675
– erhebliche Beanstandungen	34	0	7	0	28	6	27	0	7	90	18	3	2	0	10	2	¹⁰⁾ 234	234
– schwerwiegende Beanstandungen	2	122	5	0	20	1	1	0	19	17	0	0	2	0	15	0	21	225
📄 2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 Abs. 11																		
geprüfte Fälle	5	0	50	0	0	0	0	0	6	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	61
– davon ohne Änderung der Behandlung	5		50						6									61
– davon mit Änderung der Behandlung	0		0						0									0

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Die Anzahl der Genehmigungsinhaber schließt seit BJ 2023 auch Ärzte im Konsiliarverfahren ein. ⁵⁾ Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ Hohe Anzahl von schwerwiegenden Beanstandungen aufgrund Umstellung des Bewertungsschemas. ⁷⁾ 16 Ärzte sind in Substitutionsambulanzen tätig. ⁸⁾ 2-Jahres-Überprüfungen: § 3 Abs. 11 erfolgt im Rahmen der Prüfungen nach § 8 Abs. 3. ⁹⁾ Dokumentationsprüfungen zzgl. 39 Fälle ohne Bewertung, da z.B. Unterlagen fehlten. ¹⁰⁾ Beurteilungskategorie „erhebliche Beanstandungen“ wird nicht erfasst.

TELEMONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ

713 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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

5)

6)

7)

6)

6)

GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	88	107	24	7	8	37	40	10	22	56	11	2	41	14	8	18	20	513
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	103	132	29	12	36	30	60	17	40	83	18	1	49	17	18	24	44	713
– abrechnende Ärzte (3. Quartal 2022)	38	29	15	11	4	17	25	13	21	83	15	0	18	17	10	12	17	345
beschiedene Anträge ²⁾	21	49	9	6	4	3	20	7	25	34	7	0	11	3	11	6	28	244
– davon Genehmigungen	21	44	8	6	4	1	20	7	25	34	7		10	3	11	6	28	235
– davon Ablehnungen	0	5	1	0	0	2	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	9
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	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	3	1	0	8	k.A.	0	2	7	0	1	2	0	1	0	3	29

PATIENTEN⁴⁾

mit Telemonitoring versorgte Patienten	1.177	0	26	83	0	k.A.	k.A.	407	k.A.	k.A.	0	k.A.	k.A.	457	357	k.A.	871	3.378
mit intensiviertem Telemonitoring versorgte Patienten	372	0	26	114	0	k.A.	k.A.	110	k.A.	k.A.	0	k.A.	k.A.	478	110	k.A.	8	1.218
an die KV übertragene Jahresstatistiken nach § 7	25	0	2	0	1	7	k.A.	0	k.A.	k.A.	0	k.A.	13	k.A.	9	k.A.	9	66

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Für die vollständigen Daten vgl. Jahresbericht gem. § 7 der QS-V. ⁵⁾ Abrechnende Ärzte: Quartale 1/23-4/23 (GOP 13584). ⁶⁾ Jahresstatistik ab 2024. ⁷⁾ Abrechnende Ärzte und mit Telemonitoring versorgte Patienten: Quartale 1/23-3/23.

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK:

✓	96.300	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	10.886	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
⋮	5.028	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	25.142	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE:

✓	8.365	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	1.505	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	17.634	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN / PATIENTEN)



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.10.2024



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)		5)					6)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ 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
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2023	12.885	17.228	3.673	2.280	965	2.232	6.900	1.337	9.585	12.172	4.784	1.320	4.102	1.823	3.241	2.215	9.558	96.300
beschiedene Anträge (Ärzte) ²⁾	1.346	6.837	1310	261	70	524	2.243	235	2.011	2.434	692	148	647	178	354	267	2.348	21.905
neu	1.346	4.545	328	195	70	524	688	144	741	2.037	320	89	347	132	346	267	2.448	14.567
– davon Genehmigungen	1.048	4.247	304	191	46	495	646	143	719	2.353	308	89	340	132	287	241	2.098	13.687
– davon Ablehnungen	298	298	24	4	24	29	42	1	22	657	12	10	7	0	59	26	350	1.863
erneut gemäß § 11 Abs. 7	0	0	0	0	17	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	20
– davon Genehmigungen					12				2								1	15
– davon Ablehnungen					5				0								0	5
neu (wg. Statuswechsel u. ä.)	1.009	2.292	982	66	25	0	1.555	37	1.271	397	372	63	300	46	8	117	7)	8.540
– davon Genehmigungen	1.009	2.152	972	66	25		1.555	37	1.267	397	372	63	300	46	8	117		8.386
– davon Ablehnungen	0	140	10	0	0		0	0	4	48	0	0	0	0	0	0		202
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	10.329	33.742	4.506	0	376	0	2.661	428	8.528	7.556	1.917	287	1.948	408	900	946	10.838	85.370
neu	5.453	23.367	926		376		2.661	321	4.091	5.661	981	287	1.212	278	847	946	10.838	58.245
– davon Genehmigungen	4.658	20.912	856		346		1.770	252	3.666	3.927	941	265	1.107	278	688	643	10.338	50.647
– davon Ablehnungen	795	2.455	70		30		891	69	425	1.734	40	22	105	0	159	303	500	7.598
erneut	4.876	10.375	3.580		k. A.		0	62	4.379	1.895	976	0	736	130	0	0	1	27.010
– davon Genehmigungen	4.876	9.434	3.552					62	4.219	1.812	976		729	130			1	25.791
– davon Ablehnungen	0	941	28					0	160	83	0		7	0			0	1.219
Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	159	294	24	19	0	1	54	1	42	71	41	4	0	43	53	13	190	1.009
– davon bestanden	145	253	20	15		1	44	1	41	63	37	4		43	51	12	170	900
– davon nicht bestanden	14	41	4	4		0	10	0	1	8	4	0		0	2	1	20	109
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	10	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	1	0	0	1	18
– davon bestanden	6		1						4					1			1	13
– davon nicht bestanden	4		0						1					0			0	5
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)	3	80	0	0	0	0	4	0	6	0	0	1	6	0	2	7	16	125
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Anwendungsbereiche)	5	105	0	0	k. A.	0	9	0	12	0	0	2	13	0	2	12	20	180
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) ³⁾	9	84	238	56	0	0	k. A.	135	731	3	589	k. A.	268	102	192	125	1.143	3.675

