

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



QUALITÄTSBERICHT 2020

BERICHTSJAHR
2019



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Hofmeister'.

Dr. Stephan Hofmeister
Stellvertretender Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Gassen'.

Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'T. Kriedel'.

Dr. Thomas Kriedel
Mitglied des Vorstands der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

GRÜßWORT

SEHR GEEHRTE DAMEN, SEHR GEEHRTE HERREN,

das Jahr 2020 war außergewöhnlich. Es stand im Schatten der Corona-Pandemie, die weltweit schnelle und bisher ungewöhnliche Maßnahmen erfordert hat. Auch die an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mussten neue Wege gehen. So hat beispielsweise die Videosprechstunde einen regelrechten Boom erlebt. Der Lockdown, die Abstandsregeln und die Kontaktbeschränkungen haben sich aber auch auf die Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgewirkt.

Auf unsere Initiative hin haben die Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte zum Glück sehr schnell auf die Pandemie reagiert. Bereits zum 20. März konnten wir eine befristete Vereinbarung treffen, die es den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) überlässt, ob sie Maßnahmen der Qualitätssicherung aussetzen oder von den kollektivvertraglichen Vorgaben abweichen. Natürlich nur, soweit dies im Hinblick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten vertretbar ist. Somit haben wir gewährleistet, dass die KVen flexibel auf die regionale Infektionslast reagieren und ihre Aufgaben sinnvoll priorisieren konnten.

Rückblickend können wir feststellen, dass die KVen flexible und innovative Lösungen gefunden haben, um die Qualitätssicherung auch während des Pandemiegeschehens weiterzuführen. So finden zum Beispiel Kolloquien als Videokonferenzen statt. Bei der Hygieneprüfung in der Koloskopie werden in einer KV-Region Eigenbeprobungen durch Ärzte und Ärztinnen durchgeführt, dann in das Hygieneinstitut geschickt und dort untersucht. Anbieter von Ultraschallkursen führen den praktischen Teil in kleineren Gruppen durch, wobei sich die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gegenseitig sonographieren.

Der hier vorliegende Qualitätsbericht trägt zwar das Jahr 2020 im Titel, beinhaltet aber die Zahlen aus dem Jahr 2019. Die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen aus dem Coronajahr 2020 sind also erst im kommenden Qualitätsbericht zu lesen. Trotzdem ist auch dieser Bericht interessant und lehrreich. Denn er beweist wieder einmal aufs Neue, wie hoch die Qualität in der ambulanten Versorgung ist. Die 177.826 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland – egal ob sie selbstständig, angestellt oder ermächtigt sind – halten insgesamt 291.872 Genehmigungen zu den verschiedenen Leistungsbereichen. Diese Genehmigungen müssen sie im Rahmen der Qualitätssicherung regelmäßig bestätigen. Und das haben die Niedergelassenen auch im Berichtsjahr wieder mit sehr großem Erfolg getan. In insgesamt 588 Fällen wurde die Genehmigung widerrufen, davon ein Teil aufgrund negativer Prüfergebnisse. Die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland ist nach wie vor stabil auf einem sehr hohen Niveau.

WIR WÜNSCHEN IHNEN EINE AUFSCHLUSSREICHE LEKTÜRE

INHALT

01 | ÜBERBLICK SEITE 6

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

02 | AKTUELLES SEITE 12

Digitalisierung in der Qualitätssicherung	13
Weiterentwicklung und Aktualisierung von Qualitätssicherungsvereinbarungen: Intravitreale Medikamenteneingabe	15
Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung, Infografik	16
15 Jahre QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen®	18

03 | STRUKTUREN SEITE 20

Ambulante Qualitätssicherung	21
Qualitätsförderung in den Kassenärztlichen Vereinigungen	22
Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens und dessen Folgeverpflichtungen	23
Instrumente und Ergebnisse der Qualitätssicherung	24
Themenbezogene Qualitätsinitiativen	29

04 | QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z SEITE 30

Akupunktur	31
Ambulantes Operieren	33
Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren	34
Arthroskopie	35
Balneophototherapie	36
Blutreinigungsverfahren / Dialyse	37
Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen	39
Disease-Management-Programme	40
› DMP Brustkrebs: erste Ergebnisse zur Qualitätszielerreichung	42
› Vertragsumfang der Disease-Management-Programme	44
Fortbildungsverpflichtung	47
Spezialisierte geriatrische Diagnostik	48
Histopathologie Hautkrebs-Screening	49
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen	51
Hörgeräteversorgung	53
Hörgeräteversorgung – Kinder	55
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	57
Interventionelle Radiologie	58
Intravitreale Medikamenteneingabe	60
Invasive Kardiologie	62
Kapselendoskopie – Dünndarm	64
Koloskopie	66
Spezial-Labor	69
Langzeit-EKG-Untersuchungen	71
Laserbehandlung beim benignen Prostatasyndrom	72
Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie	73
Magnetresonanztomographie-Angiographie	75
› Infografik	77
Mammographie (kurativ)	78
Mammographie-Screening	80
Methicillin-resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA)	82

Molekulargenetik	83
Neuropsychologische Therapie	84
Onkologie	85
Otoakustische Emissionen	87
Besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung	88
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	89
Phototherapeutische Keratektomie	90
PET und PET / CT	91
Psychotherapie	93
Qualitätsmanagement und Patientensicherheit	95
› Ergebnisse der Stichprobenerhebung zur Umsetzung von Qualitätsmanagement	95
› Mein PraxisCheck	
› „Datenschutz und Informationssicherheit“	99
› Patientenbefragung mit ZAP	100
Qualitätszirkel	101
Rhythmusimplantat-Kontrolle	103
Schlafbezogene Atmungsstörungen	105
Schmerztherapie	106
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	108
› Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	109
› Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen (QS WI)	111
› Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	114
Sozialpsychiatrie	115
Soziotherapie	116
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen	117
Strahlendiagnostik / -therapie	118
› konventionelle Röntgendiagnostik	118
› Computertomographie	119
› Osteodensitometrie	119
› Strahlentherapie	120
› Nuklearmedizin	120
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	121
Ultraschall Diagnostik	123
› Ultraschall Diagnostik der Säuglingshüfte	130
› Infografik	130
Vakuumbiopsie der Brust	133
Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri	135

05

HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE SEITE 138

Dimensionen der Qualitätssicherung	139
Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung	140
Arztstruktur	144
Glossar	146
Abkürzungen	150
Quellen	150
Anschriften der Kassenärztlichen Vereinigungen	151
Impressum	152

01 | ÜBERBLICK



› KENNZAHLEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

GESAMTUMFANG FÜR DAS BERICHTSJAHR 2019

ZUSAMMENFASSENDE
DARSTELLUNG DES
PRÜFGESCHEHENS IM
BERICHTSJAHR 2019

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

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

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

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

 **4.509** **PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)**

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

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

 **3.947** **HYGIENEPRÜFUNGEN**
(inklusive Wiederholungen)

 **482** **GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN WEGFALL
DER QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN**

 **106** **GENEHMIGUNGSWIDERRUFE WEGEN NEGATIVER PRÜFERGEBNISSE**

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

Für die 177.826 Ärzte und Ärztinnen und Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen stehen diese besonders qualitätsgesicherten Leistungsbereiche unter Genehmigungsvorbehalt. Die KVen sind als ihre direkten Ansprechpartnerinnen für die Erteilung der Genehmigungen verantwortlich. 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 Ärzte und Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen 291.872 Genehmigungen zu verschiedenen Leistungsbereichen, zusätzlich 41.398 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 als weitere Förderungsmaßnahmen vergleichende Ergebnisdarstellungen, Beratungsgespräche, bis hin zur Formulierung konkreter Auflagen, die zum Erhalt der Genehmigung erfüllt werden müssen, genutzt. In 14.119 Dokumentationsprüfungen wurden 117.026 Patientendokumentationen geprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind im jeweiligen Leistungsbereich nachzulesen. Letzte Konsequenz bei speziellen Qualitätsmängeln oder wiederholten schwerwiegenden Beanstandungen ist jedoch der Widerruf der Genehmigung. In insgesamt 588 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 4.509 Fällen die Einhaltung von Frequenzvorgaben überprüft, 17.557 Überprüfungen spezieller Fortbildungsanforderungen vorgenommen, und – insbesondere im Leistungsbereich Ultraschall – 17.449 gerätebezogene Überprüfungen durchgeführt. 3.947 Hygieneprüfungen erfolgten zur Sicherung der Qualität der Koloskopie.

HERVORSTECHEDE VERÄNDERUNGEN GEGENÜBER DEM BERICHTSJAHR 2018

Die vom G-BA am 19. Juli 2018 beschlossene befristete Aussetzung der Prüfverpflichtung für die Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsprüfungsrichtlinie war im gesamten Berichtsjahr 2019 wirksam. Das für das erste Halbjahr 2018 noch zu berichtende Prüfvolumen von 855 Prüfungen mit etwa 10.000 Patientendokumentationen ist gegenüber 2019 ersatzlos entfallen.

2019 war das erste vollständige Prüffahr für die neu eingeführte Dokumentationsprüfung nach der QS-Vereinbarung Spezial-Labor. Überprüft wird, ob die Anforderungen der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ (RiLi-BÄK) erfüllt werden. Hierbei wurden von etwa 1.500 Ärzten und Ärztinnen Dokumentationen über das interne Qualitätsmanagement-System sowie die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung (Ringversuche) überprüft.

Der gegenüber 2018 auffällige Anstieg der Prüfung von Gerätenachweisen geht auf die Zunahme an Konstanzprüfungen im Leistungsbereich Ultraschall von etwa 7.000 auf nun 13.000 zurück. Diese Entwicklung überrascht nicht, da die Konstanzprüfungen in einem definierten Zeitabstand zu den Abnahmeprüfungen vorzunehmen sind.

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

QUALITÄTSPRÜFUNGSRICHTLINIE

MEHR AUF SEITE 16

ARTHROSKOPIE
MAGNETRESONANZ-
KERNSPINTOMOGRAPHIE



COMPUTERTOMOGRAPHIE

KONVENTIONELLE
RÖNTGENDIAGNOSTIK



DOKUMENTATIONS-
PRÜFUNGEN

AUSWAHL

UMFANG

EINREICHUNG

BEURTEILUNG

MAßNAHMEN

MAGNETRESONANZ- ANGIOGRAPHIE

MEHR AUF SEITE 77

ÄRZTINNEN/ÄRZTE
MIT GENEHMIGUNG

2.987	3.165	3.281
2017	2018	2019



ÄRZTINNEN/ÄRZTE
MIT GENEHMIGUNG

7.596	7.694	7.784
2017	2018	2019

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

MEHR AUF SEITE 130



› BUNDESWEIT GELTENDE QUALITÄTSSICHERUNGS- VEREINBARUNGEN UND -RICHTLINIEN

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

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

BIS 1997

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

1998–2001

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

2002–2005

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

2006–2009

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

2010–2013

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

2014–2017

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

AB 2018

02 | AKTUELLES



› DIGITALISIERUNG IN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Die KBV setzte sich in den vergangenen Jahren in Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband verstärkt für die Etablierung digitaler Lösungen im Bereich der Qualitätssicherung ein. Ziel ist es, Anwendungsbereiche zu identifizieren, in denen digitale Lösungen genutzt werden können und neue Anwendungen die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte untereinander sowie mit ihrer KV erleichtern können. Dies betrifft beispielsweise die Einbindung digitaler Anwendungen im Bereich der bildgebenden Verfahren, den Einsatz von Online-Fortbildungen und -Prüfungen oder die Nutzung von Konferenzsystemen für fachliche Abstimmungen.

DIGITALISIERUNG BEI BILDGEBENDEN VERFAHREN

Seit dem Jahr 2002 sehen bundesmantelvertragliche Regelungen als qualitätssichernde Maßnahmen regelmäßige Fallsammlungsprüfungen und Dokumentationsüberprüfungen für mammographierende Ärztinnen und Ärzte vor. Zu Beginn stand für Fallsammlungsprüfungen ausschließlich analoges Bildmaterial zur Verfügung. In Anbetracht der Tendenz, zunehmend digitale Systeme einzusetzen sowie der technischen Weiterentwicklung der digitalen Bildwiedergabe wurden bereits seit 2007 Fallsammlungen mit nachträglich digitalisierten (aber analog erstellten) Bildern angeboten. In den folgenden Jahren wurde die Fallsammlungsprüfung technisch standardisiert und findet seit 2019 ausschließlich an digitalen Prüfstationen statt. Eine spezielle Prüf- und Auswertungssoftware und die einheitliche Qualität der Bild Darstellung digitaler Aufnahmen am Monitor stellen sicher, dass computergestützte Prüfungen gemäß den Anforderungen nach Anhang 5 der Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Rahmen des Mammographie-Screenings sowie nach Anlage II der Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie unter gleichen Bedingungen für alle mammographierenden Ärzte und Ärztinnen stattfinden.

Durch die technische Weiterentwicklung hochauflösender Bildwiedergabe von Aufnahmen und Videosequenzen konnte das Prinzip des standardisierten Prüfverfahrens mittels Fallsammlungen auch auf Bereiche wie Online-Fortbildungen (zum Beispiel Refresherkurse im Hautkrebs-Screening oder der theoretische Teil des Abschlusskurses nach § 7 der Ultraschallvereinbarung) oder Online-Prüfungen (im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie) ausgeweitet werden.

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION IN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Zur Sicherung der Qualität in der ambulanten Versorgung sind Qualitätssicherungsvereinbarungen auch für Leistungsbereiche zu entwickeln, die Vorgaben an die Dokumentation beinhalten, aber nur wenige Vertragsärztinnen und -ärzte betreffen. Doch gerade für Leistungsbereiche mit wenigen Anwendern werden aus Kostengründen keine IT-Lösungen für vorgeschriebene Dokumentationen von den Herstellern von Praxissoftware angeboten.

Zur Unterstützung der Ärzte und Ärztinnen stellen die KBV und die KVen deshalb seit 2013, ergänzend zum Angebot der Softwarehersteller, die webbasierte Anwendung eDoku zur Verfügung, die unabhängig von der eingesetzten Praxissoftware zur Dokumentation verwendet werden kann.

Das bundesweit verfügbare Online-Portal eDoku ermöglicht es, den betroffenen Arztgruppen die Dokumentationen über eine Schnittstelle (KV-Connect) entweder aus ihrer Praxissoftware zu übertragen oder die Angaben direkt im Online-Portal zu dokumentieren. Im Online-Portal hinterlegte Plausibilisierungen unterstützen die Erfassung der Daten. Die Nutzer erhalten auf Basis ihrer Angaben regelmäßige Auswertungen und Rückmeldeberichte, die zum praxisinternen Qualitätsmanagement genutzt werden können.

Für folgende genehmigungspflichtige Leistungen mit entsprechenden Dokumentationspflichten stehen Anwendungen im eDoku-Portal zur Verfügung:

.....
**Qualitätssicherung in der Hörgeräteversorgung
(einschließlich von Kindern und Jugendlichen)**
.....

Qualitätssicherung in der Kapselendoskopie
.....

Qualitätssicherung in der Molekulargenetik (Jahresstatistiken)
.....

**Qualitätssicherung zur Laserbehandlung
des benignen Prostatasyndroms (bPS)**
.....

Qualitätssicherung in der kurativen Mammographie
.....

**Mängelanalyse bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall
(Stichprobenprüfungen)**
.....

Die Mängelanalyse bei Stichprobenprüfungen ist ein neues Modul für die Leistungsbereiche Röntgen, Computertomographie und Kernspintomographie und steht den KVen seit dem 1. September 2020 für die Datenlieferung im Webportal eDoku für die Erfassung zur Verfügung.

ANPASSUNGEN VORHANDENER STRUKTUREN IN DER PANDEMIE

Angesichts der Infektionsgefahr durch Covid-19 wuchs die praktische Notwendigkeit, auf digitale Lösungen zurückzugreifen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und die Arbeit der Ärzte und Ärztinnen unter Berücksichtigung der besonderen Situation auch während der Pandemie zu unterstützen. Dabei war es möglich, auf bereits vorhandene Strukturen zurückzugreifen und diese mittels (Übergangs-)Vereinbarungen an die aktuelle Situation anzupassen.

BEISPIEL ULTRASCHALL

Die speziellen Fortbildungsanforderungen in der Ultraschalldiagnostik sehen einen aufeinander aufbauenden Ablauf der Fortbildung in einem festgelegten zeitlichen Rahmen zur Sicherstellung der fachlichen Befähigung vor. Aufgrund des Infektionsgeschehens in der Covid-19-Pandemie sahen sich Ärzte und Ärztinnen, KVen und Kursveranstalter mit der Frage konfrontiert, in welcher Weise Fortbildungskurse trotzdem erfolgreich und möglichst aufwandsarm durchgeführt werden können.

Vor dem Hintergrund, dass einige Fortbildungsmaßnahmen Präsenzveranstaltungen oder praktische Übungen vorsehen, die während der Pandemie nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden können, haben sich die Partner des Bundesmantelvertrags darauf verständigt, dass die KVen die Vorgaben an die Umsetzung der Kurse vorübergehend aussetzen, von diesen abweichen oder diese anpassen können, solange der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellt.

Aus diesem Grunde besteht – zunächst befristet bis zum 31. März 2021 – die Möglichkeit, ein bisher nicht vorgesehenes Veranstaltungsformat in Form eines Online-Seminars zu entwickeln, um die Kurse regelkonform durchzuführen und gleichzeitig die praktischen Übungen durch alternative Ausbildungsformen zu ersetzen. Dazu zählen beispielsweise Falldiskussionen an aufgezeichneten Videobeispielen oder praktische Übungen in kleinen Gruppen, bei denen sich die Kursteilnehmer wechselseitig für Untersuchungsübungen zur Verfügung stellen.

BEISPIEL MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Mit Einführung des Anhangs 13 in die Anlage 9.2 BMV-Ä im Jahr 2012 besteht im Rahmen des Mammographie-Screenings die Möglichkeit, die multidisziplinären Fallkonferenzen in Form von Online-Bildkonferenzen durchzuführen. Für die regelkonforme Umsetzung zur Durchführung von Online-Bildkonferenzen wurde eine spezielle Systemsoftware entwickelt, die es ermöglicht, multidisziplinäre prä- und postoperative Fallkonferenzen auch unter räumlicher Distanz der Teilnehmenden interaktiv unter gleichen Bedingungen zu realisieren.

Darauf aufbauend können seit dem 1. Juni 2020 auch Konsensuskonferenzen zur Befundung von Mammographie-Aufnahmen computergestützt durchgeführt werden. Die dafür erforderlichen organisatorischen und apparativen Vorgaben für die Durchführung von Online-Konsensuskonferenzen wurden im neu hinzugefügten Anhang 14 geregelt. Um auch diese Konferenzen interaktiv durchführen zu können, wird derzeit ein gesondertes Software-Tool erarbeitet, das dann in das bestehende System integriert werden soll.

Das Mammographie-Screening-Programm sieht für die Durchführung von Fortbildungen Präsenzveranstaltungen vor. Aufgrund der Covid-19-Pandemie war daher auch hier eine Übergangsregelung zur flexibleren Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen notwendig, um den Fortbildungsbetrieb ohne eine zusätzliche Gefährdung der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter im Mammographie-Screening weiterführen zu können. Befristet können danach Abweichungen von den Vorgaben zu Zeitabständen und der Reihenfolge der Fortbildungskurse zum Erhalt der fachlichen Befähigung und der angeleiteten Tätigkeiten anerkannt werden. Die Anerkennung eines Fortbildungskurses zum Nachweis der fachlichen Befähigung ist zudem auch dann möglich, wenn dieser digital durchgeführt wird.

NUTZUNG DIGITALER LÖSUNGEN

Online-Fortbildung

Online-Prüfungen

Online-Konferenzen

digitale Bildprüfungen

webbasierte Dokumentation von Qualitätsindikatoren

webbasierte Fehleranalyse



WEITERENTWICKLUNG UND AKTUALISIERUNG VON QUALITÄTSSICHERUNGSVEREINBARUNGEN: INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (QS-Vereinbarung IVM) ist ein Beispiel für eine Qualitätssicherungsvereinbarung, die aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts im Laufe der Jahre mehrfach weiterentwickelt worden ist.

Die intravitreale Medikamenteneingabe, ein Verfahren bei dem ein Medikament mit einer feinen Nadel direkt in den Glaskörper, also in das Innere des Auges, injiziert wird, wurde zum 1. Oktober 2014 als vertragsärztliche Leistung in den sogenannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die zeitgleich in Kraft getretene QS-Vereinbarung IVM regelt dazu die Anforderungen an die fachliche Befähigung der durchführenden Ärztinnen und Ärzte, die räumliche und apparative Ausstattung im Operationsraum, die hygienischen Anforderungen und die Dokumentation als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

ÄNDERUNGEN DER QS-VEREINBARUNG IVM

ZUM 1. OKTOBER 2019

Im Dezember 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Aufnahme der optischen Kohärenztomographie (OCT) zur Diagnostik und Therapiesteuerung der neo-vaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) und des Makulaödems bei diabetischer Retinopathie (DMÖ) in den Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen. Beide Erkrankungen zählen in Deutschland zu den wichtigsten Ursachen für eine Erblindung.

Durch den Einsatz der OCT können der Erkrankungs- und Therapieverlauf sowie die Notwendigkeit von intravitrealen Medikamenteneingaben überprüft und die invasiven Eingriffe am Auge reduziert werden.

Zum 1. Oktober 2019 konnten daraufhin der EBM und die QS-Vereinbarung IVM entsprechend angepasst werden. Die vorgenommenen Änderungen der QS-Vereinbarung IVM betrafen in diesem Zusammenhang insbesondere:

.....
➤ die fachliche Befähigung der Ärztinnen und Ärzte sowie

.....
➤ die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation über eine sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten.
.....

Für die fachliche Befähigung muss nun unter anderem zusätzlich der Nachweis der selbstständigen Indikationsstellung und Befundung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund unter Anleitung einer zur Weiterbildung berechtigten Ärztin beziehungsweise eines Arztes oder alternativ der selbstständigen Durchführung von mindestens 200 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund erbracht werden. Bei den Anforderungen an die ärztliche Dokumentation über die Behandlung der Patientinnen und Patienten wird nun auch das neue OCT-Verfahren berücksichtigt. Die ärztliche Dokumentation kann von der KV überprüft werden, wobei sich die Dokumentationsprüfung auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung für die intravitreale Medikamenteneingabe richtet.

ZUM 1. JULI 2020

Zum 1. Juli 2020 wurde die QS-Vereinbarung IVM aufgrund von Indikationserweiterungen zweier Medikamente erneut angepasst. Unter Indikationserweiterung ist dabei die Erweiterung des Anwendungsbereichs eines Medikaments zu verstehen, also die Zulassung eines Medikaments für die Behandlung weiterer Erkrankungen.

Seit dem 1. Juli 2020 kann die intravitreale Medikamenteneingabe daher auch bei Vorliegen einer proliferativen diabetischen Retinopathie (PDR) durchgeführt werden. Diese Indikation wurde in die Qualitätssicherungsvereinbarung in § 1 aufgenommen.

Darüber hinaus kann die intravitreale Medikamenteneingabe nun auch zur Prävention eines Rückfalls bei rezidivierender, nicht infektiöser Uveitis, welche den hinteren Augenabschnitt betrifft, eingesetzt werden. Diese Indikation ist jedoch bereits durch die in der Qualitätssicherungsvereinbarung aufgeführte Indikation einer nicht infektiösen Entzündung des posterioren Augensegments (Uveitis intermedia und/oder posterior) nach § 1 Abs. 1 Nr. 6 umfasst.

OPTISCHE KOHÄRENZTOMOGRAPHIE (OCT)

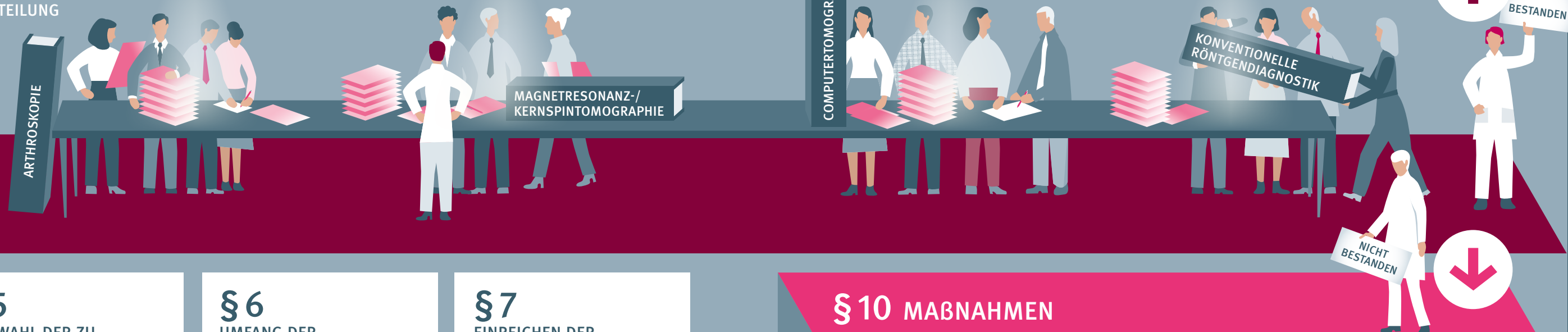
Die OCT ist ein modernes bildgebendes Diagnoseverfahren, das unter Verwendung von Laserlicht hochauflösende Schnittbilder von Geweben wie der Netzhaut oder des Sehnervs ermöglicht und so die Anatomie und pathologische Veränderungen im Auge in hoher Auflösung darstellt.



QUALITÄTSPRÜFUNGSRICHTLINIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

§ 4 QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

§ 9 QUALITÄTS- BEURTEILUNG



§ 5 AUSWAHL DER ZU PRÜFENDEN ÄRZTE UND ÄRZTINNEN

4 %
JE LEISTUNGSBEREICH
AUSWAHL PER ZUFALL

§ 6 UMFANG DER STICHPROBEN

12
ABGERECHNETE FÄLLE
AUSWAHL PER ZUFALL

§ 7 EINREICHEN DER UNTERLAGEN

PRÜFUNG
DURCH KV
VOLLSTÄNDIG?
VOLLZÄHLIG?

§ 10 MAßNAHMEN

SCHRIFTLICHE
EMPFEHLUNG

NEUES ZUSÄTZLICHES
PRÜFVERFAHREN

KOLLOQUIUM

PRAXIS
BEGEGHUNGEN

BERATUNG

NICHTVERGÜTUNG

WIDERRUF DER
GENEHMIGUNG

➤ 15 JAHRE QEP – QUALITÄT UND ENTWICKLUNG IN PRAXEN®

2004 wurde für alle Praxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäuser die Verpflichtung in das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (§ 135a Abs. 2 SGB V) aufgenommen, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Parallel dazu hat die KBV gemeinsam mit Vertragsärztinnen und -ärzten, Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen, Berufsverbänden, Medizinischen Fachangestellten und KVen das QM-Verfahren QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen® entwickelt, das speziell auf die Abläufe und Bedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zugeschnitten ist.

QEP® kann sowohl von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen als auch interdisziplinären Kooperationsgemeinschaften und MVZ unterschiedlicher Größe für den Aufbau des internen Qualitätsmanagements genutzt werden. Auch verschiedene medizinische Einrichtungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung wenden QEP® an.

Die wichtigsten Bausteine des modularen Verfahrens sind der QEP-Qualitätsziel-Katalog® und das QEP-Manual®. Nach einer ersten Aktualisierung im Jahr 2010 werden beide Werke erneut überarbeitet und ergänzt. Der Qualitätsziel-Katalog und die Musterdokumente aus dem QEP-Manual® werden künftig in digitaler Form zur Verfügung stehen. Weitere Bausteine von QEP® sind ein spezifisches Manual für psychotherapeutische Praxen, das QEP-Einführungsseminar® und das QEP-Zertifizierungsverfahren®.

Im Jahr 2019 konnte auf eine 15-jährige Umsetzungserfahrung zum QM in der ambulanten Versorgung zurückgeblickt werden, die sich auch in den Ergebnissen der Stichprobenerhebung 2019 zur QM-Umsetzung widerspiegelt (siehe Berichtsteil). Die Durchführung der Erhebung ist verpflichtender Bestandteil der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Eine freiwillige Selbstauskunft von Praxen im Rahmen der Stichprobenerhebung hat gezeigt, dass etwa 43 Prozent der Befragten das QEP®-Verfahren nutzen. Die Ergebnisse der Stichprobe, die bereits zum zehnten Mal durchgeführt wurde, belegen auch, dass QM in der ambulanten Versorgung fest etabliert ist und die Befragten die Vorgaben der QM-Richtlinie in einem hohen Maß erfüllen. Nach auf Formularen basierenden Befragungen stand den ausgewählten Praxen 2019 erstmals ein neu entwickeltes Webportal für die Darlegung ihres QM-Umsetzungsstands zur Verfügung. Die Befragten nutzten zu 85 Prozent die digitale Lösung, die Auswertungen wurden automatisiert.



BAUSTEINE DES MODULAREN VERFAHRENS

.....
QEP-Qualitätsziel-Katalog®

.....
QEP-Manual®

.....
QEP-Manual® für die psychotherapeutische Praxis

.....
QEP-Einführungsseminar®

.....
QEP-Zertifizierungsverfahren®
.....

DIGITALE SERVICEANGEBOTE

Um die Umsetzung von QM in der ambulanten Versorgung zusätzlich zu unterstützen, hat die KBV eine Reihe von Serviceangeboten entwickelt, die Vertragsärztinnen und -ärzten, Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, KVen und anderen Interessierten in digitaler Form zur Verfügung stehen. Dazu zählen vielfältige Informationen auf der Website der KBV:

.....
regelmäßig erscheinender Newsletter

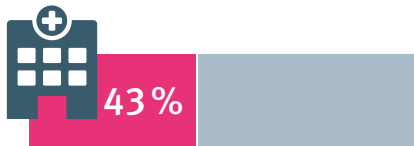
.....
Online-Tool „Mein PraxisCheck“

.....
Webapplikation „eZAP“ zur Durchführung
von Patientenzufriedenheitsbefragungen

.....
QM-Modul der App „KBV2GO“
.....

QEP IN ZAHLEN

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



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

Knapp 40.000 Mal insgesamt wurde bisher das QM-Modul in der App KBV2GO heruntergeladen.



Mehr als 14.000 Abonnentinnen und Abonnenten lesen den QEP®-Newsletter.



Etwa 40 QEP-Einführungsseminare haben 2019 in den KVen stattgefunden. Seit der Einführung von QEP® waren es insgesamt 1.700 Seminare mit über 35.000 Teilnehmenden.

Gut 12.000 Mal wurde die QEP®-Website 2019 aufgerufen. Im ersten Halbjahr 2020 waren es bereits etwa 7.000 Mal.

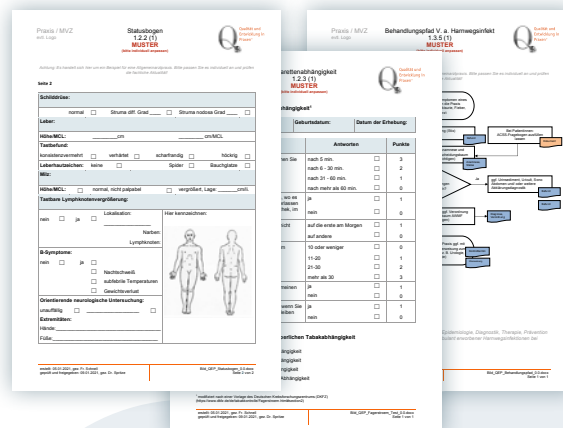
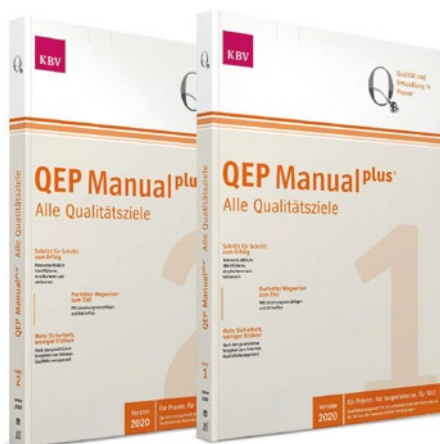


MEHR INFOS:

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



AUSBLICK



Zahlreiche Hinweise auf weiterführende Informationsquellen, Literatur und Linkempfehlungen.

Über 200 individuell anpassbare Musterdokumente für interne Regelungen, Zeit- und Maßnahmenpläne, Ablaufbeschreibungen, Checklisten und Formblätter als Beispiele aus der Praxis.

Alle Dokumente und Links können durchsucht, gefiltert und sortiert werden. Sie sind einzeln oder komplett downloadbar und werden bei Bedarf aktualisiert, sodass sie stets auf dem aktuellen Stand sind.

03 | STRUKTUREN



➤ AMBULANTE QUALITÄTSSICHERUNG

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

Die KVen sind unter anderem verantwortlich für das Erteilen 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 die KV die entsprechende Genehmigung erteilt hat. Zudem prüft die KV die Erfüllung der Auflagen der Richtlinien und Vereinbarungen, die die Aufrechterhaltung dieser Genehmigungen betreffen.

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

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

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

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

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

› QUALITÄTSFÖRDERUNG IN DEN KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

177.826

an der vertragsärztlichen
Versorgung teilnehmende Ärzte
und Ärztinnen, Psychotherapeuten
und Psychotherapeutinnen
nach KVen im Jahr 2019.
Zählung nach Personen.



Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

22.801

KV BADEN-WÜRTTEMBERG

KVH

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

5.357

KV HAMBURG

KVB

Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

28.236

KV BAYERN

KVH

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

13.437

KV HESSEN

KVRLP

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

7.980

KV RHEINLAND-PFALZ

KV BERLIN

Besser. Gemeinsam. Wirken.

10.252

KV BERLIN

KV MV

3.348

KV MECKLENBURG-
VORPOMMERN

**KV SAAR
LAND**

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

2.198

KV SAARLAND

KV SH

5.904

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

4.718

KV BRANDENBURG

KVN

16.174

KV NIEDERSACHSEN

KVS

8.659

KV SACHSEN

kvt

Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

4.362

KV THÜRINGEN

KV HB

2.036

KV BREMEN

KVNO

21.973

KV NORDRHEIN

**SACHSEN
ANHALT**

4.381

KV SACHSEN-ANHALT

KVWL

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

16.010

KV WESTFALEN-LIPPE

› SCHEMATISCHER ABLAUF EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS UND DESSEN FOLGEVERPFLICHTUNGEN

GENEHMIGUNGSERTEILUNG

ARZTBEZOGENE ANFORDERUNGEN

Fachliche Qualifikation:

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

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE ANFORDERUNGEN

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

Fachliche Befähigung der Mitarbeiter:

Aus- und Fortbildungsnachweise,
Kooperationsbescheinigungen

BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

GENEHMIGUNGSERHALT / FOLGEVERPFLICHTUNGEN ZUR AUFRECHTERHALTUNG EINER GENEHMIGUNG

AUFLAGENPRÜFUNGEN JE NACH VERTRAGLICHER REGELUNG

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Dialyse: Nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des G-BA

Arthroskopie, konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Magnetresonanztomographie /

Kernspintomographie: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung nach Richtlinien des G-BA

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

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

Apheresen, substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

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

Mammographie-Screening, Onkologie

Umfang: Gemäß den jeweiligen bundesmantelvertraglichen Regelungen

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG nach § 95d SGB V

QUALITÄTSMANAGEMENT nach § 135a Abs. 2 SGB V

› INSTRUMENTE UND ERGEBNISSE DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

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

1

Überprüfungen im Rahmen einer
Genehmigungserteilung zu einem Verfahren
(Genehmigungserteilung)

2

Überprüfungen der Auflagen, die der
Aufrechterhaltung einer Genehmigung
zugrunde liegen (Genehmigungserhalt)

› QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

› AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

› EINGANGSPRÜFUNG

› KOLLOQUIUM

› FREQUENZREGELUNGEN

› REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEISE / RINGVERSUCHE / KONSTANZPRÜFUNGEN

› PRAXISBEGEHUNGEN / HYGIENEPRÜFUNGEN

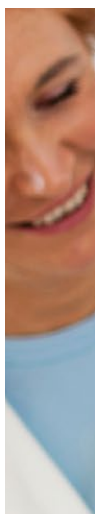
› KONTINUIERLICHE FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL

› EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

› RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION

› ÜBERPRÜFUNG VON JAHRESSTATISTIKEN

› BERATUNG



› QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN

Ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverstands mit einer professionellen Verwaltung. In allen KVen sind mit Ärztinnen und Ärzten besetzte Qualitätssicherungskommissionen institutionell verankert. Die Kommissionen haben die Aufgabe, für Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellenden aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen und/oder durch ein fachliches Gespräch (Kolloquium) zu überprüfen und die Entscheidung der KVen in Form von Empfehlungen vorzubereiten. Besondere Verantwortung haben die Kommissionen zudem bei den, je nach Thema variierenden, stichprobenhaft durchzuführenden Dokumentationsprüfungen. Diese Prüfungen sind in der Regel folgenbewehrt. Im Vordergrund steht aber der interkollegiale Austausch in Form von Beratungen des geprüften Arztes oder der geprüften Ärztin. Die Qualitätssicherungskommissionen können den KVen aber auch Empfehlungen geben, von zum Beispiel kürzeren Prüfintervallen bis hin zu einem Genehmigungsentzug. Insgesamt arbeiteten 2019 bundesweit circa 3.240 Ärztinnen und Ärzte neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit in diesen Kommissionen. Teilnehmende aus den Krankenkassen sind selten.



› AKKREDITIERUNG / PRÜFUNG VON GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

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

Der Aufwand der KVen in diesem Bereich variiert von Jahr zu Jahr und ist abhängig von den in dem jeweiligen Jahr in Kraft getretenen oder geänderten Vereinbarungen. Diese können gegebenenfalls eine neue Genehmigung, zum Beispiel auch für Teilbereiche, notwendig machen. 2019 wurden allein für diese Aufgabe etwa 55.400 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. 2019 waren das für diese beiden Bereiche insgesamt 162 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. 2019 erfolgte dies bei 356 Ärzten und Ärztinnen. Weitere Leistungsbereiche sind Schmerztherapie und PET. Auch hier werden aus einem definierten Zeitraum ab der Genehmigungserteilung Dokumentationen überprüft.

› KOLLOQUIUM / BERATUNG

Die Durchführung von Kolloquien obliegt der jeweils zuständigen Qualitätssicherungskommission. Sie hat unter anderem die Aufgabe, für Leistungsbereiche mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung der Antragstellenden im Rahmen eines Kolloquiums zu prüfen, wenn entweder trotz der vorgelegten Zeugnisse begründete Zweifel bestehen oder ein Kolloquium obligat vorgesehen ist. Ärztinnen und Ärzte haben dann die Möglichkeit, ihre fachliche Befähigung in diesem kollegialen Fachgespräch darzulegen und nachzuweisen. Des Weiteren 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. Kolloquien im Rahmen der Genehmigungserteilung fanden im Jahr 2019 etwa 1.500 Mal statt, wobei 1.047 im Leistungsbereich Ultraschalldiagnostik durchgeführt wurden. 173 Kolloquien fanden im Laborbereich statt.

› FREQUENZREGELUNGEN

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

Abklärungskolposkopie (ab 2020)
histopathologische Untersuchung beim Hautkrebs-Screening
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen (Behandeltenzahlen)
interventionelle Radiologie
invasive Kardiologie
Kapselendoskopie des Dünndarms (Auswertende)
Koloskopie
Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie der Mamma
Mammographie-Screening
Onkologie
Schmerztherapie (schmerztherapeutische Einrichtung)
Vakuumbiopsie der Brust

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

› REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEISE / KONSTANZPRÜFUNGEN / RINGVERSUCHE

Bei Ärzten und Ärztinnen, die Mammographien durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung eine zusätzliche Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sich die Ärzte und Ärztinnen einer Prüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt oder die Ärztin die Anforderungen nicht, wird er oder sie in kürzeren Intervallen geprüft und muss gegebenenfalls seine beziehungsweise ihre Qualifikation in kollegialen Fachgesprächen (Kolloquien) nachweisen. Gelingt dies nicht, darf diese Leistung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden.

Wartungsnachweise sind regelmäßig von Ärzten und Ärztinnen vorzulegen, die Balneophototherapien durchführen. Gleiches gilt für die Hörgeräteversorgung.

Obligate Ringversuche gehören bei den Vereinbarungen zur Molekulargenetik und zur Labordiagnostik zum Instrumentarium der Qualitätssicherung.

Durch Gewährleistungserklärungen und regelmäßige Konstanzprüfungen, die durch Wartungsnachweise ersetzt werden können, werden Ultraschallgeräte in Bezug auf die Einhaltung technischer Vorgaben überprüft. Zunächst wurde jedes einzelne der etwa 140.000 Ultraschallgeräte von jedem der inzwischen 90.000 Vertragsärzte und Vertragsärztinnen zusätzlich zu den Stichprobenprüfungen geprüft. Es folgen alle sechs Jahre Konstanzprüfungen der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte, dabei kann die Konstanzprüfung durch Vorlage aussagefähiger Wartungsprotokolle erfolgen. Im Berichtsjahr gab es etwa 13.500 Konstanzprüfungen, davon 5.800 durch Vorlage von Wartungsprotokollen. Mit diesem nicht unerheblichen Aufwand wird das Ziel verfolgt, die Qualität im Bereich Ultraschall auf einem hohen Niveau zu halten und weiter zu optimieren.

› PRAXISBEGEHUNGEN / HYGIENEPRÜFUNGEN

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

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

› EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Die KVen prüfen gemäß den bundesweit geltenden Vereinbarungen und Richtlinien und nach Maßgabe eigener regionaler Beschlüsse 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.

Die Stichprobenprüfungen nach § 135b Abs. 2 SGB V gemäß Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QP-RL) wurden von Juli 2018 bis Dezember 2019 ausgesetzt. Hintergrund der Aussetzung war ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg, wonach die zu diesem Zeitpunkt geltende QP-RL gegen § 299 SGB V „Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung“ verstößt. Die befristete Aussetzung sollte es ermöglichen, die QP-RL und die damit verbundenen Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien (QB-RL) an die geltende Rechtslage anzupassen.