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2023																		
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	515	677	80	54	32	69	285	27	477	364	197	51	130	48	91	82	310	3.489
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	234	456	49	19	24	19	106	26	273	309	92	41	104	27	64	33	206	2.082
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	420	362	38	18	24	17	104	27	146	323	111	k.A.	104	29	55	29	236	2.043
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	612	718	190	65	30	120	269	57	344	508	172	40	226	98	118	97	367	4.031
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.669	2.521	436	211	153	307	754	94	1.259	1.575	469	92	621	111	295	334	668	11.569
3.3 Schilddrüse, B-Modus	5.754	8.456	1.177	846	402	946	3.221	499	4.899	5.603	2.280	548	1.952	772	1.389	1.070	4.756	44.570
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	690	1.119	206	138	51	127	467	79	729	620	277	74	217	129	137	103	376	5.539
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	267	286	31	40	42	74	237	21	393	200	k.A.	15	65	n.a.	51	17	108	1.847
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	71	84	25	15	4	14	33	9	58	AB 4.1	69	2	22	13	16	12	57	504
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	7	3	0	0	1	27	10	0	131	AB 4.2	k.A.	0	2	n.a.	0	0	2	183
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	431	535	118	69	40	75	240	49	314	354	153	36	122	17	84	46	238	2.921
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	16	10	0	1	4	32	5	0	AB 4.5	AB 4.5	k.A.	0	4	2	0	1	7	82
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	2.058	2.579	405	230	140	430	1.503	180	1.806	1.993	592	85	836	32	375	306	2.017	15.567
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	25	12	2	2	18	4	18	1	AB 5.1	13	k.A.	10	4	n.a.	3	1	13	126
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.519	1.544	516	210	130	282	927	99	1.337	1.332	494	148	418	220	279	226	1.150	10.831
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7.655	10.713	2.020	1.049	530	1.092	4.152	660	6.871	7.891	3.020	795	2.395	922	1.956	1.344	5.734	58.799
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	266	38	35	15	34	21	52	10	AB 7.1	80	k.A.	38	60	8	39	29	54	779
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	114	38	22	6	40	10	34	3	AB 7.1	AB 7.2	k.A.	k.A.	27	n.a.	9	14	45	362
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.262	1.443	261	131	57	491	671	75	915	AB 7.1	550	201	291	96	236	176	664	7.520
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	4.864	8.091	861	653	236	582	2.302	141	3.683	4.446	1.305	501	1.532	124	278	682	3.029	33.310
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	593	705	174	85	76	98	157	69	AB 8.1	429	k.A.	147	199	n.a.	114	97	348	3.291
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.690	2.375	709	303	134	445	941	215	1.413	1.516	576	158	640	275	404	276	1.225	13.295
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.528	1.929	675	294	129	388	910	205	1.458	1.487	534	133	571	259	406	270	1.186	12.362
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.355	1.578	527	201	108	305	779	165	1.072	1.246	478	126	447	225	347	211	1.035	10.205
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	741	777	164	35	52	129	434	24	665	395	222	120	61	46	131	76	614	4.686
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüfte), B-Modus	1.261	2.152	484	158	110	224	597	104	1.079	1.266	443	135	416	124	240	193	919	9.905
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.197	1.635	252	153	81	139	642	82	893	1.126	363	112	374	119	267	187	849	8.471
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.630	1.589	325	155	125	198	904	68	1.501	1.614	369	160	364	89	320	100	671	10.182
12.1 Haut, B-Modus	12	5	2	0	5	14	6	0	95	115	3	3	6	4	3	9	17	299
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	233	27	5	11	17	14	49	13	AB 12.1	AB 12.1	6	9	56	7	12	34	22	515

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.470	2.604	326	200	115	196	753	78	1.754	1.081	454	162	225	133	273	141	1.243	11.208
20.2 CW-Doppler – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	1.260	2.015	159	101	88	146	453	43	1.546	731	454	126	198	83	126	134	931	8.594
20.3 CW-Doppler – extremitätenentsorgende Gefäße	273	AB 20.2	158	60	17	0	127	3	AB 20.2	53	k. A.	k. A.	155	n. a.	6	45	8	905
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	475	373	104	CW 6 PW 24	39	30	173	20	265	287	82	26	76	37	60	33	178	2.258
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	421	611	100	49	43	89	255	34	360	371	139	64	70	41	86	49	285	3.067
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.082	1.644	269	177	100	192	580	94	981	1.022	330	8	296	123	213	98	662	7.871
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	333	363	75	61	51	70	197	19	247	359	124	48	79	38	87	56	169	2.376
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver-/entsorgende Gefäße	881	1.048	233	132	67	110	476	58	779	763	240	49	226	82	126	80	435	5.785
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	266	AB 20.8	232	75	15	0	159	6	AB 20.8	75	k. A.	k. A.	198	n. a.	9	34	9	1.078
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	1.111	1.183	272	155	98	134	682	63	946	863	334	73	257	72	182	138	600	7.163
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	507	757	206	34	41	153	321	19	482	509	119	77	181	21	45	90	525	4.087
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	674	1.102	201	138	47	120	442	80	595	578	259	71	218	127	122	100	357	5.231
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	265	277	33	31	43	74	242	21	385	161	138	15	66	n. a.	46	15	109	1.921
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	74	86	25	14	5	58	30	10	61	AB 21.1	71	2	23	13	17	12	56	557
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	8	AB 21.2	0	0	1	27	10	0	129	AB 21.2	24	2	2	n. a.	0	0	2	205
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	156	168	64	19	11	60	64	17	128	183	41	33	28	11	35	28	132	1.178
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternales Gefäßsystem	714	811	178	78	58	218	337	51	688	617	228	101	288	98	139	151	600	5.355
23.1 Duplex-Verfahren – Nerven und Muskeln einschließlich versorgende Gefäße	25	31	2	8	2	3	7	1	21	9	9	1	12	0	8	5	18	162

🔊 GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG

Ultraschall-Systeme																		
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
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2023)	16.994	37.480	18.239	1.812	930	2.064	17.948	1.122	17.203	13.345	9.427	1.491	3.826	4.250	2.826	5.082	19.480	173.519
Konstanzprüfungen § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	651	2.237	834	106	21	0	224	48	498	62	321	9	363	154	214	32	398	6.172
Konstanzprüfungen § 13 Abs. 3 (Bildokumentation) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	561	1.697	504	113	6	0	206	41	573	4	210	31	1	112	200	52	403	4.714

► Fortsetzung nächste Seite

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

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

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11

Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2a (gesamt)

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte	673	1.192	251	109	k.A.	107	43	85	633	233	287	76	245	55	183	134	430	4.736
– davon ohne Beanstandung	224	536	51	46		27	3	5	314	114	176	37	170	33	84	78	106	2.004
– davon mit geringer Beanstandung	339	542	155	43		63	20	64	150	97	96	32	65	16	79	36	250	2.047
– davon mit erheblicher Beanstandung	36	65	22	9		9	7	16	17	2	7	1	4	0	10	14	28	247
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	74	49	23	11		8	13	0	27	20	8	6	6	6	10	6	46	313
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	5,3	7,1	7,0	5,4	0,0	5,0	0,6	6,4	6,7	1,9	6,1	5,7	6,1	3,1	5,7	6,1	4,5	5,0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	3.372	5.960	1.255	545	0	535	215	425	3.160	1.165	1.435	380	1.225	275	915	670	2.150	23.682
– davon ohne Beanstandung	1.756	3.864	914	237		267	15	91	1.862	570	1.140	257	1.030	201	596	514	727	14.041
– davon mit geringer Beanstandung	1.106	1.502	232	219		207	100	272	446	485	227	81	151	44	248	76	997	6.393
– davon mit erheblicher Beanstandung	264	493	68	38		38	35	62	120	10	46	10	18	10	46	38	296	1.592
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	246	101	41	51		23	65	0	112	100	22	32	26	20	25	42	130	1.036
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	132	67	18	41		32	14	14	36	43	12	13	12	3	8	36	40	521
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	118	0	7	38		18	14	6	14	13	0	0	0	0	2	22	125	377
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	105	44	68	88		11	44	20	64	59	30	7	7	5	21	76	180	829
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	237	82	34	51		13	70	12	53	20	26	0	6	0	10	76	80	770
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen, außer bei Normalbefund	211	66	5	18		32	16	42	53	26	21	3	7	4	13	14	30	561
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	150	175	6	19		5	9	38	118	138	0	37	4	20	8	119	50	896
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	205	258	69	28		32	41	9	103	206	42	5	12	6	0	17	246	1.279
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	93	219	26	41		22	44	60	65	161	31	14	1	12	12	2	180	983

› Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
					8)				10)									
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2b (Schwerpunkt)																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	206	699	1	0	0	0	14	0	365	20	0	0	0	50	75	0	2	1.432
– davon ohne Beanstandung	56	315	0				1		189	12				33	40		0	646
– davon mit geringer Beanstandung	104	330	1				4		77	6				13	27		0	562
– davon mit erheblicher Beanstandung	17	27	0				4		6	0				1	2		0	57
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	29	27	0				5		14	2				3	6		2	88
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	1,6	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	3,8	0,2	0,0	0,0	0,0	2,8	2,3	0,0	0,0	1,5
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	1.032	3.495	5	0	0	0	70	0	1.820	100	0	0	0	250	375	0	10	7.157
– davon ohne Beanstandung	462	2.248	4				5	0	1.077	60				207	255		0	4.318
– davon mit geringer Beanstandung	363	936	1				20	0	253	30				22	91		0	1.716
– davon mit erheblicher Beanstandung	111	245	0				20	0	40	0				9	16		2	443
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	96	66	0				25	0	60	10				12	13		8	290
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	61	33					4		15	0				1	4		2	120
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	51	0					7		5	0				0	0		10	73
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefund	28	20					23		25	0				8	18		7	129
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	94	34					35		22	0				0	3		10	198
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	80	24					10		35	0				9	8		10	176
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	66	95					1		49	11				11	3		2	238
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	86	120					20		33	16				2	0		3	280
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	47	104					23		20	5				6	16		7	228

► Fortsetzung nächste Seite

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 5																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	55	26	0	3	0	6	56	15	22	25	8	3	12	10	0	8	43	292
– davon ohne Beanstandung	18	10		1		1	2	0	13	13	3	3	8	4		6	10	92
– davon mit geringer Beanstandung	27	12		2		3	30	11	5	8	5	0	4	6		2	23	138
– davon mit erheblicher Beanstandung	4	0		0		2	8	4	1	0	0	0	0	0		0	4	23
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	6	4		0		0	16	0	3	4	0	0	0	0		0	6	39
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	275	130	0	15	0	30	280	75	110	125	40	15	60	50	0	40	215	1.460
– davon ohne Beanstandung	156	50		6		13	10	6	70	65	29	15	49	39		33	71	612
– davon mit geringer Beanstandung	79	60		9		12	150	52	21	40	11	0	11	10		5	102	562
– davon mit erheblicher Beanstandung	14	0		0		5	40	15	12	0	0	0	0	1		2	18	107
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	26	20		0		0	80	2	7	20	0	0	0	0		0	24	179
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	8	1	0	0	0	0	13	4	2	2	0	0	0	1	1	1	8	41
– davon bestanden	8	1					8	4	2	2				1	0	1	4	31
– davon nicht bestanden	0	0					5	0	0	0				0	1	0	4	10
Widerrufe der Abrechnungsgenehmigung – Ärzte	3	0	0	0	0	7	5	0	0	1	0	0	0	k.A.	1	0	4	21