Gemäß der neuen, zum 1. Juli 2019 in Kraft getretenen, QP-RL können in Verbindung mit den neu gefassten QB-RL im Kalenderjahr 2020 wieder Stichprobenprüfungen in den Leistungsbereichen konventionelle Röntgendiagnostik, Computertomographie, Kernspintomographie und Arthroskopie stattfinden. Für Leistungsbereiche, für die der Gemeinsame Bundesausschuss keine QB-RL beschlossen hat, waren bei Stichprobenprüfungen, die eine KV nach § 135b Abs. 2 SGB V auf der Grundlage eigener Prüfkriterien durchgeführt hat (sogenannte fakultative Stichprobenprüfungen), nach der bis zum 1. Juli 2019 geltenden QP-RL bundeseinheitliche Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Prüfungen festgelegt.

Für die Dialyse gilt eine gesonderte Qualitätssicherungs-Richtlinie, nach der eine Vollerhebung stattfindet. Auch diese Ergebnisse werden – unter Einbindung eines externen Datenanalysten – an den Gemeinsamen Bundesausschuss berichtet. Dies endet mit dem Berichtsjahr 2019.

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

Akupunktur
Histopathologie im Hautkrebs-Screening
HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen
hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (ab 2020)
intravitreale Medikamenteneingabe
Kapselendoskopie des Dünndarms
Koloskopie
Spezial-Labor
Laserbehandlung bei benignen Prostatasyndrom
Magnetresonanztomographie
Mammographie (kurativ)
Mammographie-Screening
Molekulargenetik
Onkologie
PET und PET / CT
photodynamische Therapie am Augenhintergrund
phototherapeutische Keratektomie
Rhythmusimplantat-Kontrolle
Schmerztherapie
substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
Ultraschall Diagnostik
Ultraschall Diagnostik der Säuglingshüfte
Vakuumbiopsie
Zervix-Zytologie

Durch die Bereitstellung von Feedbackberichten kann ein Arzt beziehungsweise eine Ärztin die eigene Behandlungsqualität mit der anderer Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten und Ärztinnen erstellten Dokumentationen und Jahresstatistiken sowie Ergebnisse von Fallsammlungsprüfungen (Mammographie) ausgewertet und an den Arzt beziehungsweise die Ärztin zurückgemeldet. Diese Rückmeldesysteme helfen der einzelnen Ärztin beziehungsweise dem einzelnen Arzt, die eigene Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung in der Dialyse, aber auch der Disease-Management-Programme (DMP). Für alle DMP hat die KBV den KVen hierzu Software-Tools zur Erstellung dieser Berichte zur Verfügung gestellt. Die Dialyseberichte erstellt ein externer Dienstleister zentral. In den Leistungsbereichen Hörgeräteversorgung, Kapselendoskopie (Dünndarm) und Molekulargenetik werden Ärzten und Ärztinnen die Feedbackberichte im Dokumentationsportal bereitgestellt. Darüber hinaus erhalten koloskopierende Ärzte und Ärztinnen jährliche Feedbackberichte zu ihren Ergebnissen aus Früherkennungsuntersuchungen durch das von den KVen und der KBV getragene Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung.

Viele der bundeseinheitlichen und regionalen Vereinbarungen und Verträge, zum Beispiel die Schmerztherapie-Vereinbarung, die HIV / Aids- oder die Mammographie-Vereinbarung, schreiben Fortbildungen vor. In der Schmerztherapie sogar mittels Konferenzen, in denen persönlich Patienten und Patientinnen 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, zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln, erfolgen. 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 das Bereitstellen von Räumlichkeiten, organisatorische und administrative Hilfen sowie durch Moderatorentrainings und Tutorinnen und Tutoren.

› QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER PRAXIS

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

› THEMENBEZOGENE QUALITÄTSINITIATIVEN



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



Kompetenzzentrum
Hygiene und Medizinprodukte
der KVen und der KBV

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



Kompetenzzentrum Qualitätssicherung
in der kurativen Mammographie

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

KBV

KVen



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

KBV

BÄK



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

Die Kooperationsgemeinschaft hat bundesweit fünf Referenzzentren als regionale Untergliederungen gebildet.

KBV

GKV-SV

04 | QUALITÄTSFÖRDERUNG VON A BIS Z



AKUPUNKTUR

✓	8.889	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	474	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	8.076	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)
📅	7.134	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche statistische Auswertung und Ergebnisanalyse; Kriterien werden durch die 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
	5)						8)		9)	7), 11)	12)						13)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	1.453	1.410	608	174	85	152	658	114	651	1.222	389	125	344	163	249	145	1.113	9.055
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	1.429	1.331	610	178	82	155	639	118	650	1.223	385	123	331	164	248	138	1.085	8.889
beschiedene Anträge ²⁾	54	89	49	12	0	7	53	4	30	95	21	6	7	1	10	4	59	501
– davon Genehmigungen	54	80	49	12		7	50	4	29	95	21	6	7	1	7	4	55	481
– davon Ablehnungen	0	9	0	0		0	3	0	1	0	0	0	0	0	3	0	4	20
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	6	7	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	1	4	25
– aus sonstigen Gründen	6	7	2							3			2			1	0	21
– wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0							0			0			0	4	4
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	6	13	45	8	0	4	k.A.	0	47	10	25	6	18	0	8	9	22	221

► 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)					7)		8)		7)		12)						

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	1.196	1.192	570	178	78	139	562	90	616	1.116	343	118	306	146	230	113	1.076	8.069
abrechnende Ärzte geprüft, in %	6,2	5,0	0,0	5,6	12,8	6,5	6,8	6,7	6,2	4,7	5,0	5,9	5,9	5,5	3,0	7,1	8,0	5,6
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen ausschließlich normale Fälle geprüft wurden – Ärzte	27	22	6)	7	2	2	12	1	10	23	10	1	9	3	4	5	15	153
– davon bestanden	24	19		7	2	2	5	1	9	23	8	1	9	3	4	4	14	135
– davon nicht bestanden	3	1		0	0	0	7	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	16
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	5	0	6)	0	0	0	0	0	10)	0	0	1	0	0	0	0	0	6
– davon bestanden	5											1						6
– davon nicht bestanden	0											0						0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 2, bei denen normale Fälle und Ausnahmefälle geprüft wurden – Ärzte	47	38	6)	3	8	7	26	5	28	29	7	6	9	5	3	3	71	295
– davon bestanden	38	34		3	5	7	18	5	22	28	6	5	8	2	3	1	69	254
– davon nicht bestanden	9	2		0	3	0	8	0	6	1	1	1	1	3	0	2	2	39
Wiederholungsprüfungen gemäß § 6 Abs. 6	11	0	6)	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	7	20
– davon bestanden	11										1						7	19
– davon nicht bestanden	0										1						0	1
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen – normale Fälle	888	533		84	113	81	703	60	336	383	216	98	213	94	84	60	1.024	4.970
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	83	33		0	27	10	187	0	56	69	33	23	12	36	8	13	28	618
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	40	10		0	10	96		51	11	25	23	0	0	8	13	2	289	
– davon nicht nachvollziehbar	18	3		0	0	15		0	32	0	0	12	0	0	0	26	106	
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar	25	20		27	0	76		5	26	8	0	0	36	0	0	0	223	
geprüfte Dokumentationen – Ausnahmefälle	628	280		45	108	49	373	48	74	195	51	33	96	20	60	34	1.012	3.106
unvollständige oder nicht nachvollziehbare Dokumentationen	102	8		0	25	8	133	0	24	61	10	3	18	17	0	13	36	458
– davon unvollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5	4	0		0	8	60		20	24	0	3	0	0	0	0	1	120	
– davon nicht nachvollziehbar begründet	23	3		0	0	3		0	22	0	0	18	0	0	2	35	106	
– davon nicht vollständig i. S. v. § 5 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 und nicht nachvollziehbar begründet	75	5		25	0	70		4	15	10	0	0	17	0	11	0	232	

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 5 Abs. 2

Ärzte, die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 5 Abs. 2 vorgelegt haben	1.315	520	500	178	49	142	499	118	632	1.003	356	112	328	7)	239	118	1.025	7.134
--	-------	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	-------	-----	-----	-----	----	-----	-----	-------	-------

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) Überprüfung von je 2 Ärzten in der Dokumentationsprüfung noch nicht abgeschlossen, Prüfung der Fortbildungsnachweise dauert bei Ende der Datenerhebung an, Angabe mit Stand vom 31.12.2019. 5) Alle 49 sind Neugenehmigungen. 6) Alle Prüfverfahren nach QP-RL und § 135 Abs. 2 ausgesetzt. 7) Überprüfung der Fortbildungsnachweise dauert bei Ende der Datenerhebung an. 8) Enthalten sind 30 Neuanträge, davon wurden 3 abgelehnt, Überprüfung Fortbildungsnachweise dauert bei Ende der Datenerhebung an. 9) Davon 13 Neuanträge, unter den Rückgaben 10 Statuswechsel. 10) Die aus 2018 erforderlichen Wiederholungsprüfungen konnten nicht durchgeführt werden. 11) Davon 44 Neuanträge. 12) Davon 8 Erstgenehmigungen. Kolloquium steht bei Ende der Datenerhebung aus. 13) Davon 26 Neuanträge.

AMBULANTES OPERIEREN

✓ 33.092 | 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 des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu organisatorischen, baulichen, apparate-technischen und hygienischen Voraussetzungen

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4), 5)					6)	7)		8)	9)	10)						11)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	4.858	5.522	2.466	806	399	895	2.484	513	3.075	2.797	1.361	452	1.969	751	1.108	638	2.502	32.596
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	4.679	5.535	2.440	851	421	946	2.453	507	3.090	3.396	1.345	456	1.968	749	1.115	650	2.491	33.092
beschiedene Anträge ²⁾	647	1.061	301	59	24	127	497	24	461	453	178	17	132	44	81	51	510	4.667
– davon Genehmigungen	646	1.040	301	57	24	127	496	24	458	452	177	17	132	44	81	51	510	4.637
– davon Ablehnungen	1	21	0	2	0	0	1	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	30
Praxisbegehungen gemäß § 7 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5
– davon ohne Beanstandungen								4							1			5
– davon mit Beanstandungen								0							0			0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	1	0	1	0	0	0	0	7
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	7	0	143	12	2	124	k.A.	30	163	389	192	13	132	46	74	28	148	1.503

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 Ärzte mit Genehmigung umfasst 1.614 Ärzte mit Genehmigung gemäß § 115 SGB V. ⁵⁾ Genehmigungen enthalten 117 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Abnahme Anzahl der Ärzte mit Genehmigung, da Umstellung von Genehmigung- auf Kopfzählung. ⁷⁾ Davon 188 Erstanträge. ⁸⁾ Davon 165 Erstanträge bzw. 54 Statuswechsel. ⁹⁾ Zunahme der Anzahl der Ärzte mit Genehmigung wegen Bereinigung der Genehmigungsliste. ¹⁰⁾ Davon 84 Erstgenehmigungen. ¹¹⁾ Davon 137 Neuanträge.

APHERESSEN ALS EXTRAKORPORALES HÄMOTHERAPIEVERFAHREN

✓ 1.243 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 zu dokumentieren und durch den Arzt oder die Ärztin pseudonymisiert zur Prüfung an beratende Kommission der KV

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: ergänzende ärztliche Beurteilung

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

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	135	135	45	69	20	41	55	41	128	164	76	25	53	57	41	37	104	1.226
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	137	129	45	73	20	48	54	40	137	151	79	25	54	58	47	41	105	1.243
beschiedene Anträge ²⁾	19	18	2	8	1	9	12	6	22	14	6	1	3	1	3	1	18	144
– davon Genehmigungen	17	16	2	8	1	9	12	3	22	14	6	1	3	1	3	1	17	136
– davon Ablehnungen	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	2	4	0	4	k.A.	4	13	10	3	0	2	0	2	0	4	48

PRÜFUNG DER INDIKATION IM EINZELFALL

LDL-APHERESE BEI FAMILIÄRER HYPERCHOLESTERINÄMIE IN HOMOZYGOTER AUSPRÄGUNG

Erstanträge	0	2	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	6
– davon angenommen		2			1		1			0			1					5
– davon abgelehnt		0			0		0			1			0					1
Folgeanträge	3	9	12	0	1	6	3	1	5	17	8	1	4	11	0	0	7	88
– davon angenommen	3	9	12		1	6	3	1	5	17	8	1	4	11			7	88
– davon abgelehnt	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0

LDL-APHERESE BEI SCHWERER HYPERCHOLESTERINÄMIE

Erstanträge	4	12	2	24	0	1	5	13	23	70	2	2	26	21	7	2	14	228
– davon angenommen	1	11	2	18		0	3	13	14	60	2	2	14	11	6	2	7	166
– davon abgelehnt	3	1	0	6		1	2	0	9	10	0	0	12	10	1	0	7	62
Folgeanträge	41	121	39	123	2	12	74	53	39	472	22	5	110	166	22	43	65	1.409
– davon angenommen	40	118	38	123	2	12	73	53	37	471	22	5	110	165	22	43	65	1.399
– davon abgelehnt	1	3	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	10

LDL-APHERESE BEI ISOLIERTER Lp(a)-ERHÖHUNG

Erstanträge	30	47	16	23	6	10	14	12	157	2	17	5	99	4	16	22	87	567
– davon angenommen	25	39	11	16	2	2	12	12	124	2	10	5	41	2	11	11	43	368
– davon abgelehnt	5	8	5	7	4	8	2	0	33	0	7	0	58	2	5	11	44	199
Folgeanträge	25	285	89	54	13	50	35	69	764	31	54	37	196	29	43	88	191	2.053
– davon angenommen	24	285	89	54	12	50	35	69	749	31	54	37	196	29	43	84	187	2.028
– davon abgelehnt	1	0	0	0	1	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	4	4	25

IMMUNAPHERESE BEI AKTIVER RHEUMATOIDER ARTHRITIS

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

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Beides Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 6 Erstanträge. ⁶⁾ Enthalten sind 3 Anträge auf Beendigungen. ⁷⁾ Davon 9 Erstanträge. ⁸⁾ Davon 4 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Der Antrag galt einer Umschreibung. ¹⁰⁾ Davon 5 Neuanträge.

ARTHROSKOPIE

✓ 4.222 | ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

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



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

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

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen; Aussetzung / Außerkraftsetzung der Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie in 2019

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)	5)					6)		7)		8)						9)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	608	911	228	75	45	77	365	58	351	415	220	89	162	68	131	92	315	4.210
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	615	920	235	77	48	77	358	58	352	412	216	91	162	68	131	92	310	4.222
beschiedene Anträge ²⁾	66	171	48	3	3	5	64	1	55	27	28	2	7	2	8	3	46	539
– davon Genehmigungen	65	165	48	3	3	3	64	1	54	26	27	2	7	2	8	3	46	527
– davon Ablehnungen	1	6	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	12
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	k.A.	11	1	0	5	k.A.	1	37	24	31	0	7	2	8	1	10	138

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Von 165 erfolgten 92 aufgrund von Neuanträgen. ⁵⁾ Davon 18 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 21 Erstanträge. ⁷⁾ Davon 28 Erstanträge bzw. 5 Statuswechsel. ⁸⁾ Davon 13 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 5 Neuanträge.

BALNEOPHOTOTHERAPIE

✓ 937 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

⚡ 315 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 /

RINGVERSÜCHE: zum Nachweis der regelmäßigen Wartung der Bestrahlungsgeräte und der Bestrahlungsstärke der Leuchtmittel jährliche Stichprobenprüfungen im Umfang von mindestens 20 Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:

jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an die Partner des Bundesmantelvertrags

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								5)			6)					7)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	110	145	27	16	19	22	54	2	127	108	49	18	44	12	33	18	126	930
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	108	146	25	17	21	22	52	2	127	108	53	17	44	13	29	19	134	937
beschiedene Anträge ²⁾	7	10	5	2	2	0	0	0	12	9	7	0	1	1	0	1	45	102
– davon Genehmigungen	7	10	5	2	2				12	9	7		1	1		1	41	98
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0				0	0	0		0	0		0	4	4
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	1	3	1	0	0	0	0	10	1	3	1	1	0	4	1	9	38
⚡ WARTUNGSNACHWEIS § 8																		
abrechnende Ärzte	89	117	20	17	19	15	40	2	105	90	42	17	33	10	25	17	121	779
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	22	23	9	17	4	6	9	2	28	21	10	16	10	2	9	7	113	308
– davon Nachweise erbracht	19	20	7	17	4	6	9	2	26	18	10	16	7	2	9	7	113	292
– davon Nachweise innerhalb 3 Monaten nicht erbracht	3	3	2	0	0	5	0	0	0	5)	0	0	5)	0	0	0	0	13
nochmalige Aufforderungen gemäß § 8 Abs. 3	3	0	2	0	0	1	0	0	1	5)	0	0	5)	0	0	0	0	7
– davon Nachweise erbracht	3		0			1			1									5
– davon Nachweise innerhalb eines Monats nicht erbracht	0		2			0			0									2
abrechnende Ärzte geprüft, in %, (soll 20 %)	24,7	19,7	45,0	100,0	21,1	40,0	22,5	100,0	26,7	23,3	23,8	94,1	30,3	20,0	36,0	41,2	93,4	39,5

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 1 Neugenehmigung. ⁵⁾ Wartungsberichte stehen aus wegen Terminschwierigkeiten bei den Wartungsfirmen. ⁶⁾ Davon 3 Erstgenehmigungen. ⁷⁾ Davon 17 Neuanträge.

➤ BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

✓ 2.776 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

372 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

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, Gültigkeit: seit 01.07.2009, zuletzt geändert zum: 01.07.2020

Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse), Rechtsgrundlage: §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 24.06.2006, zuletzt geändert zum: 12.04.2017, Außerkraftsetzung zum 01.01.2020, seitdem im Geltungsbereich der **Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)** vom 01.01.2019, zuletzt geändert zum: 29.07.2020



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 oder die die fachlichen Befähigungen nach § 4 erfüllt; bei mehr als 100 Patienten und Patientinnen 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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: quartalsweise Auswertung der Vollerhebung mit gegebenenfalls Veranlassung einer Stichprobenprüfung
PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung und im Rahmen der Überprüfungsverfahren

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Vollerhebung; Daten in Bezug auf den Patienten oder die Patientin pseudonymisiert, mit der Möglichkeit einer längsschnittlichen Analyse

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: vierteljährliche Stichprobenprüfung bei auffälligen Werten, bei begründetem Verdacht und durch Zufallsauswahl; bei Beanstandungen Stellungnahmeverfahren, gegebenenfalls Auflagen beziehungsweise Genehmigungsentzug

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Auswertung der elektronischen Dokumentation extern durch Datenanalyst: vergleichende Quartalsberichte an die KVen und jede Einrichtung; Jahresberichte an den G-BA

BERATUNG: bei Auffälligkeiten in der Stichprobenprüfung und auf Wunsch der Einrichtung

► BLUTREINIGUNGSVERFAHREN / DIALYSE

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

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	243	801	120	69	20	54	264	62	195	218	130	28	99	104	61	78	172	2.718
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	240	855	119	73	21	56	266	62	202	207	132	28	100	106	60	78	171	2.776
beschiedene Anträge ²⁾	28	249	25	8	1	6	25	5	32	35	7	0	3	7	2	4	19	456
– davon Genehmigungen	28	246	25	8	1	6	25	4	32	35	7		3	7	2	4	15	448
– davon Ablehnungen	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	4	7
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	4
– davon bestanden													1				2	3
– davon nicht bestanden													0				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	1	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	2	4	0	2	k.A.	4	20	1	5	0	3	5	3	3	k.A.	52

■ TÄTIGKEITSBERICHT DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSIONEN NACH § 7 Abs. 3 QUALITÄTSSICHERUNGS-RICHTLINIE DIALYSE

Einrichtungen, die an der datengestützten Qualitätssicherung gemäß § 2 Abs. 1 teilnehmen																		
I/2019	78	118	32	23	7	11	57	24	70	76	36	9	35	24	22	24	66	712
II/2019	78	118	32	23	8	11	57	24	70	76	36	9	35	24	21	24	66	712
III/2019	77	118	32	23	9	11	57	24	70	76	36	9	35	24	19	24	67	711
IV/2019	79	117	32	23	9	11	56	24	70	78	36	9	35	24	20	24	65	712
Kommissionssitzungen gemäß § 7 Abs. 4	3	4	6	4	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	68
Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1, erster Spiegelstrich („auffällige Werte“)	19	51	9	10	4	4	54	7	⁹⁾	26	5	23	2	8	8	0	32	262
Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1, zweiter Spiegelstrich („begründete Hinweise“)	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1, dritter Spiegelstrich („Zufallsauswahl“)	0	0	1	1	0	1	0	0		0	0	0	0	0	1	96	10	110

Maßnahmen, auch aufgrund der Stichprobenprüfungen gemäß § 8 Abs. 1

Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln gemäß § 10 Abs. 1 S. 1	6	32	0	10	0	0	1	0	⁹⁾	26	0	0	0	0	0	0	72	147
durchgeführte Beratungsgespräche gemäß § 10 Abs. 1 S. 2	0	2	3	0	0	0	0	0	⁹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	⁹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0
widerrufene Genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2 S. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	⁹⁾	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⁾ Ärzte mit Genehmigung einschließlich angestellte Ärzte (KfH, MVZ, Praxen). ⁵⁾ Davon 2 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Alle 25 waren Änderungsanträge. ⁷⁾ Davon ein Statuswechsel, wobei die Genehmigung schon vorlag. ⁸⁾ Davon 12 Erstanträge, bei den Beendigungen entfallen 15 auf Statuswechsler. ⁹⁾ Es wurden die Daten der Einrichtungen gesichtet, jedoch wegen der fehlerhaften bzw. nicht schlüssigen Daten des IQTIG wurden keine Stichproben durchgeführt. ¹⁰⁾ Davon 5 Erstgenehmigungen; Auswertung von 2 Stichproben erfolgt erst 2020. ¹¹⁾ Eine der 4 Kommissionssitzungen wurde als Umlaufverfahren umgesetzt. ¹²⁾ Es werden stets alle Einrichtungen überprüft (ohne Anlass). ¹³⁾ Präzise sind es 171 Versorgungsaufträge, aber 164 Genehmigungen.