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⁾ Genehmigungen: Davon 310 Teilgenehmigungen. ⁵⁾ Teilgenehmigungen/Teiblehnungen in einem Bescheid. ⁶⁾ Widerrufe wegen Abmeldung der Apparatur. ⁷⁾ Genehmigungen: Keine Unterscheidung zwischen neu und neu (wg. Statuswechsel u.ä.) möglich. ⁸⁾ Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. ⁹⁾ Dokumentationsprüfungen (gesamt): Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen (2 Ärzte haben Tätigkeit beendet; 1 Arzt hat keine Unterlagen eingereicht). ¹⁰⁾ Dokumentationsprüfungen (Schwerpunkt): Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen (1 Arzt hat Tätigkeit beendet).

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

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

4)

✓ **GENEHMIGUNGEN**

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	1.189	1.580	266	146	87	139	644	84	802	1.130	360	120	366	117	269	182	857	8.338
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	1.198	1.635	252	153	71	135	642	82	800	1.126	363	112	374	119	267	187	849	8.365
beschiedene Anträge ²⁾	67	604	56	7	3	16	137	6	150	87	56	9	33	11	21	32	223	1.518
neu	67	410	11	7	3	16	49	4	86	41	26	3	7	10	21	18	223	1.002
– davon Genehmigungen	65	402	11	7	3	16	43	4	81	38	24	3	7	10	20	13	208	955
– davon Ablehnungen	2	8	0	0	0	0	6	0	5	3	2	0	0	0	1	5	15	47
erneut gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
– davon Genehmigungen									2							1		3
– davon Ablehnungen									0							0		0
neu (wg. Statuswechsel u.ä.)	99	194	45	3	1	0	88	2	62	44	30	6	21	1	0	14	k.A.	610
– davon Genehmigungen	99	189	44	3	1		88	2	62	43	30	6	21	1		13		602
– davon Ablehnungen	0	5	1	0	0		0	0	0	1	0	0	0	0		1		8
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon bestanden										2								2
– davon nicht bestanden										0								0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	1	8	0	0	0	0	k.A.	0	2	0	0	0	2	0	0	1	1	15
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	25	3	0	10	0	6	52	38	43	11	25	9	21	0	118	363

■ **DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN**

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Initialprüfungen

abrechnende Ärzte (Vorjahr)	902	1.192	208	131	k.A.	120	493	84	624	802	248	65	319	119	211	143	666	6.327
geprüfte Ärzte	40	77	21	5	2	4	45	4	49	44	26	4	18	8	11	13	43	414
– davon Anforderungen erfüllt	28	42	12	5	2	2	42	3	35	35	18	4	12	8	6	8	22	284
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	11	32	7	0	0	2	3	1	11	9	6	0	6	0	1	4	9	102
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i. V. m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1	3	2	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	4	1	12	28
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	5	12
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	4	10	1	1	0	2	5	0	0	6	3	0	8	0	6	2	6	54
– davon ohne Beanstandungen	1	5	1	1		1	5			6	3		0		6	2	2	33
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	4	0	0		1	0			0	0		8		0	0	2	17
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	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	1	1															2	4
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	3	0															2	5
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0															0	0

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
4)																		
Prüfungen innerhalb 2 Jahre																		
geprüfte Ärzte	37	26	16	4	3	1	13	0	25	24	18	4	12	2	14	7	29	235
– davon Anforderungen erfüllt	35	16	15	4	3	1	12		22	22	14	4	8	2	7	5	20	190
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	10	1	0	0	0	0		2	1	4	0	4	0	3	2	4	33
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	0	0	0	0	0	1		1	1	0	0	0	0	4	0	5	12
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	0	1	0	0	5	0	0	2	3	4	0	4	0	2	1	2	24
– davon Anforderungen erfüllt			0			3			2	1	4		4		2	0	1	17
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a			0			2			0	2	0		0		0	1	0	5
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
· darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2						0												0
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung			1			0			0	0	0		0		0	0	1	2
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prüfungen innerhalb 5 Jahre																		
geprüfte Ärzte	109	149	51	18	4	7	2	11	44	96	55	22	60	15	17	15	35	710
– davon Anforderungen erfüllt	100	94	45	15	4	3	1	10	37	89	41	22	42	4	7	14	20	548
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	9	50	5	3	0	4	0	1	7	5	8	0	14	11	4	1	11	133
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	5	1	0	0	0	1	0	0	2	6	0	4	0	6	0	4	29
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	1	0	0	0	2	8
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	9	28	2	0	0	3	0	1	0	3	3	0	9	0	5	3	2	68
– davon ohne Beanstandungen	6	16	1			1		1		2	2		7		3	2	2	43
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	12	1			2		0		1	0		0		1	0	0	19
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	1										1		2		1	1		6
· Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	1								2		0		0		0	0		3
· Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0								0		0		0		0	0		0
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	3	3	0	0	0	2	0	1	7	3	3	0	8	0	0	0	5	35

► 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)																		
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
insgesamt geprüfte Dokumentationen	2.362	3.480	1.104	336	102	264	780	180	1.440	2.110	1.308	27	1.345	300	660	420	1.416	17.634
– davon regelgerecht (Stufe I)	2.244	2.912	987	324	90	205	746	174	1.214	1.942	1.214	25	1.073	289	481	370	1.070	15.360
– davon eingeschränkt (Stufe II)	77	522	96	12	12	58	25	6	185	142	28	2	250	11	156	43	297	1.922
– davon unzureichend (Stufe III)	41	46	21	0	0	1	9	0	41	26	66	0	22	0	23	7	49	352
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2, davon Mängel	41	46	21	0	3	1	9	0	41	26	66	0	22	0	23	7	42	348
– ausschließlich in der Bilddokumentation	29	21	10		2	1	5		20	8	46		13		19	5	32	211
– ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	0	9	0		0	0	0		6	14	7		0		1	1	7	45
– sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	12	16	11		1	0	4		15	4	13		9		3	1	3	92

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) Es erfolgt keine Aussetzung der Genehmigung, sondern ein Beratungsgespräch mit nachfolgender Überprüfung weiterer Dokumentationen.

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

✓	359	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	146	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	1.360	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)
📊	311	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
-------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	------

✓ GENEHMIGUNGEN	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	53	48	17	13	5	10	20	12	35	43	8	5	14	11	19	9	32	354
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	49	49	17	13	5	9	21	11	39	41	9	3	15	11	21	10	36	359
beschiedene Anträge ²⁾	3	18	3	13	0	0	2	1	11	5	5	0	3	0	3	1	3	71
neu	3	10	3	2			2	1	7	2	5		3		3	1	3	45
– davon Genehmigungen	3	10	2	1			2	1	7	2	5		3		3	1	3	43
– davon Ablehnungen	0	0	1	1			0	0	0	0	0		0		0	0	0	2
erneut gemäß § 8 Abs. 5	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	1	0	0		0		0	0	0	1
– davon Genehmigungen									1									1
– davon Ablehnungen									0									0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
– davon bestanden															1			1
– davon nicht bestanden															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	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	4
– davon wegen Nichterreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4			1			1			1								1	4
– davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5			0			0			0								0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0	1	1	0	0	k.A.	2	9	1	1	0	2	0	1	0	2	21

Fortsetzung nächste Seite

› VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

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

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	34	41	17	13	5	8	13	11	49	34	8	0	15	11	21	5	36	321
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	20	14	4	7	5	7	4	0	9	16	6	0	9	3	10	4	20	138
– davon bestanden	15	8	2	7	5	7	4		9	16	6		9	0	10	4	17	119
– davon nicht bestanden	5	1	2	0	0	0	0		0	0	0		0	3	0	0	3	14
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	37,7	29,2	23,5	53,8	100,0	70,0	20,0	0,0	25,7	37,2	75,0	0,0	64,3	27,3	52,6	44,4	62,5	39,0
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8
– davon bestanden	0	1														1		2
– davon nicht bestanden	1	1														0		2
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5 b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	200	140	40	70	50	70	40	0	90	160	60	0	90	k.A.	100	50	200	1.360
– davon vollständig und nachvollziehbar	171	97	30	70	50	70	39		88	160	60		90		100	50	189	1.264
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	1	6	0	0	0	0		2	0	0		0		0	0	5	14
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	25	1	1	0	0	0	1		0	0	0		0		0	0	0	28
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	4	1	3	0	0	0	0		0	0	0		0		0	0	6	14

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	8	4	4	13	0	2	2	0	0	2	2	1	0	5	2	3	1	49
≥ 25	34	33	13	0	5	7	19	11	33	39	7	2	12	6	9	2	30	262

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Ärzte können in mehreren Praxen/SE tätig sein. 5) Genehmigungen: Davon 13 PVÄ. 6) Dokumentationsprüfungen: 5 Ärzte werden im 4. Quartal 2024 geprüft. 7) Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5a: 4 Ärzte legten Widerspruch ein (3 Widersprüchen abgeholfen; ein Widerspruch noch offen). 8) Aus organisatorischen Gründen konnten die Dokumentationsprüfungen nicht abgeschlossen werden. 9) Prüfung erst wieder 2024. 10) Prüfung zur Frequenzregelung noch nicht abgeschlossen.

> ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

✓	695	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	210	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	2.807	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

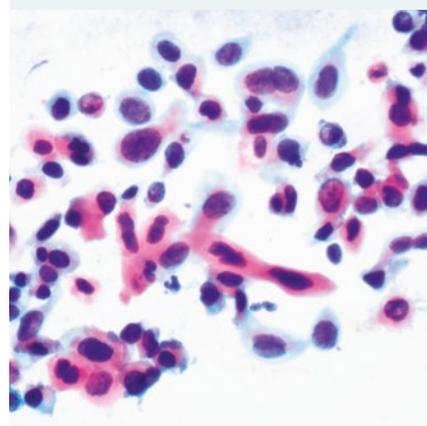
RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Statistik bezogen auf die Einrichtung des zytologieverantwortlichen Arztes oder der zytologieverantwortlichen Ärztin mit Korrelation zu histologischen Befunden an KV; Benchmarkberichte der KV an die Zytologinnen und Zytologen; jährliche statistische 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: 10.08.2024



› ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

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

4) 5) 5) 5)

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2022	80	110	37	12	12	22	54	15	73	90	31	22	26	13	24	17	81	719
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2023	76	111	32	14	11	19	51	14	69	90	33	19	26	12	22	16	80	695
beschiedene Anträge ²⁾	9	19	4	2	0	2	6	1	9	4	7	0	2	0	4	0	9	78
neu	3	10	4	2		0	2	1	3	4	7		2		4		9	51
– davon Genehmigungen	2	7	1	2			2	0	3	4	4		2		2		8	37
– davon Ablehnungen	1	3	3	0			0	1	0	0	3		0		2		1	14
erneut gemäß § 7 Abs.7	0	0	0	0		2	0	0	0	0	0		0		0		0	2
– davon Genehmigungen						2												2
– davon Ablehnungen						0												0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	3	4	2	0	0	0	0	1	7	0	5	0	1	9	3	0	1	36
– davon bestanden	2	3	1					0	3		3		0	9	1		1	23
– davon nicht bestanden	1	1	1					1	4		2		1	0	2		0	13
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
– Mängel in der Dokumentations-/Präparateprüfung gemäß § 7 Abs. 6												0						0
– Mängel in der Jahresstatistik gemäß § 8 Abs. 4												1						1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	6	0	1	2	k.A.	1	7	0	3	3	2	1	4	1	11	42