› BOTOXBEHANDLUNG BEI BESTIMMTEN BLASENFUNKTIONSTÖRUNGEN

✓ 814 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

📄 631 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)							6)		7)				9)		
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	113	115	39	3	2	11	36	6	70	77	20	4	20	13	10	9	66	614
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	132	145	45	6	4	17	38	9	97	104	40	9	31	16	25	14	82	814
beschiedene Anträge ²⁾	31	34	9	4	2	7	8	3	18	31	20	5	13	3	15	5	40	248
– davon Genehmigungen	31	30	9	3	2	7	8	3	18	28	20	5	13	3	15	5	30	230
– davon Ablehnungen	0	4	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	10	18
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	6	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	13	3	0	0	0	k.A.	0	6	1	0	0	2	0	0	0	0	25
📄 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	111	139	38	3	2	15	30	6	58	104	35	4	12	⁸⁾	25	8	41	631

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⁾ Rückgaben erfolgten teilweise im Zusammenhang mit fehlenden Fortbildungsnachweisen. ⁵⁾ Alles Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 19 Erstgenehmigungen. ⁷⁾ Überprüfung der Fortbildungsnachweise für 3 Ärzte noch nicht abgeschlossen. ⁸⁾ Überprüfung der Fortbildungsnachweise dauert bei Ende der Datenerhebung noch an. ⁹⁾ Davon 16 Neuanträge.

› DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

✓ 6.888	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP DIABETES MELLITUS TYP 1
✓ 50.170	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP DIABETES MELLITUS TYP 2
✓ 50.349	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP KORONARE HERZKRAKHEIT
✓ 6.819	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP BRUSTKREBS
✓ 79.679	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG DMP ASTHMA UND / ODER DMP COPD

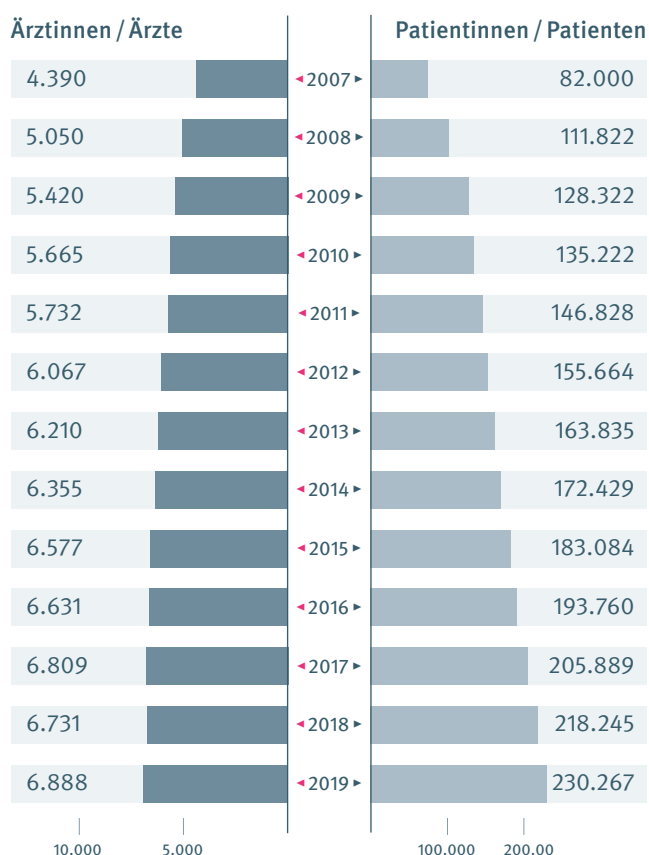
› ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, PATIENTINNEN UND PATIENTEN IM DMP

Ende des Jahres 2019 waren mehr als 7,1 Millionen Patientinnen und Patienten in Disease-Management-Programme (DMP) für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Brustkrebs eingeschrieben. Da Patientinnen und Patienten zum Teil an mehreren DMP teilnehmen, waren zum 31. Dezember 2019 etwa 8,4 Millionen Einschreibungen zu verzeichnen. Ein großer Teil, etwa 4,3 Millionen Patientinnen und Patienten, ist in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben.

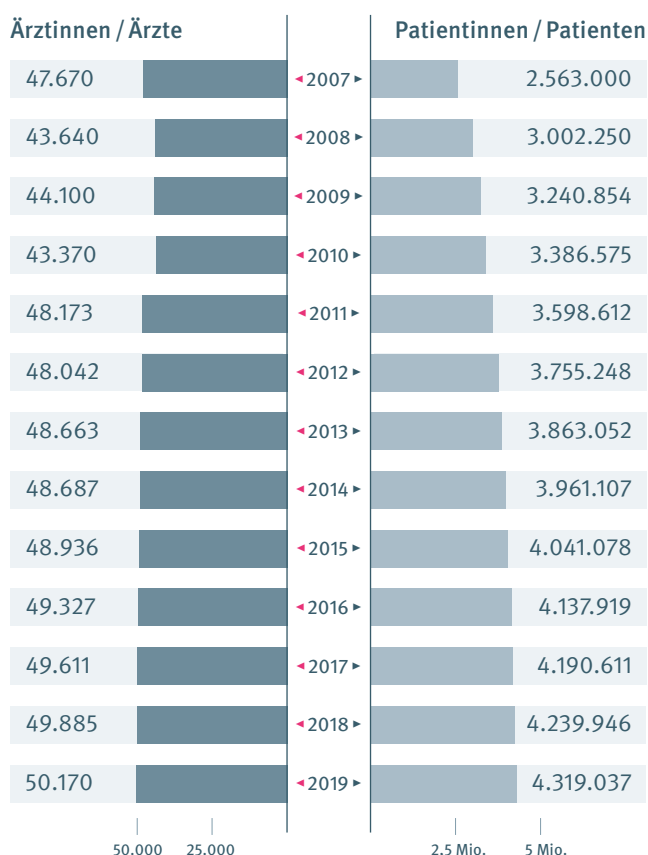
Zum 1. Oktober 2019 trat das neue DMP chronischer Rückenschmerz in Kraft. Zum 1. Januar 2020 folgte dann das DMP Depression.

Im Folgenden werden die Zahlen der Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung sowie die Zahlen der Patientinnen und Patienten in den einzelnen DMP im Verlauf von 2007 bis 2019 dargestellt.

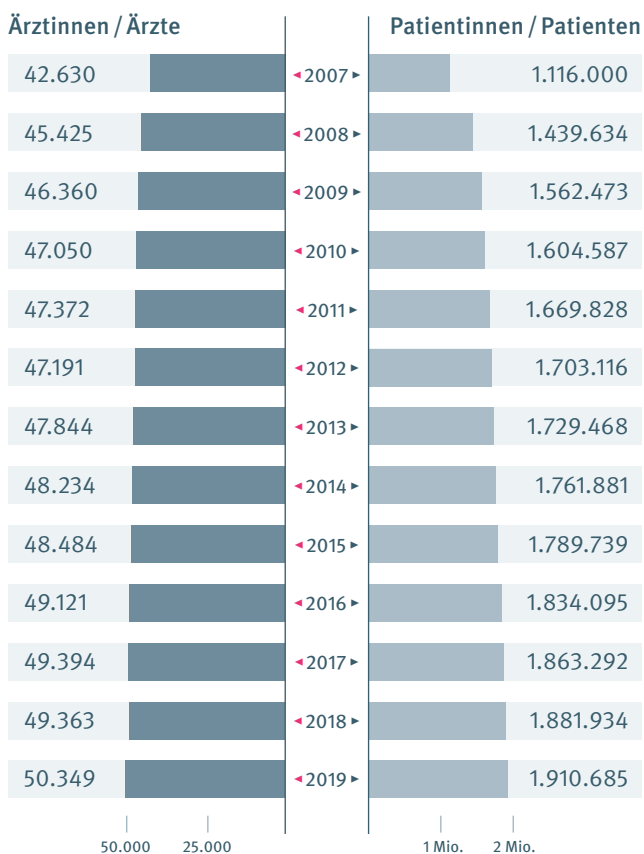
DMP DIABETES MELLITUS TYP 1



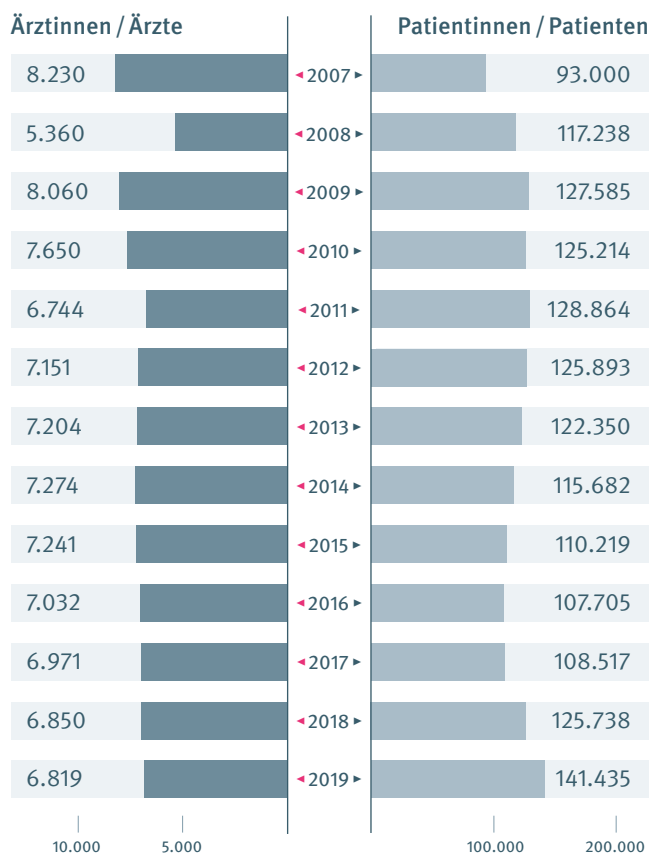
DMP DIABETES MELLITUS TYP 2



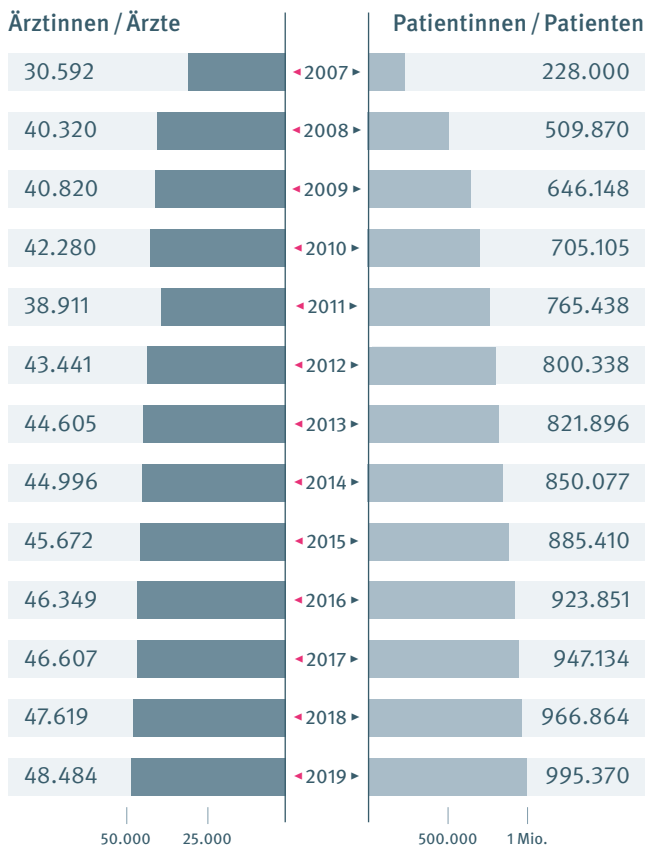
DMP KORONARE HERZKRANKHEIT



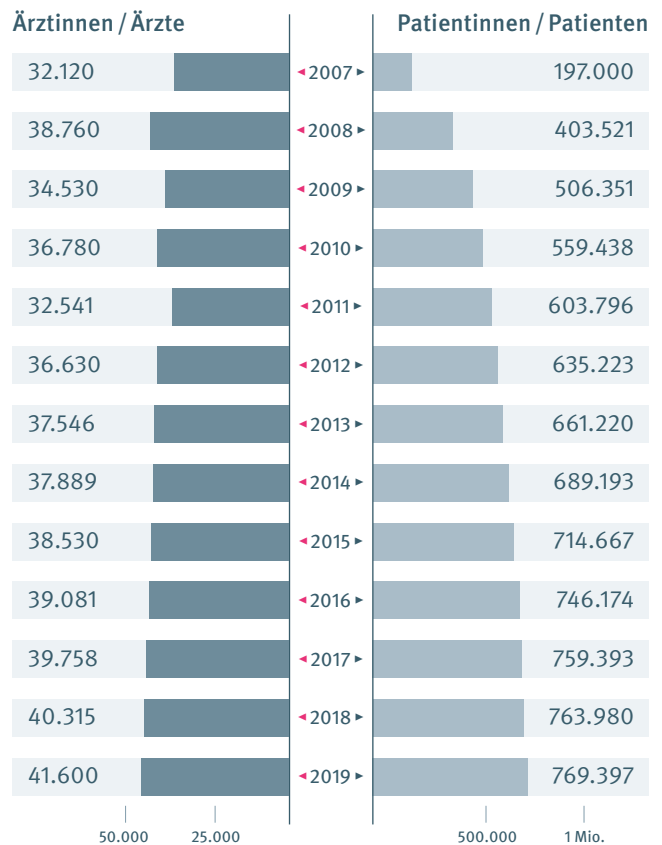
DMP BRUSTKREBS



DMP ASTHMA



DMP COPD



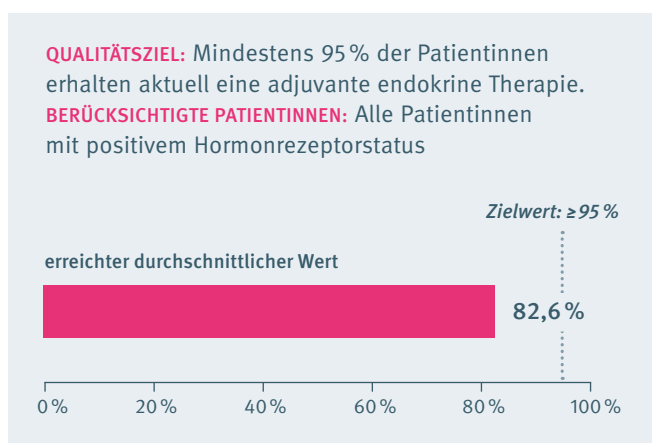
Quellen: Angaben der KVen (Ärztinnen / Ärzte); amtliche Statistik KM6 des BMG (Patientinnen / Patienten)

› DMP BRUSTKREBS: ERSTE ERGEBNISSE ZUR QUALITÄTSZIELERREICHUNG

Zum 1. Oktober 2018 erfolgte eine Aktualisierung und Umstrukturierung des DMP Brustkrebs. Mit der Aktualisierung wurden die längerfristigen Neben- und Folgewirkungen der Erkrankung und Therapie stärker in den Fokus gerückt. Die Empfehlungen im neuen DMP Brustkrebs zielen insbesondere auf die Unterstützung bei der Adhärenz empfohlener langandauernder Therapien, die Vermeidung von Folgeerkrankungen und die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte ab. Die Adhärenz zur endokrinen Therapie, die inzwischen bis zu zehn Jahre, mindestens aber fünf Jahre lang empfohlen wird, soll verbessert werden. Dazu werden die Nebenwirkungen regelmäßig erfasst und entsprechend behandelt. Folglich wurden auch die Qualitätsziele des Programms aktualisiert.

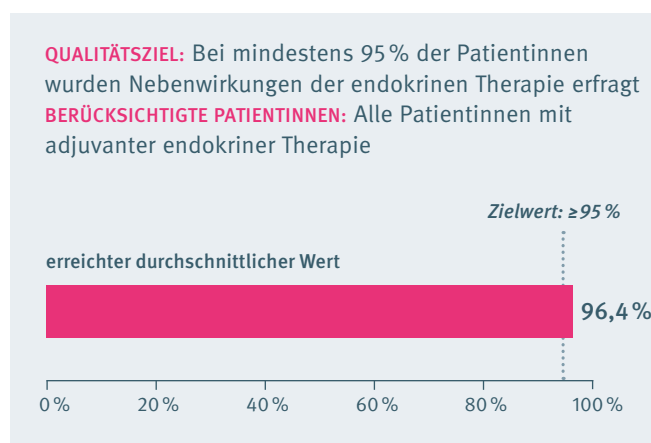
Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Qualitätszielen des DMP Brustkrebs dargestellt. Die durchschnittliche Zielerreichung wurde auf der Basis der Berichte der Gemeinsamen Einrichtungen aus Daten des 1. Halbjahres 2019 aus neun KVen berechnet.

INDIZIERTE ADJUVANTE ENDOKRINE THERAPIE



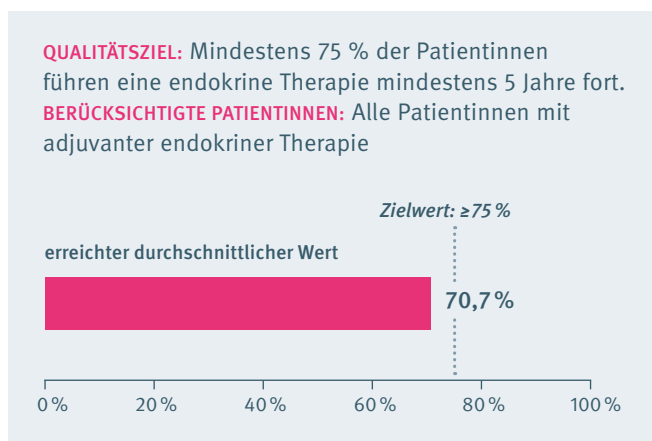
n = 30.709 Patientinnen

NEBENWIRKUNGEN DER ENDOKRINEN THERAPIE



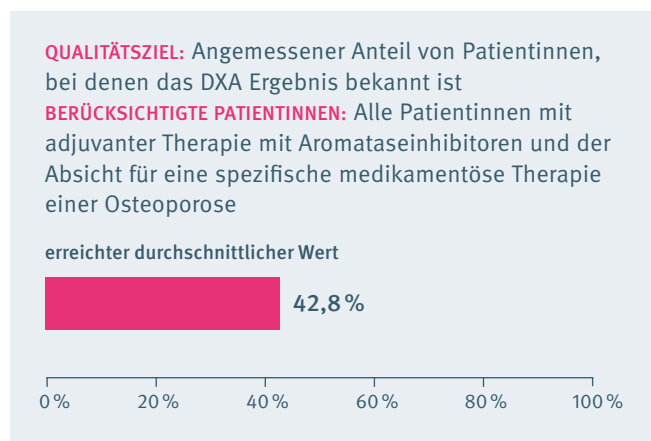
n = 32.480 Patientinnen

ENDOKRINE THERAPIE MINDESTENS 5 JAHRE



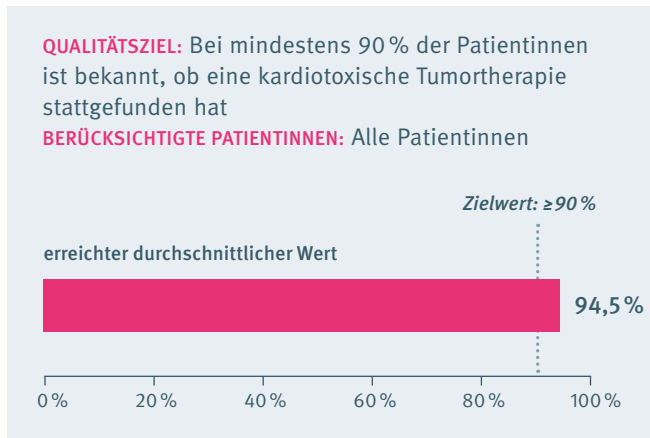
n = 10.417 Patientinnen

DXA ERGEBNIS BEKANNT



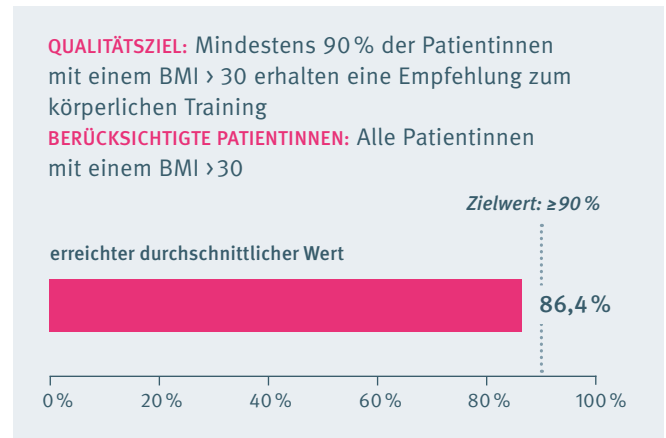
n = 15.217 Patientinnen

KARDIOTOXISCHE TUMORTHERAPIE BEKANNT



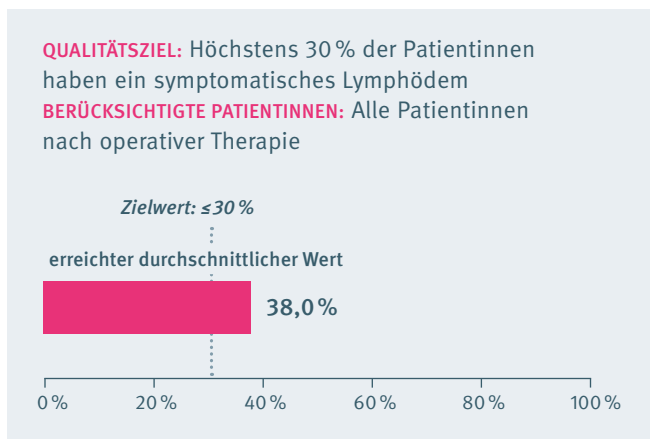
n = 51.671 Patientinnen

EMPFEHLUNG ZUM KÖRPERLICHEN TRAINING BMI > 30



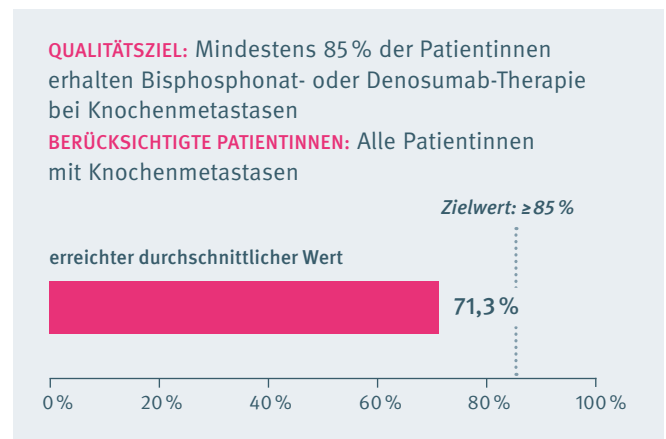
n = 10.771 Patientinnen

SYMPTOMATISCHES LYMPHÖDEM



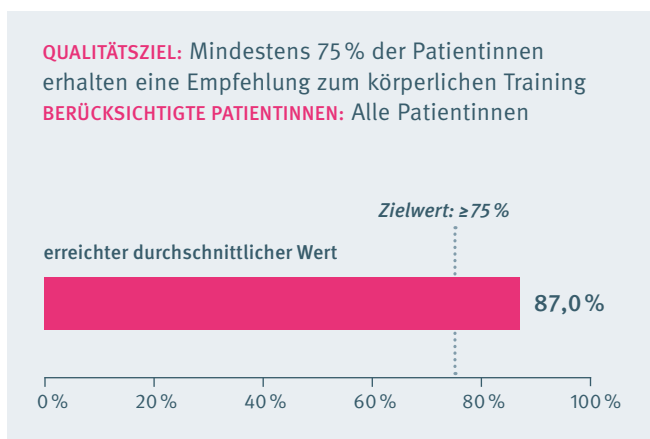
n = 40.677 Patientinnen

BISPHOSPHONAT- ODER DENOSUMAB-THERAPIE BEI KNOCHENMETASTASEN



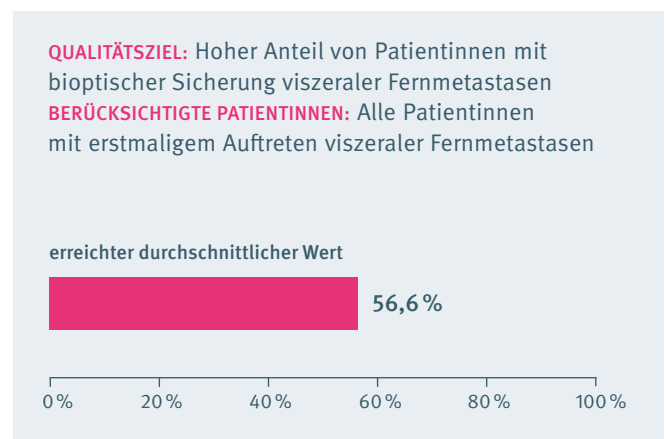
n = 978 Patientinnen

EMPFEHLUNG ZUM KÖRPERLICHEN TRAINING



n = 44.962 Patientinnen

BIOPTISCHE SICHERUNG VISZERALER FERNMETASTASEN



n = 258 Patientinnen

› VERTRAGSUMFANG DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

DMP DIABETES MELLITUS TYP 1

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	259	23.426
Bayern	KV – alle Kassen	2.735	33.427
Berlin	KV – alle Kassen	270	9.619
Brandenburg	KV – alle Kassen	94	7.662
Bremen	KV – alle Kassen	20	1.796
Hamburg	KV – alle Kassen	70	6.468
Hessen	KV – alle Kassen	277	16.588
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	58	3.977
Niedersachsen	KV – alle Kassen	235	23.204
Nordrhein	KV – alle Kassen	1.151	27.336
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	161	10.820
Saarland	KV – alle Kassen	34	2.124
Sachsen	KV – alle Kassen	152	12.486
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	205	7.093
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	70	10.230
Thüringen	KV – alle Kassen	86	6.480
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	1.011	27.531

DMP DIABETES MELLITUS TYP 2

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.635	509.693
Bayern	KV – alle Kassen	8.352	556.942
Berlin	KV – alle Kassen	2.001	177.837
Brandenburg	KV – alle Kassen	1.495	206.139
Bremen	KV – alle Kassen	441	34.196
Hamburg	KV – alle Kassen	905	68.483
Hessen	KV – alle Kassen	4.031	276.353
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	1.055	106.700
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.750	378.220
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.643	519.888
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.490	213.116
Saarland	KV – alle Kassen	630	58.526
Sachsen	KV – alle Kassen	2.545	342.958
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.383	190.357
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.723	118.335
Thüringen	KV – alle Kassen	1.370	161.806
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.721	399.488

DMP BRUSTKREBS

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	751	10.513
Bayern	KV – alle Kassen	2.005	24.398
Berlin	kein Vertrag mit KV	–	4.562
Brandenburg	KV – alle Kassen	170	6.019
Bremen	KV – alle Kassen	105	985
Hamburg	KV – alle Kassen	41	691
Hessen	kein Vertrag mit KV	–	12.896
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	166	3.942
Niedersachsen	KV – alle Kassen	645	15.833
Nordrhein	KV – alle Kassen	833	16.382
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	302	5.124
Saarland	KV – alle Kassen	102	1.373
Sachsen	KV – alle Kassen	244	5.302
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	150	4.403
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	329	5.596
Thüringen	KV – alle Kassen	134	3.766
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	842	19.650

DMP KORONARE HERZKRANKHEIT

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	6.528	236.297
Bayern	KV – alle Kassen	8.488	245.316
Berlin	KV – alle Kassen	2002	79.421
Brandenburg	KV – alle Kassen	1524	100.396
Bremen	KV – alle Kassen	441	13.686
Hamburg	KV – alle Kassen	883	27.093
Hessen	KV – alle Kassen	4.108	92.580
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	981	47.631
Niedersachsen	KV – alle Kassen	4.783	190.257
Nordrhein	KV – alle Kassen	5.753	238.436
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	2.481	85.424
Saarland	KV – alle Kassen	660	25.639
Sachsen	KV – alle Kassen	2.432	127.895
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	1.398	81.454
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	1.715	57.752
Thüringen	KV – alle Kassen	1.375	79.694
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	4.797	181.714

DMP ASTHMA / COPD

Kassenärztliche Vereinigungen	Vertragsparteien	Erkrankung	Ärztinnen / Ärzte mit Genehmigung ¹⁾	Patientinnen / Patienten ²⁾
Baden-Württemberg	KV – alle Kassen	Asthma	6.586	106.125
		COPD	6.100	81.545
Bayern	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	9.160	245.478
Berlin	KV – alle Kassen	Asthma	1.689	60.913
		COPD	1.641	48.644
Brandenburg	KV – alle Kassen	Asthma	980	54.484
		COPD	981	38.142
Bremen	KV – alle Kassen	Asthma	494	8.546
		COPD	431	8.021
Hamburg	KV – alle Kassen	Asthma	823	27.587
		COPD	742	13.833
Hessen	KV – alle Kassen	Asthma	3.995	49.355
		COPD	3.742	34.805
Mecklenburg-Vorpommern	KV – alle Kassen	Asthma	709	17.823
		COPD	669	14.044
Niedersachsen	KV – alle Kassen	Asthma	4.798	108.081
		COPD	4.399	89.137
Nordrhein	KV – alle Kassen	Asthma	5.782	110.278
		COPD	5.722	116.127
Rheinland-Pfalz	KV – alle Kassen außer AOK	Asthma	2.401	20.753
		COPD	2.234	37.208
Saarland	KV – alle Kassen	Asthma	633	8.448
		COPD	577	8.964
Sachsen	KV – alle Kassen	Asthma	1.585	74.190
		COPD	1.496	36.550
Sachsen-Anhalt	KV – alle Kassen	Asthma / COPD	1.245	43.078
Schleswig-Holstein	KV – alle Kassen	Asthma	1.656	30.702
		COPD	1.517	20.041
Thüringen	KV – alle Kassen	Asthma	1.040	39.240
		COPD	944	27.563
Westfalen-Lippe	KV – alle Kassen	Asthma	4.908	104.594
		COPD	4.440	79.468

¹⁾ Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung zur Teilnahme am Programm nach Angaben der KV, Stand 31.12.2019.

²⁾ DMP-Patientinnen und -Patienten gemäß amtlicher Statistik KM 6 Teil II des BMG.

› FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG



FORTBILDUNGSPFLICHT: ERHALT UND FORTENTWICKLUNG ERFORDERLICHER FACHKENNTNISSE

Die Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung unterliegt hohen Qualifikationsanforderungen. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt beziehungsweise eine abgeschlossene Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten (Facharztstatus / Fachkundenachweis) gemäß Weiterbildungsordnungen der Berufskammern. Die Dauer der Aus- und Weiterbildung liegt für Fachärztinnen und Fachärzte in der Regel zwischen zwölf und 14 Jahren. Darüber hinaus sind die an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden sowohl durch ihre Berufsordnungen als auch durch das SGB V zu einer kontinuierlichen, kompetenzsichernden Fortbildung verpflichtet.

Alle fünf Jahre müssen sie gegenüber ihrer KV mindestens 250 Fortbildungspunkte, in der Regel durch ein Kammerzertifikat, nachweisen. Anders als im stationären Sektor schreibt das Gesetz bei Nicht-Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung Sanktionen in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Entzug der vertragsärztlichen Zulassung vor.

Der § 95d SGB V und die darauf fußende Regelung der KBV zur Fortbildungsverpflichtung vom 1. Oktober 2016 bilden die rechtliche Grundlage der Überprüfung des absolvierten Fortbildungsumfangs.

Im Jahr 2019 waren bundesweit circa 90.000 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten verpflichtet, ihre Fortbildung gegenüber ihrer KV zu belegen. Die große Mehrheit, nämlich 97,93 Prozent, ist dieser Verpflichtung nachgekommen. Damit wurde die gute Erfüllungsquote der letzten Jahre bestätigt – ein Beleg dafür, dass sich Patientinnen und Patienten auf eine hohe Versorgungsqualität verlassen können. 1.837 zur Fortbildung Verpflichtete haben den Nachweis nicht fristgemäß erbracht und mussten Sanktionen in Kauf nehmen. Ursache dafür war beispielsweise die Aufgabe der Praxis. Im Jahr 2019 wurde siebenmal bei denjenigen, die auch nach zweijähriger Nachholfrist den Fortbildungsnachweis nicht geführt haben, die Zulassung beziehungsweise Ermächtigung entzogen. Auch das ist Ausdruck dafür, dass hohe Qualitätsstandards in der ambulanten Versorgung konsequent eingefordert werden.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/html/fortbildung.php

FORTBILDUNGSAKTIVITÄTEN

Die KBV unterstützt die Fortbildungsaktivitäten durch verschiedene Angebote, so zum Beispiel Online-Fortbildungen zu Arzneimitteln, MRSA, nicht spezifischem Kreuzschmerz, der Verordnung von Rehabilitation oder der postoperativen Wundversorgung.

FORTBILDUNG ONLINE

Das Online-Fortbildungsportal im Sicheren Netz der KVen ist einem Relaunch unterzogen worden und steht in einer modernen und nutzerfreundlicheren Struktur zur Verfügung.

Ärztliche und psychotherapeutische Qualitätszirkel können auf der Webseite der KBV unter mehr als 40 didaktisch aufbereiteten Themen-Modulen auswählen, die eine ergebnisorientierte Zirkelarbeit unterstützen. Zusätzlich gibt es vielfältige Fortbildungsangebote zu den Themenbereichen Qualitätsmanagement und Qualitätszirkelarbeit in Form von Veranstaltungen oder Online-Selbstchecks.

SPEZIALISIERTE GERIATRISCHE DIAGNOSTIK

✓ 420 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 31.12.2018	33	99	17	9	5	9	18	8	18	36	71	9	12	10	22	3	32	411
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	34	95	20	9	5	9	19	8	15	31	79	9	13	11	24	3	36	420
Institutsambulanzen mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	4	6	1	1	0	6	0	0	7	0	1	0	4	0	0	0	4	34

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

> HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

✓	580	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
	564	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
	33	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	372	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

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

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

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

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

FREQUENZREGELUNG: jährliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten

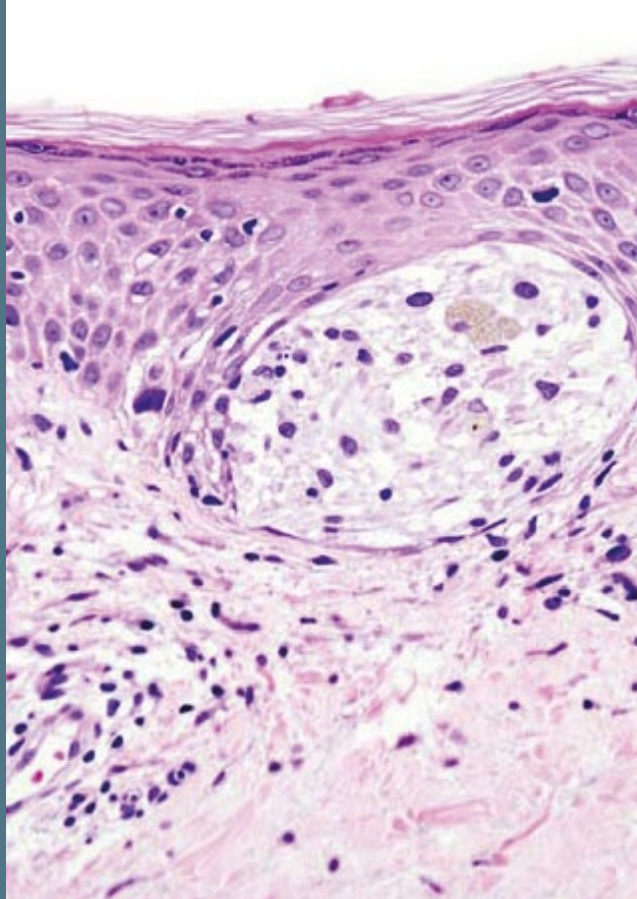
KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: bei nicht eindeutiger Diagnose wird eine zweite Meinung bei einem qualifizierten Arzt oder einer qualifizierten Ärztin eingeholt; zweite Meinung und Konsens werden dokumentiert; standardisierter Befundbericht an den Einsendenden

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



HISTOPATHOLOGIE HAUTKREBS-SCREENING

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

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	75	93	25	10	5	15	48	16	61	36	24	9	25	20	16	24	60	562
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	77	93	26	9	5	14	48	17	60	58	24	9	26	20	11	23	60	580
beschiedene Anträge ²⁾	5	9	1	0	0	0	2	1	8	3	2	0	1	0	1	0	5	38
neu	5	9	1				2	1	8	3	2		1		1		5	38
– davon Genehmigungen	5	9	1				2	1	8	3	2		1		0		4	36
– davon Ablehnungen	0	0	0				0	0	0	0	0		0		1		1	2
erneut gemäß § 5 Abs. 5	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
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	1	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	1	0	0	k.A.	0	10	2	2	0	0	0	5	0	4	24

III PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 5 Abs. 1 und 2

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 1.000 Befundungen dermatohistologischer Präparate aus Screening oder Kuration)																		
< 1.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	0	4
≥ 1.000	72	93	25	9	5	14	46	16	54	58	24	6	25	19	11	23	60	560

■ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	4,0	4,3	0,0	10,0	0,0	13,3	8,3	0,0	4,9	5,6	4,2	55,6	4,0	5,0	6,3	8,3	5,0	5,9
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	3	4	⁶⁾	1	⁷⁾	2	4	0	3	2	1	5	1	1	1	2	3	33
– davon bestanden	3	4		1		2	4		3	2	1	5	1	1	1	2	2	32
– davon nicht bestanden	0	0		0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 5 a	0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen und zugehörige histopathologische Präparate	30	40	⁶⁾	10	⁷⁾	20	82	0	30	20	10	50	10	10	10	20	30	372
– davon vollständig und nachvollziehbar	29	38		10		20	82		30	20	10	50	10	10	10	20	25	364
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	0	0		0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	1	2		0		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	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⁾ Frequenzregelung bei 4 Ärzten aus der KV BW wird von der KV BY geprüft, da diese in KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften tätig sind. ⁵⁾ Neugenehmigung. ⁶⁾ Alle Prüfverfahren nach QP-RL und § 135 Abs. 2 ausgesetzt. ⁷⁾ 2018 alle Ärzte geprüft. ⁸⁾ Geprüft wurden Prüfungsvolumina 2017 und 2018, 2019 wird 2020 mit abgebildet. ⁹⁾ Genehmigungen enthalten 3 Erstgenehmigungen, Beendigungen enthalten 5 Statuswechsel. ¹⁰⁾ Arztzahl für 2018 war fehlerhaft.

HIV-INFEKTIONEN / AIDS-ERKRANKUNGEN

✓	318	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
Hi	311	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
Fi	312	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE
St	37	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
Q	365	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

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an die 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 31.12.2018	37	36	69	1	8	31	29	2	16	41	8	6	14	5	1	2	10	316
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	36	35	69	1	8	32	31	2	15	41	9	6	14	4	1	2	12	318
beschiedene Anträge ²⁾	2	2	19	0	1	1	2	0	1	2	1	0	1	0	0	0	2	34
neu	2	2	19		1	1	2		0	2	1		1				2	33
– davon Genehmigungen	2	2	19		1	1	2			2	1		1				2	33
– davon Ablehnungen	0	0	0		0	0	0			0	0		0				0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0		0	0	0		0	0	0		0				0	0
erneut gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0		0	0	0		1	0	0		0				0	1
– davon Genehmigungen									1									1
– davon Ablehnungen									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	8	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	14

› 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

6)

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG § 10 Abs. 1 Nr. 1

Ärzte mit jährlich durchschnittlich betreuten HIV-/Aids-Patienten pro Quartal in Höhe von:																		
< 25	0	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	1	0	0	0	10
– davon Ärzte, die (mit Genehmigung der KV) aufgrund regionaler Besonderheiten weniger Patienten betreuen, bzw. Kinder- und Jugendärzte, die von der Frequenzregelung ausgenommen sind		3	1			1			1				0	1				7
≥ 25	36	33	68	1	8	30	29	2	14	39	9	6	10	3	1	2	10	301

PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2	35	35	58	1	8	28	29	2	15	39	9	6	13	4	1	2	10	295
Ärzte mit ausreichend nachgewiesener Fortbildung in der Nachfrist von 12 Monaten (§ 10 Abs. 4)	0	0	0	0	0	7)	8	0	0	0	0	0	5	4	0	0	0	17

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	10,8	11,1		0,0	12,5	9,7	13,8	100,0	18,8	7,3	12,5	100,0	7,1	20,0	0,0	50,0	30,0	11,7
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 2	4	4	5)	0	1	3	4	2	3	3	1	6	1	1	0	1	3	37
Aufforderung zur Stellungnahme gemäß § 8 Abs. 3	1	0	5)	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon Begründung ausreichend	1						2											3
– davon Begründung nicht ausreichend oder keine Stellungnahme abgegeben	0						0											0
Kolloquium gemäß § 8 Abs. 3	0	0	5)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	40	40	5)	0	5	30	40	20	30	30	10	60	10	10	0	10	30	365
– davon vollständig und keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	40	40			5	30	28	20	30	27	10	47	10	10		10	27	334
– davon vollständig aber Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0			0	0	12	0	0	3	0	0	0	0		0	3	18
– davon nicht vollständig, keine Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0			0	0	0	0	0	0	0	13	0	0		0	0	13
– davon nicht vollständig und Beanstandungen der Behandlungsqualität	0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Bei Beanstandungen der Behandlungsqualität:																		
– darunter nicht leitliniengerechte antiretrovirale Medikation (Anlage 1, Punkt 10)							0			0							0	0
– darunter mangelnde Prophylaxemaßnahmen (Anlage 1, Punkt 8)							16			3							3	22
– darunter mangelnde Screeningveranlassung (Anlage 1, Punkt 9)							7			0							0	7

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Davon 8 Neugenehmigungen. 5) Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. 6) Gemäß Beschluss der KV werden in Bremen nur jeweils 5 Dokumentationen geprüft. 7) Fortbildung: 1 Arzt hat erneut nicht vollständig nachgewiesen, Überprüfung ausgesetzt wegen Corona-Pandemie.