☒ ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	13	65	6	0	0	0	30	3	25	10	5	13	4	9	7	3	11	204
– davon bestanden	12	63	6				29	3	24	10	5	12	4	9	7	3	11	198
– davon nicht bestanden	1	2	0				1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3 bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	16,3	59,1	16,2	0,0	0,0	0,0	55,6	20,0	34,2	11,1	16,1	59,1	15,4	69,2	29,2	17,6	13,6	28,4
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	6
– davon bestanden	1						0				1						2	4
– davon nicht bestanden	1						1				0						0	2
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

› Fortsetzung nächste Seite

› ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
	4)		5), 6)		5)	5)													
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																			
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																			
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	156	780	11	0	0	0	360	36	300	490	60	156	48	108	84	36	132	2.757	
– davon ohne Beanstandungen	142	600	11				353	35	298	490	60	144	48	108	77	36	130	2.532	
– davon mit Beanstandungen	14	180	0				7	1	2	0	0	12	0	0	7	0	2	225	
bei Beanstandungen																			
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	12	8					4	0	0			0			1		0	25	
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	1	1					3	1	2			12			6		0	26	
– darunter mit unvollständiger Dokumentation	2	25					0	0	1			0		2			2	32	
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																			
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	24	0	0	0	0	0	12	0	0	0	12	0	0	0	0	0	2	50	
– davon ohne Beanstandungen	12						5				12						2	31	
– davon mit Beanstandungen	12						7				0						0	19	
bei Beanstandungen																			
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	12						0											12	
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	0						4											4	
– darunter mit unvollständiger Dokumentation	2						3											5	
JAHRESSTATISTIK § 8 Abs. 4																			
abrechnende Praxen / Labore (2023)	59	51	17	8	8	13	16	7	32	55	18	12	12	10	12	9	47	386	
vorgelegte Jahresstatistiken bezogen auf abrechnende Praxen / Labore, in %	100,0	100,0	100,0	87,5	100,0	100,0	100,0	100,0	106,3	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,3	
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2022)	59	51	17	7	8	13	16	7	34	55	18	12	12	10	12	9	47	387	
– davon ohne Auffälligkeiten	50	35	15	7	7	13	16	7	20	55	3	9	9	10	11	9	44	320	
– davon mit Auffälligkeiten	9	16	2	0	1	0	0	0	14	0	15	3	3	0	1	0	3	67	
Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme	9	16	0	0	1	0	0	0	0	0	6	3	0	0	1	0	3	39	
– davon ausreichend begründete Stellungnahmen	9	15			1						6	1			1		3	36	
– davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	1			0						0	2			0		0	3	
Kolloquien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
– davon bestanden												0						0	
– davon nicht bestanden – Auflage												0						0	
– davon nicht bestanden – Widerruf												1						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) Kolloquien erst in 2024. 5) Nächster Prüfzeitraum in 2024. 6) Jahresstatistik: 1 neue Prüfstelle in 2023.

04

GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND HINTERGRUNDINFOS

ZENTRALE
PARAGRAPHEN
DES SGB V

§ 135

Bewertung von Untersuchungs-
und Behandlungsmethoden

§ 135a

Verpflichtung der Leistungserbringer
zur Qualitätssicherung

§ 135b

Förderung der Qualität durch die
Kassenärztlichen Vereinigungen

§ 136

Richtlinien des Gemeinsamen
Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

§ 136d

Evaluation und Weiterentwicklung
der Qualitätssicherung durch den
Gemeinsamen Bundesausschuss

§ 137

Durchsetzung und Kontrolle der
Qualitätsanforderungen des
Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

§ 137b

Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses
an das Institut nach § 137a

§ 137f

Strukturierte Behandlungsprogramme
bei chronischen Krankheiten

› GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

ZUSTÄNDIGKEIT UND ORGANISATION

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

Bei den Akteuren ist zu unterscheiden zwischen:

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

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

§ 91 GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

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

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

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

§ 92 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

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

§ 135 BEWERTUNG VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

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

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

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

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

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

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

§ 135a VERPFLICHTUNG DER LEISTUNGSERBRINGER ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

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

§ 135b FÖRDERUNG DER QUALITÄT DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die KVen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen und deren Ziele und Ergebnisse zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Qualitätsberichte über Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung sind in allen KVen Standard.

Ebenso haben die KVen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen, in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V einheitliche Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen

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

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

§ 136 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

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

§ 137 DURCHSETZUNG UND KONTROLLE DER QUALITÄTSANFORDERUNGEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c in Eskalationsstufen festzulegen. Maßnahmen können dabei sein: Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs für definierte Leistungen, Information Dritter über Verstöße, Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen. Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Vergütungsabschläge sind gesetzlich vorgesehen, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Richtlinien festgelegte Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Leistungserbringer unterschritten wird, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.

§ 137a INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN

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

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

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

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

Das Institut nach § 137a ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zum Zwecke der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der stationären und ambulanten Versorgung zu beauftragen. Personenbezogene Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung können unter Berücksichtigung von § 299 verarbeitet werden. Bei Aufträgen zur Entwicklung von Patientenbefragungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss ab 1. Januar 2022 eine barrierefreie Durchführung vorsehen. Bereits erarbeitete Patientenbefragungen sind bzgl. der barrierefreien Durchführung bis zum 31. Dezember 2025 nachträglich zu beauftragen.

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

§ 137f STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

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

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

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

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

§ 139a INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN

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

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und 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 zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung,
- Beteiligung an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin.

› 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 2023

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG
TEILNEHMENDE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN,
PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN
QUELLE: BUNDESARZTREGISTER, STAND 31. DEZEMBER 2023



SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	SUMME
Allgemeinmedizin	25.543	14	2.522	6.464	42	34.585
Anästhesiologie	2.022	22	987	643	405	4.079
Augenheilkunde	3.200	17	2.133	1.133	147	6.630
Chirurgie und Orthopädie	6.895	91	4.096	1.174	2.162	14.418
– Gefäßchirurgie	284	0	363	67	334	1.048
– Kinderchirurgie	96	1	48	22	123	290
– Orthopädie	2.672	12	720	251	269	3.924
– Orthopädie und Unfallchirurgie	3.142	66	1.956	609	797	6.570
– Plastische Chirurgie	222	11	83	33	121	470
– Rheumatologie	241	2	70	23	48	384
– Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	8	0	5	2	50	65
– Unfallchirurgie	1.039	4	645	118	380	2.186
– Viszeralchirurgie	261	3	404	60	463	1.191
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8.026	39	1.950	1.632	1.237	12.884
– Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	186	3	123	51	10	373
– Gynäkologische Onkologie	134	0	84	10	209	437
– Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	175	0	89	45	162	471
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Phoniatrie und Pädaudiologie	3.319	18	426	633	216	4.612
– Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung / Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	140	2	16	33	20	211
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.652	31	551	673	105	4.012
Humangenetik	38	0	264	14	4	320
Innere Medizin	18.506	132	5.778	4.585	1.818	30.819
– hausärztlich tätig	12.412	6	2.159	3.270	0	17.847
– fachärztlich tätig	6.094	126	3.619	1.315	0	11.154
Innere Medizin mit fachlichem Schwerpunkt, einschließlich Ermächtigte**	6.094	126	3.619	1.315	1.818	12.972
– Angiologie	256	2	158	44	83	543
– Diabetologie / Endokrinologie	128	5	110	24	67	334
– Gastroenterologie	1.030	31	577	184	518	2.340
– Geriatrie	0	0	0	0	1	1
– Hämatologie / internistische Onkologie	516	7	596	134	187	1.440
– Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	1	0	1	0	3	5
– Kardiologie	1.833	56	849	404	582	3.724
– Nephrologie	732	12	766	227	97	1.834
– Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	868	11	307	137	212	1.535
– Rheumatologie	366	4	204	73	68	715

➤ Fortsetzung nächste Seite

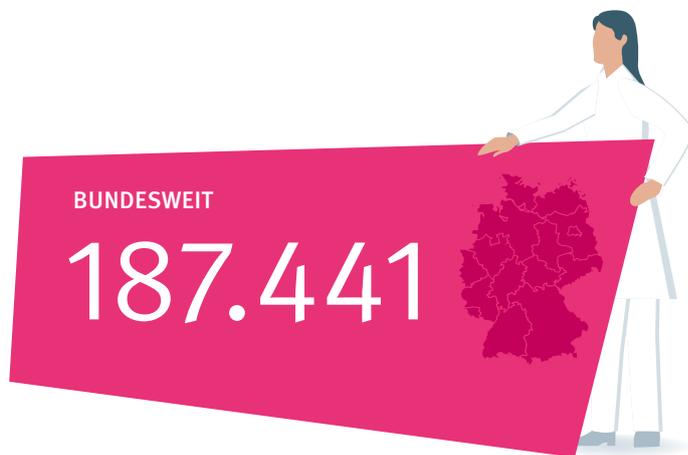
➤ ARZTSTRUKTUR 2023

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	SUMME
Kinder- und Jugendmedizin	5.211	45	785	1.494	860	8.395
– Infektiologie	0	0	0	0	1	1
– Kinderendokrinologie und -diabetologie	12	0	5	0	15	32
– Kindergastroenterologie	1	0	2	1	14	18
– Kinderhämatologie / Kinderonkologie	55	2	14	15	49	135
– Kinderkardiologie	260	3	49	58	87	457
– Kindernephrologie	12	0	2	3	5	22
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	0	0	0	0
– Kinderpneumologie / Kinder- lungen- und -bronchialheilkunde	54	0	9	15	25	103
– Kinderrheumatologie	1	0	0	0	2	3
– Neonatologie	525	1	79	80	242	927
– Neuropädiatrie	212	0	28	29	159	428
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	6.825	193	144	442	99	7.703
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	907	2	135	140	27	1.211
Laboratoriumsmedizin / Biochemie / Mikrobiologie	120	0	1.188	51	19	1.378
– Biochemie	1	0	2	0	0	3
– Immunologie	2	0	4	0	2	8
– Laboratoriumsmedizin	104	0	905	38	10	1.057
– Mikrobiologie	37	0	425	23	8	493
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.071	0	121	147	25	1.364
Nervenheilkunde / Neurologie / Psychiatrie	4.230	35	1.221	706	500	6.692
– Nervenheilkunde	861	1	127	94	37	1.117
– Neurologie und Psychiatrie	928	5	93	83	35	1.144
– Neurologie	1.396	16	732	367	353	2.864
– Psychiatrie	1.394	14	307	196	90	2.001
– Forensische Psychiatrie	8	0	5	2	1	16
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	1	0	0	1
Neurochirurgie	445	2	598	76	89	1.210
Nuklearmedizin	355	0	467	179	11	1.012
Pathologie	367	0	599	215	27	1.208
– Neuropathologie	7	0	25	3	4	39
Physikalische und Rehabilitative Medizin	346	0	175	78	4	603
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin Arzt / Ärztin	2.401	0	143	299	52	2.895
Ärztliche Psychotherapie	5.512	15	196	119	70	5.912
– Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.183	1	83	27	34	2.328
Psychologische Psychotherapie	22.620	680	986	1.593	133	26.012
Radiologie	1.409	26	1.749	833	588	4.605
– Kinderradiologie	18	0	18	8	40	84
– Neuroradiologie	127	2	86	50	86	351
– Strahlentherapie	4	0	1	0	2	7
Strahlentherapie	150	0	835	144	8	1.137
Transfusionsmedizin	25	0	125	3	28	181
Urologie	2.458	18	402	388	289	3.555
Übrige Fachbereiche	0	0	2	0	7	9
Summe	124.653	1.380	28.578	23.858	8.972	187.441

* 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



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^{plus}®.

R

Reliabilität: Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird zusätzlich von Objektivität beziehungsweise Interbeobachterübereinstimmung gesprochen.

Rezertifizierung: Verfahren der Qualitätssicherung, bei dem sich Ärztinnen und Ärzte in regelmäßigen Abständen einer Prüfung unterziehen müssen. Umgesetzt ist dieses Verfahren in der Vereinbarung zur kurativen Mammographie. Alle zwei Jahre müssen sich mammographierende Ärztinnen und Ärzte einer sogenannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt eine Ärztin oder ein Arzt die Anforderungen nicht und kann sie ihre oder er seine Qualifikation auch in einem kollegialen Fachgespräch (Kolloquium) nicht nachweisen, darf diese Leistung nicht mehr für die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden.

Richtlinie: Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsenterte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Ringversuch: Externe Qualitätskontrollmethode. Die Qualität von Analysemethoden wird anhand von zugesandten Kontrollmaterialien überprüft. Die Überwachung von Ringversuchen im Laborbereich der ambulanten Versorgung obliegt zum Teil den KVen. Die erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Ringversuchen ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen bei den gesetzlichen Krankenkassen.

S

Standard: Eine normative Vorgabe qualitativer und / oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsanforderungen. Allgemein werden hierunter Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau verstanden. Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Aus juristischer Sicht ist ein medizinischer Standard das, was auf dem betreffenden Fachgebiet dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist.

V

Validität: Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium der Qualität einer empirischen Untersuchung. Zusammen mit den Kriterien der Reliabilität beziehungsweise der Objektivität können Aussagen zur Belastbarkeit einer wissenschaftlichen Feststellung getroffen werden.

Versorgungsforschung: Systematische Erforschung der medizinischen Versorgung unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer. Sie bedient sich quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Methoden. Sie dient der Neuentwicklung 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) 88 28 - 0
www.kvsachsen.de

KV SACHSEN-ANHALT

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

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

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

KV THÜRINGEN

Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar
Tel. (0 36 43) 5 59 - 0
www.kv-thuringen.de

KV WESTFALEN-LIPPE

Robert-Schimrigk-Straße 4–6
44141 Dortmund
Tel. (02 31) 94 32 - 0
www.kvwl.de

.....

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Tel. (030) 40 05 - 0
www.kbv.de

QUELLEN: ➤ Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press 2006, New York NY. ➤ Donabedian A (1966), zitiert in Böcker P. Qualitätsmanagement im Krankenhaus – ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren. GRIN Verlag, Norderstedt 2005, S. 8. ➤ Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework. OECD Health Working Papers No. 23; OECD 2006. ➤ Lauerer M, Emmert M, Schöffski O. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Schriften zur Gesundheitsökonomie 18; HERZ, Burgdorf 2011. ➤ The Commonwealth Fund. Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2010 Update. URL: www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2010/jun/mirror-mirror-wall-how-performance-us-health-care-system, letzter Zugriff: 19.12.2024. ➤ 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

IMPRESSUM

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

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

Gestaltung: büro lüdke GmbH

Fotos: © Adobe Stock: Chinnapong (S. 40), Drazen (S. 51),
edward olive / EyeEm (S. 47), Koragot kaewmahakhun (S. 85),
KseniyaK (S. 45), Monkey Business (S. 56), N Felix / peopleimages.com
(S. 1), Oleksandr (S. 17), Suterer Studio (S. 21), Viacheslav Lakobchuk
(S. 105); © Bernd Bertram (S. 54); Arthroskopie-Aufnahmen (S. 36):
© Prof. Dr. med. Peter Angele, © Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Müller-Rath,
© Dr. med. Kai Ruße; © Berufsverband der Augenärzte / Augenärzte
Datenbank (S. 79); © Christoph Rieken (S. 60); © Christoph Strohm /
Pro Health Media (S. 90); © Fotolia: Dr. N. Lange (S. 76), hl studios
(S. 125), mankale (S. 104), picsfive (S. 41), science photo (S. 106),
WavebreakMediaMicro (S. 83); © iStockphoto: Alexander Raths
(S. 115), alvarez (S. 81), BraunS (S. 103), choja (S. 71), cosinart (S. 58),
DjelicS (S. 115), Engine Images (S. 66), fotostorm (S. 112), g-stockstudio
(S. 9), Matthias Krüger (S. 108) maodesign (S. 34), nicolas (S. 73),
OKrasyuk (S. 31), Phototake PM (S. 107), robertprzybysz (S. 49),
SimmiSimmons (S. 39), skynesher (74), spark067 (S. 32), zlikovec
(S. 35); © Kaya Erdem, Düren (S. 75); © Katrin Marquardt (S. 127);
© Lopata / axentis.de (S. 2); © Otto Hildebrand, Bad Zwischenahn
(S. 37); © Robert Kühlmann / Klinikum Ernst v. Bergmann (S. 52);
wikimedia: © Eric Erbe (S. 43)

Redaktionsschluss: Kapitel 3 > 30. November 2024

Stand: Januar 2025