> HÖRGERÄTEVERSORGUNG

✓	4.020	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
🔊	3.278	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📅	1.615	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

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



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

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

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG /

RINGVERSUCHE: Nachweis der mindestens einmal jährlich durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) 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 KVen

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

> HÖRGERÄTEVERSORGUNG

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)		8)		11)					
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	485	510	230	112	50	127	294	82	363	535	187	55	232	129	135	106	377	4.009
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	465	521	234	108	51	129	292	85	365	550	190	56	237	123	138	107	369	4.020
beschiedene Anträge ²⁾	33	61	27	5	1	9	36	8	41	13	22	1	18	2	10	3	34	324
– davon Genehmigungen	32	58	27	5	1	9	35	8	41	13	22	1	18	2	10	3	34	319
– davon Ablehnungen	1	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	10	16
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen							2		0								0	2
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung							0		4								10	14
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	19	9	0	7	k.A.	5	32	0	19	0	13	8	6	2	20	141
⚡ MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1, Nr. 1																		
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	465	508	234	108	46	129	167	85	322	⁷⁾	187	56	237	36	140	104	368	3.192
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	86	0	0		0	0	0	0	0	0	0	86
Ärzte, die den Nachweis in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht erbracht haben	0	0	0	0	0	0	2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	2
📁 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 Abs. 1, Nr. 2																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	465	58	26	107	24	90	17	85	41	⁷⁾	187	1	⁹⁾	0	¹⁰⁾	104	200	1.405
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	16	0	8	3	0	21	0	0		0	0		0		0	162	210
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	1	0	0	4		0	0		0		0	6	11

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 23 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 15 Erstanträge. ⁶⁾ Anträge enthalten 24 Erstanträge, Beendigungen enthalten 13 Statuswechsel. ⁷⁾ Überprüfung messtechnischer Kontrollen und von Fortbildungen dauert bei Ende der Datenerhebung noch an. ⁸⁾ Davon 10 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Abfrage Fortbildung erfolgt 2021 für 2019 und 2020. ¹⁰⁾ Fortbildung: nicht geprüft wegen der Pandemie-Situation. ¹¹⁾ Davon 30 Neuanträge.

> HÖRGERÄTEVERSORGUNG – KINDER

✓	389	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	340	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
📅	125	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

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



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

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

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

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

➤ HÖRGERÄTEVERSORGUNG KINDER

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)				10)					
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	22	103	13	4	2	19	59	3	42	23	5	3	17	5	9	3	43	375
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	24	112	15	1	2	18	59	3	41	27	5	4	19	6	9	3	41	389
beschiedene Anträge ²⁾	3	15	5	0	0	1	7	0	5	2	0	1	3	1	0	1	4	48
– davon Genehmigungen	3	15	5			1	7		5	2		1	3	1		1	3	47
– davon Ablehnungen	0	0	0			0	0		0	0		0	0	0		0	1	1
Kolloquien gemäß § 9 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der messtechnischen Kontrollen						0	0											0
– davon wegen wiederholt fehlenden Nachweises der Fortbildungsverpflichtung						1	1											2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	1	2	3	0	0	k.A.	0	5	0	0	0	1	0	0	1	5	18
⚡ MESSTECHNISCHE KONTROLLEN § 8 Abs. 1, Nr. 1																		
Ärzte, die den Nachweis der messtechnischen Kontrolle (jährlich durchzuführen) erbracht haben	24	101	7	1	2	18	26	3	41	⁷⁾	5	4	19	6	9	3	41	310
Ärzte, die den Nachweis erst im Folgejahr in der Nachfrist von 12 Monaten erbracht haben	0	0	0	0	0	0	30	0	0		0	0	0	0	0	0	0	30
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
📅 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 8 Abs. 1, Nr. 2																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung (zweijährlich) vorgelegt haben	24	14	7	1	1	12	2	3	10	⁷⁾	5	1	⁸⁾	0	⁹⁾	0	41	121
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	4	0	0		0	0		0		0	0	4
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 12 Monaten erneut nicht vorgelegt haben	0	0	0	0	0	0	1	0	0		0	0		0		0	0	1

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 4 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon eine Neugenehmigung. ⁶⁾ Anträge enthalten 2 Erstanträge, Beendigungen enthalten 3 Statuswechsel. ⁷⁾ Überprüfung messtechnische Kontrollen und Fortbildungen dauert bei Ende der Datenerhebung noch an. ⁸⁾ Abfrage Fortbildung erfolgt 2021 für 2019 und 2020. ⁹⁾ Fortbildung: nicht geprüft wegen der Pandemie-Situation. ¹⁰⁾ Messtechnische Kontrollen und Fortbildung: Kombiniertes Nachweisverfahren mit Hörgeräteversorgung Erwachsene.

» HYPERBARE SAUERSTOFFTHERAPIE BEI DIABETISCHEM FUßSYNDROM

✓ 4 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

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

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung, welche in einem Stellungnahmeverfahren nicht ausreichend begründet werden konnten

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: Evaluation durch das Institut des Bewertungsausschusses; jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an die Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: bei Auffälligkeiten in der Dokumentationsprüfung

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

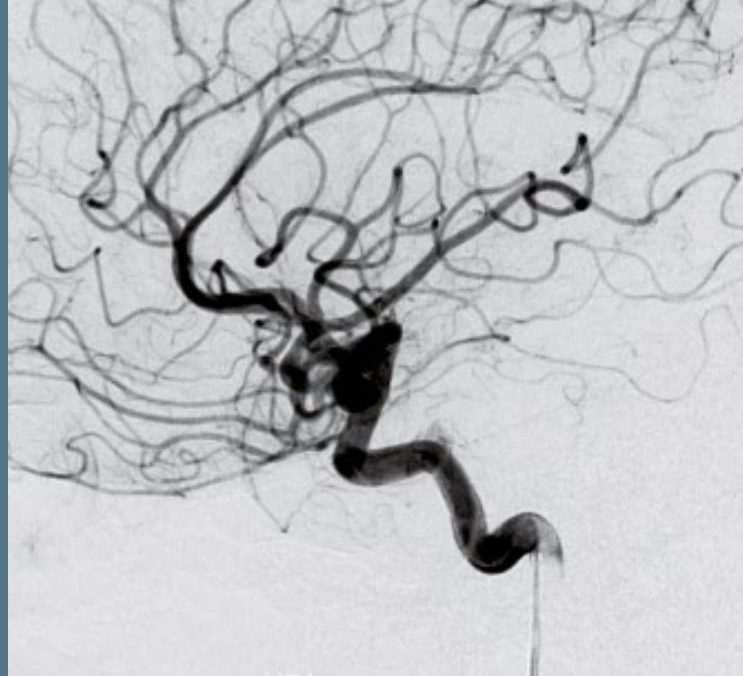
¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

✓ 267 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 210 PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2006, zuletzt geändert zum: 01.10.2010



AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung
FREQUENZREGELUNG: jährlich 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen; bei Genehmigung zu therapeutischen Eingriffen, davon mindestens 50 therapeutische Eingriffe

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: KV kann Dokumentationen zum Nachweis der Fallzahl (Frequenz) anfordern

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
DIAGNOSTISCHE KATHETERANGIOGRAPHIEN																		
✓ GENEHMIGUNGEN § 3 Abs. 1																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	6	3	0	0	0	1	2	0	3	4	1	0	1	0	0	0	17	38
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	5	3	0	0	0	1	1	0	3	4	1	0	1	0	0	0	17	36
beschiedene Anträge ²⁾	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	4
neu		1								1							2	4
– davon Genehmigungen		1								1							2	4
– davon Ablehnungen		0								0							0	0
erneut gemäß § 7 Abs. 6		0								0							0	0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0				0	0	0	0	0	0		0				0	0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	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
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	0				0	k.A.	0	0	1	0		0				2	4
II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG																		
Nachweis der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen)																		
< 100	2	0				0	0	0	0	0	0		0				0	2
≥ 100	3	3				0	1	0	3	4	1		1				10	26

➤ 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 31.12.2018	31	31	9	8	4	13	19	14	27	28	12	6	3	2	7	1	25	240
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	30	33	9	8	5	11	20	14	30	21	12	5	3	1	7	1	21	231
beschiedene Anträge ²⁾	1	5	5	1	1	0	6	0	7	2	0	0	1	0	0	0	0	29
neu	1	5	5	1	1		2		7	2			1					25
– davon Genehmigungen	1	5	4	1	1		2		7	2			0					23
– davon Ablehnungen	0	0	1	0	0		0		0	0			1					2
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0	0		4		0	0			0					4
– davon Genehmigungen							4											4
– davon Ablehnungen							0											0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	1	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0	0	1
– davon bestanden			1															1
– davon nicht bestanden			0															0
Praxisbegehungen gemäß § 9 Abs. 4	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	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen						0	0											0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 50 therapeutische Eingriffe						0	0											0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 100 arterielle Gefäßdarstellungen und < 50 therapeutische Eingriffe						1	1											2
– aus sonstigen Gründen						0	0											0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	2	0	1	1	0	2	k.A.	0	2	9	0	1	0	1	0	0	4	23

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 100 diagnostische arterielle Gefäßdarstellungen oder kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 100	4	4	⁵⁾	0	0	⁶⁾	1	k.A.	0	1	0	0	0	⁶⁾	0	0	3	13
≥ 100	26	29	⁵⁾	8	4	⁶⁾	15	k.A.	24	14	12	5	3	⁶⁾	7	1	21	169
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 diagnostische kathetergestützte therapeutische Eingriffe)																		
< 50	6	4	⁵⁾	0	0	⁶⁾	1	k.A.	0	0	0	0	0	⁶⁾	0	0	4	15
≥ 50	24	29	⁵⁾	8	4	⁶⁾	15	k.A.	22	11	12	5	3	⁶⁾	7	1	20	161

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon eine Neugenehmigung. ⁵⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen (einschl. Anerkennung Frequenz), die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁶⁾ Frequenzregelung noch in Prüfung.

INTRAVITREALE MEDIKAMENTENEINGABE

✓ 2.222 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

178 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

1.635 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: 01.07.2020

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährlich mindestens zehn Prozent der abrechnenden Ärzte und Ärztinnen; schriftliche und bildliche Dokumentationen zur Indikationsstellung von zehn intravitrealen Medikamenteneingaben jeweils unterschiedlicher Patienten und Patientinnen (befristet auf den Zeitraum 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2021)

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE	
	5)						7)			8)			10)			11)			
✓ GENEHMIGUNGEN																			
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	256	352	93	64	41	60	108	42	209	227	113	43	104	47	74	33	206	2.072	
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	285	375	96	68	44	69	122	43	215	245	116	50	110	49	79	35	221	2.222	
abrechnende Ärzte	222	296	80	55	39	49	104	42	167	149	96	31	99	45	68	28	121	1.691	
beschiedene Anträge ²⁾	58	155	18	4	6	14	53	4	43	105	18	11	13	2	16	6	50	576	
– davon Genehmigungen	58	152	18	4	6	12	53	4	39	105	18	11	13	2	15	6	48	564	
– davon Ablehnungen	0	3	0	0	0	2	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	2	12	
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	7	0	0	9	k. A.	3	14	0	0	4	7	0	10	1	21	76	
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 6 Abs. 2 (Erstüberprüfung)																			
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																			
abrechnende Ärzte geprüft, in % (prüfende KVen)	12,2	12,8		1,8	15,4	10,2	9,6	9,5	9,6	9,4	11,5	12,9	10,1	11,1	7,4	14,3	6,6	10,4	
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 2	27	38	6)	1	6	5	10	4	16	14	11	4	10	5	5	4	8	168	
– davon Anforderungen erfüllt	22	35		0	4	5	9	4	13	14	11	4	9	5	5	4	8	152	
– davon Anforderungen nicht erfüllt	5	3		1	2	0	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	16	
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen bis 30.09.2019 erbracht)																			
geprüfte Dokumentationen	270	4)			60	50	4)	40	155	9)	110	40		50	50	40		865	
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																			
– nach § 6 Abs. 3 a)	29				2	1		0	6		4	2		0	1	0		45	
– nach § 6 Abs. 3 b)	6				4	0		0	1		0	2		0	0	0		13	
– nach § 6 Abs. 3 c)	2				3	0		0	1		0	1		0	0	0		7	
– nach § 6 Abs. 3 d)	24				6	0		0	14		0	0		0	0	0		44	
– nach § 6 Abs. 3 e)	1				0	0		0	12		0	0		0	0	0		13	

➤ 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
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen ab 01.10.2019 erbracht)																		
geprüfte Dokumentationen		380		10			100			9)			100				80	670
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– nach § 6 Abs. 3 a)		38		3			4						0				3	48
– nach § 6 Abs. 3 b)		0		0			0						0				0	0
– nach § 6 Abs. 3 c)		0		0			0						0				0	0
– nach § 6 Abs. 3 d)		5		1			0						5				0	11
– nach § 6 Abs. 3 e)		0		0			0						2				0	2
– nach § 6 Abs. 3 f)		0		0			0						0				0	0
– nach § 6 Abs. 3 g)		1		0			2						0				0	3
– nach § 6 Abs. 3 h)		6		0			3						0				0	9
– nach § 6 Abs. 3 i)		0		0			0						0				0	0
– nach § 6 Abs. 3 j)		0		0			0						0				0	0
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (erneute Überprüfung)																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte gemäß § 6 Abs. 6	2	2	6)	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	2	0	0	10
– davon Anforderungen erfüllt	2	1							0		3				2			8
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0	1							1		0				0			2
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen bis 30.09.2019 erbracht)																		
geprüfte Dokumentationen	20	4)					4)		10		30				20			80
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– nach § 6 Abs. 3 a)	1								9		0				1			11
– nach § 6 Abs. 3 b)	1								0		0				0			1
– nach § 6 Abs. 3 c)	0								0		0				0			0
– nach § 6 Abs. 3 d)	0								0		2				0			2
– nach § 6 Abs. 3 e)	0								9		0				0			9
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen ab 01.10.2019 erbracht)																		
geprüfte Dokumentationen		20																20
darunter Dokumentationen, in denen die folgende Anforderung nicht erfüllt ist:																		
– nach § 6 Abs. 3 a)		0																0
– nach § 6 Abs. 3 b)		0																0
– nach § 6 Abs. 3 c)		0																0
– nach § 6 Abs. 3 d)		0																0
– nach § 6 Abs. 3 e)		0																0
– nach § 6 Abs. 3 f)		0																0
– nach § 6 Abs. 3 g)		0																0
– nach § 6 Abs. 3 h)		1																1
– nach § 6 Abs. 3 i)		0																0
– nach § 6 Abs. 3 j)		0																0
Kolloquien § 6 Abs. 5 und 6																		
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden									1									1
– davon nicht bestanden									0									0
Kolloquien gemäß § 6 Abs. 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0	0	0	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) Unabhängig vom Zeitpunkt der Leistungserbringung wurde die Tabelle „ab 01.10.2019“ eingesetzt. 5) Davon 10 Neugenehmigungen. 6) Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. 7) Eine weitere Dokumentationsprüfung wurde aufgrund technischer Probleme (defekte Festplatte) nicht durchgeführt. 8) Davon 23 Erstanträge. 9) Verzicht auf dokumentationsbezogene Angaben wegen unterjähriger Änderung der Kriterien. 10) Alle 18 Erstgenehmigungen. 11) Davon 36 Genehmigungen aufgrund von Neuansträgen.

INVASIVE KARDIOLOGIE

✓ 681 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

II 617 PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG

Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1999,
zuletzt geändert zum: 01.01.2019

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

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
6)																		
DIAGNOSTISCHE KATHETERISIERUNGEN																		
✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 2																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	14	3	2	0	0	4	4	2	12	15	3	0	3	4	6	1	15	88
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	12	2	2	0	0	4	4	2	10	15	2	0	4	4	4	1	13	79
beschiedene Anträge ²⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	4
neu									2				2					4
– davon Genehmigungen									2				2					4
– 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
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0			0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	2	0	0			1	0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	4
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische Katheterisierungen	2					1									1			4
– aus sonstigen Gründen	0					0									0			0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0			k.A.	k.A.	0	2	1	1		1	0	0	0	2	7
II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG																		
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische Katheterisierungen)																		
< 150	2	0	0	0	0	6)	0	0	6	0	1	0	1	4	1	0	2	17
≥ 150	10	2	2	0	0	6)	4	2	4	15	1	0	2	0	3	1	12	58

➤ Fortsetzung nächste Seite

► INVASIVE KARDIOLOGIE

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

DIAGNOSTISCHE UND THERAPEUTISCHE KATHETERISIERUNGEN

✓ GENEHMIGUNGEN § 7 Abs. 1

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	79	99	24	12	24	29	92	3	56	71	22	1	21	5	7	1	41	587
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	81	104	23	16	24	27	95	3	57	62	26	1	21	5	7	1	49	602
beschiedene Anträge ²⁾	5	22	1	10	1	0	23	0	7	5	3	0	1	0	0	0	18	96
neu	5	22	1	5	1		7		7	5	3		1				18	75
– davon Genehmigungen	5	18	1	5	1		7		7	5	3		1				18	71
– davon Ablehnungen	0	4	0	0	0		0		0	0	0		0				0	4
erneut gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 3	0	0	0	5	0		16		0	0	0		0				0	21
– davon Genehmigungen				5			16											21
– davon Ablehnungen				0			0											0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	4	11
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen und < 50 therapeutische Katheterisierungen	1					1				3							4	9
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen	0					0				0							0	0
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich wegen < 50 therapeutische Katheterisierungen	0					0				2							0	2
– aus sonstigen Gründen	0					0				0							0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	2	1	1	1	1	1	k.A.	0	6	2	1	0	1	0	0	0	1	18

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

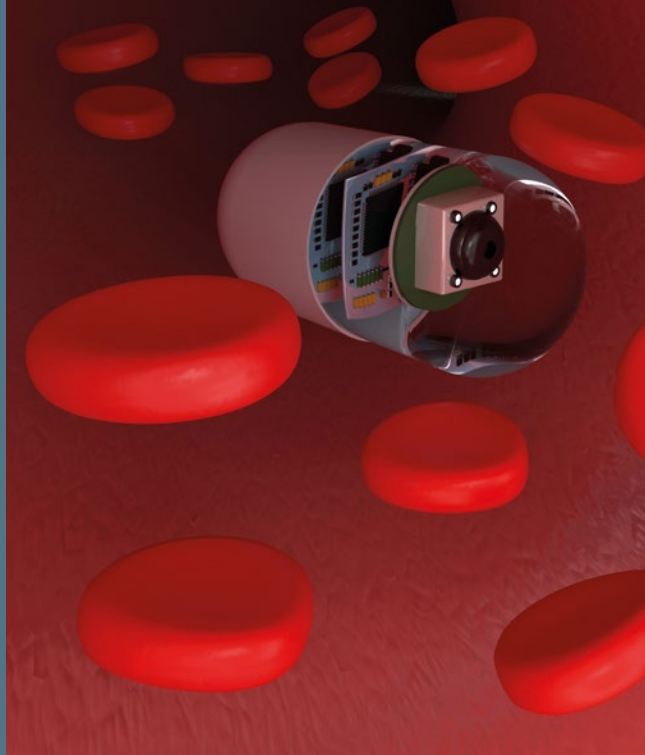
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 150 diagnostische oder therapeutische Katheterisierungen)																		
< 150	5	10	3	9	1	⁶⁾	4	0	19	1	4	0	2	⁶⁾	1	0	6	65
≥ 150	76	90	20	4	23	⁶⁾	78	3	36	68	20	1	18	⁶⁾	6	1	33	477
Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 50 therapeutische Katheterisierungen)																		
< 50	8	10	3	11	1	⁶⁾	4	0	7	1	4	0	3	⁶⁾	1	0	7	60
≥ 50	73	90	18	1	23	⁶⁾	78	3	48	68	20	1	17	⁶⁾	6	1	32	479

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⁾ Überprüfung Frequenz: 4 Ärzte hatten nicht ganzjährig die Genehmigung, bei 5 Ärzten ist die Anerkennung noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Die Genehmigung erfolgte für einen zusätzlichen Standort. ⁶⁾ Überprüfung Frequenzregelung bzw. der außerhalb des vertragsärztlichen Bereichs erbrachten Leistungen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. ⁷⁾ Die 7 Anträge enthalten 2 Neuanträge. ⁸⁾ Davon 2 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 13 Neugenehmigungen.

> KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

✓	567	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (APPLIZIERENDE)
✓	544	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG (AUSWERTENDE)
■	85	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE UND ÄRZTINNEN / APPLIZIERENDE)
🔍	85	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) *

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



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

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen

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

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

RÜCKMELDESISTEME / 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 die Partner des Bundesmantelvertrags

► KAPSELENDOSKOPIE – DÜNNDARM

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)		7), 8)		9)					
✓ GENEHMIGUNGEN APPLIZIERER																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	80	103	24	9	4	7	36	8	64	70	26	7	21	11	24	13	58	565
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	80	110	20	9	5	6	37	8	60	69	25	7	21	12	24	14	60	567
abrechnende Ärzte	60	61	18	7	4	5	25	6	43	69	15	7	13	12	24	13	46	428
beschiedene Anträge ²⁾	2	20	1	0	1	0	8	1	4	5	4	0	2	1	2	1	3	55
– davon Genehmigungen	2	18	1		1		8	1	4	5	4		2	1	1	1	3	52
– davon Ablehnungen	0	2	0		0		0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	3
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	5	0	0	1	k.A.	1	4	5	5	0	2	0	1	0	1	25
✓ GENEHMIGUNGEN AUSWERTER																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	77	90	24	9	4	7	35	8	64	70	24	7	21	11	24	13	58	546
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	77	93	20	9	5	6	36	8	60	69	23	7	21	12	24	14	60	544
abrechnende Ärzte	59	61	18	7	4	5	24	5	41	69	14	7	13	12	24	13	38	414
beschiedene Anträge ²⁾	2	20	1	0	1	0	8	1	4	5	4	0	2	1	2	1	3	55
– davon Genehmigungen	2	18	1		1		8	1	4	5	4		2	1	1	1	3	52
– davon Ablehnungen	0	2	0		0		0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	3
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	5	0	0	1	k.A.	1	4	5	5	0	2	0	1	0	1	25
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (fakultativ)																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte) gemäß § 7 Abs. 6 (auf Verlangen der KV)																		
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	0	0	0	0	0	13	0	71
– davon Anforderungen erfüllt										47						13		60
– davon Anforderungen nicht erfüllt										11						0		11
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	k.A.	0	0	1	0	0	13	¹⁰⁾	14
– davon Anforderungen erfüllt													0			13		13
– davon Anforderungen nicht erfüllt													1			0		1
📄 JAHRESSTATISTIK gemäß § 8																		
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	14	79	9	2	4	0	12	1	11	50	8	6	14	8	16	4	11	249

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 Neugenehmigung. ⁵⁾ Davon 4 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 3 Erstgenehmigungen. ⁷⁾ Davon 2 Erstgenehmigungen. ⁸⁾ Jahresstatistiken werden auch betriebsstättenbezogen vorgelegt. ⁹⁾ Alle 3 Erstgenehmigungen. ¹⁰⁾ Dokumentationsprüfungen nach erfolgreichen Prüfungen eingestellt, seit August 2018.

> KOLOSKOPIE

✓	2.564	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
	2.162	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG
	1.317	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
	26.340	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) *
	3.947	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 hierzu geändert zum: 28.08.2020



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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: unangemeldete Hygiene-
prüfung 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 Ärzte und Ärztinnen
zu 20 totalen Koloskopien und zu fünf Polypektomien;
bei Fachärzten und Fachärztinnen der Kinderheilkunde
und Kinderchirurgie 20 totale Koloskopien sofern erbracht;
bei Beanstandungen engere Prüfintervalle

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

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

➤ KOLOSKOPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE		
	6)				10)				11)								14)			
✓ GENEHMIGUNGEN																				
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2018	12	10	0	0	1	5	0	1	17	0	3	2	0	3	8	2	13	77		
Ärzte mit Genehmigung ausschließlich zur kurativen Koloskopie, Stand 31.12.2019	12	9	0	0	1	3	0	1	19	0	4	2	0	2	9	1	10	73		
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2018	358	457	91	75	25	68	213	46	267	244	126	32	90	57	81	54	203	2.487		
Ärzte mit Genehmigung zur kurativen und präventiven Koloskopie, Stand 31.12.2019	349	463	95	75	24	64	216	45	262	253	122	27	86	55	85	55	215	2.491		
beschiedene Anträge (ausschließlich zur kurativen Koloskopie) ²⁾	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	5		
neu						2					2				1			5		
– davon Genehmigungen						2					2				1			5		
– davon Ablehnungen						0					0				0			0		
erneut gemäß § 6 Abs. 5						0					0				0			0		
beschiedene Anträge (kurative und präventive Koloskopie) ²⁾	11	96	9	0	1	9	34	2	20	15	7	0	5	3	8	3	34	257		
neu	11	96	9		1	9	34	2	19	15	7		4	3	8	3	34	255		
– davon Genehmigungen	11	91	9		1	9	34	2	18	15	6		4	3	8	3	34	248		
– davon Ablehnungen	0	5	0		0	0	0	0	1	0	1		0	0	0	0	0	7		
erneut gemäß § 6 Abs. 5	0	0	0		0	0	0	0	1	0	0		1	0	0	0	0	2		
– davon Genehmigungen									0				1					1		
– davon Ablehnungen									1				0					1		
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
– davon bestanden	1																	1		
– davon nicht bestanden	0																	0		
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 6 und § 7	1	2	0	0	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	9		
– wegen Überprüfung Hygienequalität gemäß § 7	0	0				0			0			0				1		1		
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e ausschließlich bei totalen Koloskopien	1	0				0			0			0				0		1		
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 200 totale Koloskopien	0	0				0			0			0				0		0		
– wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 4b-c ausschließlich bei Polypektomien	0	0				0			0			0				0		0		
– wegen Nichterreichen Mindestzahl ausschließlich < 10 Polypektomien	0	0				0			0			0				0		0		
– sowohl wegen Mängeln gemäß § 6 Abs. 3c-e bei totalen Koloskopien als auch wegen Mängel gemäß § 6 Abs. 4 b-c bei Polypektomien	0	2				3			0			1				0		6		
– wegen Nichterreichen Mindestzahl < 200 totale Koloskopien und < 10 Polypektomien	0	0				3			1			0				0		4		
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	23	0	4	0	0	11	k.A.	2	18	19	20	1	9	4	4	3	7	125		

➤ 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), 5)			8), 9)						12)							

TOTALE KOLOSKOPIE

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 200 totale Koloskopien)																		
< 200	0	4	0	19	1	0	15	0	16	0	2	0	1	13)	0	0	2	60
≥ 200	172	470	20	36	24	62	201	45	239	253	126	34	78	13)	84	56	202	2.102

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3a-e	171	398	7)	0	22	29	104	23	126	104	79	17	50	0	46	8	70	1.247
– davon bestanden	168	352			20	26	98	22	126	104	73	16	50		45	8	66	1.174
– davon nicht bestanden	3	22			2	3	7	1	0	0	6	1	0		1	0	4	50
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 3f	5	11	7)	0	0	2	7	0	3	0	2	0	0	0	2	0	3	35
– davon bestanden	5	10				2	5		3		1				2		3	31
– davon nicht bestanden	0	1				0	2		0		1				0		0	4
Überprüfungen gemäß § 6 Abs. 3g	1	2	7)	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	7
– davon bestanden	0	2					2					0					1	5
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach c-e	1	0					0					1					0	2
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	0					0					0					0	0

POLYPEKTOMIEN

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 10 Polypektomien)																		
< 10	1	8	0	5	0	0	1	0	11	0	2	0	0	13)	0	0	1	29
≥ 10	170	466	20	45	24	62	215	45	244	253	126	34	79	13)	84	53	203	2.123

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4a-c	169	389	7)	0	22	28	104	21	125	104	79	17	50	0	46	8	1	1.163
– davon bestanden	164	355			22	28	90	19	120	104	79	15	49		40	6	1	1.092
– davon nicht bestanden	5	6			0	0	14	2	5	0	0	2	1		6	2	0	43
Prüfungen gemäß § 6 Abs. 4d	2	1	7)	0	0	1	18	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	28
– davon bestanden	2	1				1	18	1	1			0	1			0		25
– davon nicht bestanden wegen Mängeln nach b-c	0	0				0	0	0	0			1	0			2		3
– davon nicht bestanden wegen Nichterreichen Mindestzahl	0	0				0	0	0	0			0	0			0		0

PRÜFUNGEN ZUR HYGIENEQUALITÄT

überprüfte Einrichtungen	272	415	58	69	12	50	124	42	180	170	89	25	73	50	65	51	155	1.900
obligate Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3, halbjährlich	544	830	116	138	23	97	248	82	360	340	173	49	146	100	138	102	310	3.796
obligate halbjährliche Prüfungen, in %	100,0	100,0	100,0	100,0	95,8	97,0	100,0	97,6	100,0	100,0	97,2	98,0	100,0	100,0	106,2	100,0	100,0	99,9
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8a, innerhalb drei Monaten	8	24	6	5	1	3	5	3	17	24	17	1	5	6	3	1	9	138
Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	1,5	2,9	5,2	3,6	4,3	3,1	2,0	3,7	4,7	7,1	9,8	2,0	3,4	6,0	1,0	1,0	2,9	3,6
erneute Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 8c Nr. 1, innerhalb sechs Wochen	0	1	1	0	0	0	0	0	3	5	0	0	0	0	0	1	2	13
wiederholte Beanstandungen, in % der halbjährlichen obligaten Prüfungen	0,0	0,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,6	0,3

1) Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. 2) Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. 3) Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. 4) Frequenzregelung: Enthalten ist jeweils ein Facharzt für Kinder und Jugendmedizin. 5) Dokumentationsprüfungen sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht vollständig abgeschlossen. 6) Davon 8 Neugenehmigungen. 7) Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. 8) Hygienepflicht: Eine Einrichtung wurde im 2. Halbjahr 2019 erstmalig geprüft. 9) Prüfungen nach § 6 Abs. 3f) noch nicht abgeschlossen. 10) Davon 11 Erstanträge. 11) Davon 8 Erstanträge. 12) Hygienepflicht: Einzelne Praxen haben in 2019 geschlossen, in einer Praxis mit Beanstandung wurden die Leistungen eingestellt. 13) Überprüfung der Frequenzerfüllung zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht abgeschlossen. 14) Davon 19 Neugenehmigungen.

> SPEZIAL-LABOR

✓ 10.936 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

1.514 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2018



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

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: regelmäßige Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: jährliche Überprüfung der internen und externen Qualitätssicherung im Umfang 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
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	1.514	2.129	758	166	118	334	591	167	979	1.732	567	204	502	169	279	133	1.391	11.733
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	1.312	1.988	741	179	123	343	565	154	970	1.638	534	196	495	154	279	140	1.125	10.936
abrechnende Ärzte	1.037	1.404	505	134	105	273	482	105	943	1.067	382	130	k. A.	128	210	120	937	7.962
beschiedene Anträge ²⁾	68	192	133	50	30	37	33	4	149	41	45	28	40	6	20	18	429	1.323
– davon Genehmigungen	65	175	127	49	24	36	31	4	146	39	42	27	36	6	20	18	427	1.272
– darunter erstmals erteilte Genehmigungen	4)	107	60	13	20	32	22	4	45	15	15	10	36	6	7	18	4)	410
– davon Ablehnungen	3	17	6	1	6	1	2	0	3	2	3	1	4	0	0	0	2	51
Kolloquien (Antragsverfahren) nach § 3 Abs. 2	16	33	28	2	8	10	8	2	16	2	3	4	4	4	7	0	26	173
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	102	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	122
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	5	8	77	0	0	6	k. A.	17	58	73	90	18	42	21	12	11	26	464

> Fortsetzung nächste Seite

› SPEZIAL-LABOR

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	5)									6)								
ÜBERPRÜFUNG DER INTERNEN UND EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG nach § 5																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
überprüfte Ärzte nach § 5 Abs. 1	27	29	74	0	4	34	10	4	27	41	0	5	4	1	0	2	9	271
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	13	20	50		4	21	1	2	23	23		7)	4	1		0	9	171
– davon mit Beanstandungen	0	9	2		0	0	0	0	2	8		7)	0	0		2	0	23
– davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	14	0	22		0	13	9	2	2	10		1	0	0		0	0	73
überprüfte Ärzte nach § 5 Abs. 3	127	293	92	18	23	33	81	22	130	69	64	20	77	25	17	11	141	1.243
– davon ohne Beanstandungen (ausgenommen Erfüllung nach § 5 Abs. 5)	83	96	34	18	23	11	15	4	40	37	26	6	28	5	1	4	49	480
– davon mit Beanstandungen	11	97	10	0	0	0	29	6	9	17	15	1	15	11	0	7	73	301
– davon Erfüllung nach § 5 Abs. 5	33	16	48	0	6	22	37	12	81	6	23	13	34	9	16	0	19	375

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⁾ Differenzierte maschinelle Datenerhebung nach Erstanträgen und Anträgen zu Geräte- / Statuswechsel nicht möglich. ⁵⁾ 84 Überprüfungen sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. ⁶⁾ 5 Überprüfungen sind zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen, 4 Ärzte haben Ihre Genehmigung beendet. ⁷⁾ 4 Überprüfungen nach § 5 Abs. 1 noch nicht abgeschlossen.

▶ LANGZEIT-EKG-UNTERSUCHUNGEN

✓ 31.645 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen-Untersuchungen,

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1992, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes

oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen

KOLLOQUIUM: bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)				7)					
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2018	2.115	3.106	957	450	153	352	977	295	2.100	3.293	997	486	728	404	611	469	2.546	20.039
Ärzte mit Genehmigung zur Aufzeichnung und Auswertung, Stand 31.12.2019	2.053	3.016	973	435	157	353	1.030	298	2.207	3.305	1.040	497	751	410	643	444	3.111	20.723
beschiedene Anträge ²⁾	223	1.594	132	40	21	48	324	28	314	353	63	32	79	27	91	60	517	3.946
– davon Genehmigungen	215	1.523	132	40	21	47	324	28	313	353	63	32	77	27	90	60	405	3.750
– davon Ablehnungen	8	71	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	112	196
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	7
– davon bestanden	1												5					6
– davon nicht bestanden	0												1					1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	7
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	48	20	0	49	k.A.	25	79	0	11	21	49	21	58	12	0	393

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 64 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 158 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 158 Erstanträge bzw. 22 Statuswechsel. ⁷⁾ Zusätzlich haben bundesweit zum Ende des Berichtsjahres 10.922 Ärzte eine Genehmigung nur zur Aufzeichnung (11.248 zum 31.12.2018).

➤ LASERBEHANDLUNG BEIM BENIGNEN PROSTATASYNDROM

✓ 19 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

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

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

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründeten Zweifeln an der fachlichen Befähigung

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

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

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

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

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

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

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 31.12.2018	7	2	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	12
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	9	4	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	19
abrechnende Ärzte	0	3					2		0		1				1			7
beschiedene Anträge ²⁾	1	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7
– davon Genehmigungen	1	3					2								1			7
– davon Ablehnungen	0	0					0								0			0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0					0		0		0				0			0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	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.

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE ALLGEMEIN:

✓ 4.057 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

› MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA:

✓ 410 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

III 361 PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert (rein redaktionelle Änderungen) zum: 01.01.2015

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 9: Magnetresonanztomographie der weiblichen Brust (MRM), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.2006, zuletzt geändert zum: 01.07.2020

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

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

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

FREQUENZREGELUNG: Magnetresonanztomographie der Mamma: jährlich 50 Fälle

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: erfolgen aufgrund der Ergebnisse der Kernspinuntersuchung 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: Stichprobenprüfung, Umfang nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (mindestens vier Prozent der Ärzte und Ärztinnen, jeweils zwölf Fälle); Aussetzung / Außerkraftsetzung der Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für die Kernspintomographie in 2019

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



► MAGNETRESONANZ- / KERNSPINTOMOGRAPHIE

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

ALLGEMEINE KERNSPINTOMOGRAPHIE

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	463	624	226	95	57	123	305	67	342	567	204	55	157	83	112	89	386	3.955
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	485	657	217	104	55	129	324	69	340	574	207	52	166	85	113	95	385	4.057
beschiedene Anträge ²⁾	92	818	167	14	3	27	123	5	48	278	26	3	16	5	13	10	494	2.142
– davon Genehmigungen	92	794	166	14	3	27	123	5	48	278	26	3	16	4	12	10	474	2.095
– davon Ablehnungen	0	24	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	20	47
Kolloquien (Antragsverfahren)	3	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	8
– davon bestanden	3						1			0				0				4
– davon nicht bestanden	0						2			1				1				4
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	40	54	5	0	2	k.A.	3	29	0	23	6	7	3	11	4	64	251

KERNSPINTOMOGRAPHIE DER MAMMA

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	76	67	10	7	6	11	25	2	37	57	9	8	23	10	12	7	37	404
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	73	70	10	7	5	10	25	4	35	56	11	8	23	11	13	8	41	410
beschiedene Anträge ²⁾	8	46	4	0	0	2	1	2	2	18	2	0	1	0	3	2	30	121
– davon Genehmigungen	7	45	4			2	1	2	2	17	2		1		1	1	30	115
– davon Ablehnungen	1	1	0			0	0	0	0	1	0		0		2	1	0	6
Kolloquien (Antragsverfahren)	5	0	3	0	0	0	1	0	1	3	1	0	0	0	1	1	4	20
– davon bestanden	5		3				1		1	3	1				1	1	4	20
– davon nicht bestanden	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	5	0	0	0	0	k.A.	0	4	1	0	0	1	1	0	0	0	12

II PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

jährliche Nachweise gemäß § 4a Abs. 2																		
– mindestens 50 Untersuchungen	65	62	⁶⁾	5	0	9	18	2	23	35	10	8	20	¹¹⁾	10	5	33	305
– weniger als 50 Untersuchungen	3	1	⁶⁾	2	5	1	7	0	13	18	0	0	2	¹¹⁾	1	2	1	56

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 45 Neugenehmigungen MRT bzw. keine beim MRM. ⁵⁾ Kolloquien im Rahmen der Amtshilfe für eine andere KV. ⁶⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen (einschl. Anerkennung Frequenz), die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁷⁾ Davon 10 Neuanträge bzw. bei MRM kein Neuantrag. ⁸⁾ Davon 26 Erstanträge. Frequenzregelung: 10 der 13 Ärzte mit weniger als 50 Untersuchungen haben den Nachweis durch privatärztliche Leistungen erbracht. ⁹⁾ Davon 39 bzw. 3 Neugenehmigungen. ¹⁰⁾ Von den 26 sind 19 Erstgenehmigungen. ¹¹⁾ Frequenzregelung: Nachweise zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Prüfung. ¹²⁾ Davon 63 bzw. 4 Neugenehmigungen.

MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

✓	3.281	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	620	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	7.483	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

PRAKTIKBEGEHUNG / 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

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an die 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
			6)	8)				9)									13)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	394	465	164	78	53	108	234	51	274	432	188	42	137	65	95	70	315	3.165
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	414	485	163	86	57	116	247	52	270	448	192	44	144	70	99	75	319	3.281
beschiedene Anträge ²⁾	74	610	141	13	3	20	92	2	68	228	25	3	14	6	13	8	445	1.765
neu	74	610	141	13	3	20	92	2	43	228	18	3	14	6	13	8	445	1.733
– davon Genehmigungen	74	596	139	13	3	18	92	2	43	226	18	3	14	6	9	8	435	1.699
– davon Ablehnungen	0	14	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	4	0	10	34
erneut gemäß § 7 Abs. 10	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	7	0	0	0	0	0	0	32
– davon Genehmigungen									25		7							32
– davon Ablehnungen									0		0							0
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
– davon bestanden							1											1
– davon nicht bestanden							2											2
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungs- genehmigungen gemäß § 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	28	40	5	2	13	k. A.	1	26	0	21	1	7	1	5	3	96	249
DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 7																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
abrechnende Ärzte	384	465	k. A.	77	52	105	235	48	270	383	171	39	137	k. A.	91	67	304	2.828
geprüfte Ärzte gemäß § 7 Abs. 2	86	95	0	15	10	23	35	11	54	79	42	18	29	0	20	14	66	597
– davon bestanden	70	85		15	10	23	22	11	51	79	40	18	26		18	10	58	536
– davon nicht bestanden	16	10		0	0	0	13	0	1	0	2	0	3		2	4	8	59
abrechnende Ärzte geprüft, in %	22,4	20,4	0,0	19,5	19,2	21,9	14,9	22,9	20,0	20,6	24,6	46,2	21,2	0,0	22,0	20,9	21,7	21,1
Begründung zum Prüfumfang, sonstige Kommentare		5)	7)						10)				11)	12)				

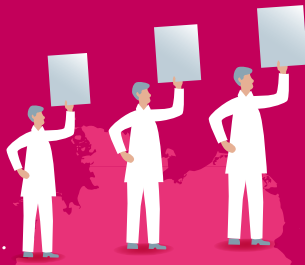
Fortsetzung nächste Seite

➤ MAGNETRESONANZ-ANGIOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)																	
Wiederholungsprüfungen nach drei Monaten gemäß § 7 Abs. 9	6	5		0	0	2	0	0	0	0	3	0	1		0	4	2	23
– davon bestanden	4	5				2					2		1			3	2	19
– davon nicht bestanden	2	0				0					1		0			1	0	4
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 9	2	2		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	0	5
– davon bestanden	1	2														1		4
– davon nicht bestanden	0	0														0		0
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 1, Hirngefäße)	524	764		94	120	190	266	91	507	507	253	164	262		138	154	536	4.570
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 1	471	683		94	120	188	266	91	507	507	235	164	262		134	154	505	4.381
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 2	471	764		94	120	188	266	91	507	507	235	164	262		135	154	494	4.452
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 3	471	764		94	120	188	266	91	507	507	235	164	262		135	154	536	4.494
davon Dokumentationen																		
– insgesamt nachvollziehbar gemäß § 7 Abs. 7	471	683		90	120	186	196	91	476	448	235	164	248		131	99	481	4.119
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar gemäß § 7 Abs. 7	4	52		4	0	2	23	0	16	57	9	0	15		3	33	21	239
– insgesamt nicht nachvollziehbar gemäß § 7 Abs. 7	49	29		0	0	2	47	0	15	2	9	0	11		4	22	34	224
insgesamt geprüfte Dokumentationen (Anlage 2 Nr. 2, 3, 4, 6, 7)	495	320		86	0	107	160	41	116	446	287	64	69		102	51	298	2.642
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 1	482	258		86		107	160	41	116	446	262	64	69		102	51	292	2.536
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 2	481	320		86		107	160	41	116	446	262	64	69		102	51	296	2.601
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 3	482	320		86		107	160	41	116	446	262	64	69		102	51	298	2.604
davon Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 7																		
– insgesamt nachvollziehbar	477	258		86		106	114	40	99	446	262	63	69		101	45	291	2.457
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar	4	37		0		1	33	1	15	0	25	1	0		1	6	7	131
– insgesamt nicht nachvollziehbar	14	25		0		0	13	0	2	0	0	0	0		0	0	0	54
Anzahl insgesamt geprüfter Dokumentationen (Venen)	16	36		21	4	4	8	2	0	33	11	49	50		3	4	30	271
darunter Dokumentationen, in denen die Anforderung erfüllt ist																		
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 1	16	17		21	4	4	8	2		33	11	49	50		3	4	30	252
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 2	16	36		21	4	4	8	2		33	11	49	50		3	4	29	270
– nach § 7 Abs. 6 Nr. 3	16	36		21	4	4	8	2		33	11	49	50		3	4	30	271
davon Dokumentationen																		
– insgesamt nachvollziehbar gemäß § 7 Abs. 7	16	17		21	4	4	7	2		33	11	49	47		3	3	29	246
– insgesamt eingeschränkt nachvollziehbar gemäß § 7 Abs. 7	0	15		0	0	0	1	0		0	0	0	3		0	1	0	20
– insgesamt nicht nachvollziehbar gemäß § 7 Abs. 7	0	4		0	0	0	0	0		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. 4) Wiederholungsprüfungen: 1 aus 2017, 5 aus 2018. 5) Stichprobengröße wird auf Basis der Genehmigungszahlen (Vorjahr) festgelegt. 6) Davon 39 Neugenehmigungen. 7) Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. 8) Prüfungen erfolgten gemäß QP-RL im 2. Halbjahr. 9) Davon 21 Erstanträge. 10) 2 Dokumentationsprüfungen noch nicht abgeschlossen. 11) 12 Dokumentationen werden doppelt berichtet (2 GOP abgerechnet). 12) Im gesamten Bereich Radiologie wurden 2019 keine Stichprobenprüfungen durchgeführt. 13) Davon 100 Neugenehmigungen.

ZAHLEN MAGNETRESONANZ- ANGIOGRAPHIE



2.987
2017

3.165
2018

3.281
2019

ÄRZTINNEN/ÄRZTE
MIT GENEHMIGUNG



271

VENEN

2.642

HALSGEFÄßE
THORAKALE AORTA
ABDOMINALE AORTA
BECKEN-/BEINARTERIEN
ARMARTERIEN

4.570

HIRNGEFÄßE



PRÜFUMFANG DOKUMENTATIONEN

21%

597

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
WURDEN
BUNDESWEIT
GEPRÜFT

7.483

DOKUMENTATIONEN

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN



BEFUNDUNG
BILDQUALITÄT
BEGRÜNDUNG



89,8 %
HABEN BESTANDEN



10,2 %
HABEN NICHT BESTANDEN

GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN



Facharztbezeichnung: „Radiologie“



150 MR-Angiographien (davon 75 MR-Angiographien der Hirn- und Halsgefäße)



Kernspintomographie-Tätigkeit: 24 Monate unter Anleitung



Geeignete apparative Ausstattung (z. B. spezielle Hochfrequenzspulen)



Notfallausrüstung (z. B. Frischluftbeatmungsgerät)

MAMMOGRAPHIE (KURATIV)

✓	2.320	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	947	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	9.470	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN) *
📋	872	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993,
(als Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie),
zuletzt geändert zum: 01.10.2020



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

EINGANGSPRÜFUNG: Beurteilung einer Fallsammlung (50 Fälle)

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG /

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

FORTBILDUNG / 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

RÜCKMELDESISTEME / 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
	5)																11)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	321	370	113	61	25	43	174	36	220	294	117	29	123	75	77	63	200	2.341
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	311	364	104	60	24	42	181	34	218	300	117	29	123	71	84	61	197	2.320
beschiedene Anträge ²⁾	8	182	40	4	0	16	35	1	21	78	16	0	7	1	13	0	132	554
neu	8	182	3	4		4	24	1	12	78	8		6	1	13		132	476
– davon Genehmigungen	8	170	3	4		4	19	1	12	75	8		6	1	11		131	453
– davon Ablehnungen	0	12	0	0		0	5	0	0	3	0		0	0	2		1	23
erneut	0	0	37	0		12	11	0	9	0	8		1	0	0		0	78
– davon Genehmigungen			37			12	11		9		8		1					78
– davon Ablehnungen			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
■ FALLSAMMLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT C (EINGANGSPRÜFUNGEN)																		
Erstprüfungen	23	15	6	0	1	3	23	3	16	17	2	0	11	0	4	2	10	136
– davon bestanden	22	10	4		1	3	17	0	11	13	2		6		3	2	7	101
– davon nicht bestanden	1	5	2		0	0	6	3	5	4	0		5		1	0	3	35
Wiederholungsprüfungen	0	3	0	0	0	1	3	1	4	4	2	0	3	0	1	0	1	23
– davon bestanden		3				1	3	1	3	4	2		2		1		1	21
– davon nicht bestanden		0				0	0	0	1	0	0		1		0		0	2

► 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
	6)				7)				8)		9)		10)		12)			

FALLSAMPLUNGSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT D (FORTBILDUNGSPRÜFUNGEN)

Ärzte insgesamt, die an einer Selbstüberprüfung teilgenommen haben	133	140	32	17	7	6	55	11	64	125	63	17	55	22	33	18	59	857
reguläre Prüfungen	132	138	31	17	7	6	55	11	61	121	62	16	55	22	33	17	58	842
– davon bestanden	130	133	28	17	7	6	55	11	58	116	59	16	52	20	32	17	51	808
– davon nicht bestanden	2	5	3	0	0	0	0	0	3	5	3	0	3	2	1	0	7	34
Wiederholungsprüfungen	1	2	1	0	0	0	0	0	3	4	1	1	0	0	0	1	1	15
– davon bestanden	1	2	1						1	1	1	0				1	1	9
– davon nicht bestanden	0	0	0						2	3	0	1				0	0	6
Kolloquien nach wiederholt nicht erfolgreicher Teilnahme gemäß § 11 Abs. 2e	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	1	1
– davon bestanden																	1	1
– davon nicht bestanden																	0	0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 11 Abs. 3c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN NACH ABSCHNITT E

Ärzte, die der regulären Prüfung unterzogen wurden	107	158	4)	30	18	23	39	19	93	133	44	0	75	26	38	24	79	906
– davon erfüllt	97	132		29	18	23	31	19	87	125	41		74	22	37	24	79	838
– davon nicht erfüllt, da mindestens 13 Beurteilungen nach Stufe II oder 12 Beurteilungen nach Stufe II und eine Beurteilung nach Stufe III: eingeschränkt – geringe Mängel gemäß § 12 Abs. 7a	4	9		1	0	0	6	0	6	1	1		0	4	1	0	0	33
– davon nicht erfüllt, da mindestens 2 Beurteilungen nach Stufe III: unzureichend – schwerwiegende Mängel gemäß § 12 Abs. 7b	6	17		0	0	0	2	0	0	7	2		1	0	0	0	0	35
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7a innerhalb sechs Monaten	8	2	4)	0	0	0	1	0	3	1	2	0	0	1	0	1	0	19
– davon erfüllt	8	1					1		3	1	2			1		0		17
– davon nicht erfüllt	0	1					0		0	0	0			0		1		2
Wiederholungsprüfungen gemäß § 12 Abs. 7b innerhalb drei Monaten	3	12	4)	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	0	0	0	1	22
– davon erfüllt	3	11						1	2				2				1	20
– davon nicht erfüllt	0	1						0	0				1				0	2
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 12 Abs. 7	0	0		0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3

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

Ärzte, die ihrer Verpflichtung nicht nachgekommen sind																		
– nach § 3 Abs. 2a	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
– nach § 3 Abs. 2b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– nach § 3 Abs. 2c	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	4	12	5	1	0	k.A.	3	12	2	16	0	6	5	4	2	10	82

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⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁵⁾ 4 Neugenehmigungen auf Grundlage bereits erfolgreich abgelegter Prüfungen nach Abschnitt C. ⁶⁾ 2 Widerrufe, da keine Leistungen erbracht wurden. ⁷⁾ Die Prüfungen nach Abschnitt D enthalten 2 erfolgreiche freiwillige Prüfungen. ⁸⁾ Die Rückgaben / Beendigungen enthalten 4 Statuswechsel. ⁹⁾ Die Prüfungen nach Abschnitt D enthalten 15 freiwillige Prüfungen, davon 1 nicht bestanden. ¹⁰⁾ Die Prüfungen nach Abschnitt D enthalten 1 erfolgreiche freiwillige Prüfung. ¹¹⁾ Davon 7 Neugenehmigungen. ¹²⁾ Zusätzlich geprüfte Ärzte aus Brustkrebszentren: BY: 8; BE: 4; HE: 3; SN: 1.

➤ MAMMOGRAPHIE-SCREENING

✓ 1.196 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening, Rechtsgrundlage: Anlage 9.2 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2021 (Neufassung)

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



PROGRAMMVERANTWORTLICHE ÄRZTE/ÄRZTINNEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HISTOPATHOLOGISCHE BEURTEILUNG IM SCREENING

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

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

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

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

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

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

BEFUNDUNG VON SCREENING-MAMMOGRAPHIEN

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

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

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

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

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

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

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

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

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

BIOPSIEN UNTER RÖNTGENKONTROLLE

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

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

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG / RINGVERSUCHE: sofern die Röntgenstanze mittels Vakuumbiopsie erfolgt: Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts

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

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: behandlungsfallbezogene Dokumentation

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

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

BERATUNG: im Rahmen der kollegialen Fachgespräche und interdisziplinären Konferenzen

› MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
																		1)
✓ GENEHMIGUNGEN, STAND 31.12.2019																		
Screeningeinheiten ²⁾	10	14	4	4	2	2	6	4	8	10	4	1	5	4	4	2	12	95
Programmverantwortliche Ärzte ³⁾	19	24	8	8	3	4	12	8	15	19	8	2	13	7	8	4	22	184
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	9	16	4	8	3	3	2	8	7	14	4	2	7	5	8	4	9	113
kooperierende Ärzte	201	156	32	26	21	14	72	25	175	144	62	13	59	31	32	38	148	1.249
Befunder von Mammographie-aufnahmen	78	100	21	18	10	8	39	13	72	69	25	10	40	18	24	20	80	645
histopathologische Beurteilung	25	25	9	8	4	6	17	5	33	24	12	3	11	11	8	5	18	224
Erbringung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle	18	16	5	0	3	0	16	5	19	14	8	2	8	2	1	4	22	143
– davon mit Genehmigung zur Erbringung von Vakuumbiopsien	17	16	5		1		15	1	16	14	8	2	6	2	1	4	22	130

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

METHICILLIN-RESISTENTER STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA

✓ 14.678 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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



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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Beteiligung an einem MRSA-Netzwerk; optional von der KV anerkannte MRSA-Fallkonferenzen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation

RÜCKMELDESISTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION: jährlich erstellter quartalsbezogener Evaluationsbericht der KBV auf Basis von patientenbezogenen pseudonymisierten Abrechnungsdaten, vorzulegen jeweils zum 31. August des Folgejahres, an das Bundesministerium für Gesundheit und definierte Ausschüsse

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				6)		7)								8)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	1.009	1.290	258	187	286	317	682	742	2.568	1.324	735	293	668	626	743	448	2.616	14.792
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	1.082	1.318	256	188	284	312	537	727	2.547	1.384	727	284	664	604	731	447	2.586	14.678
beschiedene Anträge ²⁾	113	92	45	6	4	17	19	24	115	38	57	4	28	7	20	19	119	727
– davon Genehmigungen	107	88	45	6	4	17	19	24	115	38	57	4	28	7	20	19	119	717
– davon Ablehnungen	6	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
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	39	5	0	27	k.A.	39	136	0	65	13	32	29	32	15	99	531

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Ärzte mit Genehmigung einschl. 187 Ärzte mit fachüblichen Leistungen. ⁵⁾ Von 256 sind 26 KfH-Ärzte; von 45 sind 37 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Alles Erstanträge. Reduzierung der Arztzahl durch Datenbereinigung begründet. Davon 70 Neugenehmigungen. ⁷⁾ Davon 62 Erstanträge und 40 Rückgaben wegen Statuswechsels. ⁸⁾ Davon 69 Neugenehmigungen.

MOLEKULARGENETIK

✓ 535 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 / RINGVERSUCHE: regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

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

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

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Auffälligkeiten in den Jahresstatistiken

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
			4)				5)		6)	7)	8)					9)	10)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	86	51	33	9	10	36	30	14	44	70	52	5	19	11	6	9	57	542
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	86	52	34	11	10	33	34	13	48	45	48	6	24	11	6	9	65	535
beschiedene Anträge ²⁾	3	15	3	2	0	0	4	0	18	3	6	1	4	0	0	1	12	72
– davon Genehmigungen	3	13	3	2			4		16	3	6	1	4			1	12	68
– davon Ablehnungen	0	2	0	0			0		2	0	0	0	0			0	0	4
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	2	0	0	2	k.A.	1	2	8	10	0	4	0	0	1	0	30
■ JAHRESSTATISTIK gemäß § 9 Abs. 4																		
elektronisch vorgelegte Jahresstatistiken	7	17	4	1	1	2	3	3	8	8	3	1	8	4	2	1	3	76
abrechnende Betriebsstätten	12	15	4	1	1	6	7	3	8	8	6	1	8	4	2	1	3	90
Aufforderungen zu schriftlichen Stellungnahmen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
– davon nachvollziehbar begründet													2					2
– davon nicht nachvollziehbar begründet													0					0
Ärzte mit anlassbezogener Stichprobenprüfung (Anlage 1, Nr. 10.2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Alles Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 4 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 8 Erstanträge. ⁷⁾ Abnahme der Anzahl Ärzte wegen Aktualisierung der Genehmigungsliste. ⁸⁾ Davon 1 Erstgenehmigung. ⁹⁾ In weiteren 4 Betriebsstätten haben im Berichtsjahr die Ärzte keine betreffende Leistung abgerechnet. ¹⁰⁾ Davon 8 Neugenehmigungen.

➤ NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE

✓ 225 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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



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

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

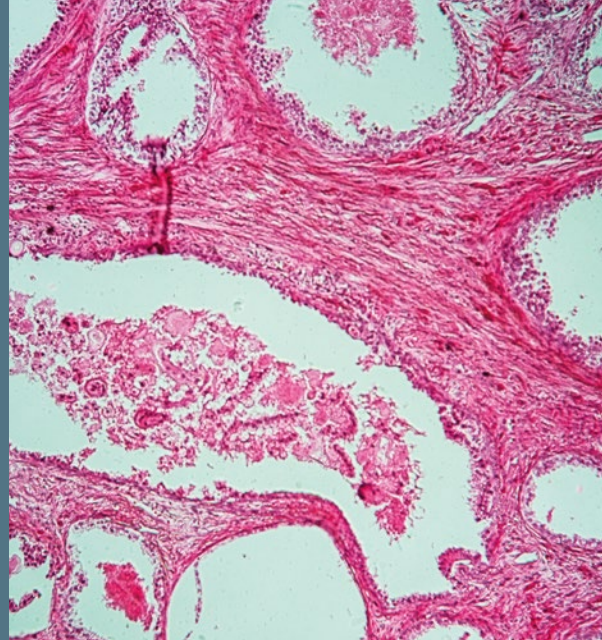
Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)					5)												
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, 31.12.2018	29	38	8	4	2	6	28	4	24	23	8	2	7	2	16	3	15	219
Ärzte mit Genehmigung, 31.12.2019	27	39	8	4	2	7	28	5	24	23	8	4	8	2	17	4	15	225
beschiedene Anträge ²⁾	0	3	1	0	0	1	3	1	1	0	0	2	1	0	1	1	0	15
– davon Genehmigungen		3	1			1	3	1	1			2	1		1	1		15
– davon Ablehnungen		0	0			0	0	0	0			0	0		0	0		0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	0	k. A.	0	1	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⁾ 1 Praxissitzverlegung. ⁵⁾ Enthält keine Neugenehmigung.

ONKOLOGIE

✓	3.945	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■ ■ ■	243	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	4.860	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) *
📅	3.211	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: 01.01.2021



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

KOLLOQUIUM: gegebenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung

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

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

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

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

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

ONKOLOGIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	5)								8)		9), 10)		11)		14)			
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	544	461	271	128	42	127	215	62	424	485	136	37	232	97	138	84	414	3.897
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	555	457	274	127	42	127	216	61	427	499	140	36	232	97	142	91	422	3.945
– darunter Ärzte in Neu- / Jungpraxen	k. A.	89	33	23	6	16	19	8	99	75	0	3	k. A.	13	0	0	23	407
– darunter Ärzte in Praxen, die aus Sicherstellungsgründen zugelassen wurden	k. A.	11	231	17	0	53	0	11	201	252	0	0	k. A.	0	0	0	420	1.196
beschiedene Anträge ²⁾	35	68	28	12	2	13	7	4	41	34	25	5	14	8	11	8	23	338
– davon Genehmigungen	35	64	27	12	2	13	7	4	40	33	23	5	13	8	10	8	23	327
– davon Ablehnungen	0	4	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	1	0	1	0	0	11
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5	0	0	3	10
– davon bestanden										2				5			3	10
– davon nicht bestanden										0				0			0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	2	0	0	0	0	0	0	8	4	0	2	0	1	1	0	18
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	25	10	13	4	13	k. A.	5	30	14	15	6	12	8	5	0	k. A.	160
📄 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN																		
geprüfte Ärzte gemäß § 10 Abs. 1	45	37	6)	9	4	12	18	5	34	38	16	4	12)	10	11	13)	0	243
– davon bestanden	30	4)		9	2	10	17	7)	19	30	16	4		3	11			151
– davon nicht bestanden	15	4)		0	2	2	1	7)	15	8	0	0		7	0			50
📖 PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE																		
Ärzte, welche die Nachweise nach § 7 1. - 3. erbracht haben	555	452	239	127	39	126	209	7)	420	312	134	33	12)	k. A.	145	13)	420	3.211

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⁾ Davon 15 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁷⁾ Angaben Dokumentationsprüfung und Fortbildung liegen noch nicht vor. ⁸⁾ Davon 24 Erstanträge mit 23 Erstgenehmigungen, 14 Rückgaben wegen Statuswechsels. ⁹⁾ Bzgl. Sicherstellungsgründen gilt zusätzlich eine nordrheinische Vereinbarung, seit 01.04.2014. ¹⁰⁾ Prüfung Fortbildungsnachweise noch nicht abgeschlossen. ¹¹⁾ Davon 10 Erstgenehmigungen. ¹²⁾ Es erfolgt keine Dokumentationsprüfung im Sinne der Onkologie-Vereinbarung. Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung auf Grundlage der regionalen Vereinbarung. ¹³⁾ Aufgrund regionaler Vereinbarungen liegt ein Teil der abgefragten Angaben nicht vor, eine Darstellung der aus Sicherstellungsgründen zugelassenen Praxen ist nicht möglich, und es erfolgt keine Dokumentationsprüfung i.S.d. Onkologie-Vereinbarung. Ab 01.01.2020 gilt eine gesonderte regionale Vereinbarung. ¹⁴⁾ Alle erteilten Genehmigungen wurden auf Basis der Ergänzungsvereinbarung aus Sicherstellungsgründen erteilt.

OTOAKUSTISCHE EMISSIONEN

✓ 4.019 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)				7)		8)			
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	450	634	241	89	52	138	292	72	384	531	178	53	170	94	132	88	378	3.976
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	450	634	246	92	52	139	290	72	392	535	183	53	177	93	134	91	386	4.019
beschiedene Anträge ²⁾	29	93	28	6	0	7	32	2	20	8	25	4	19	4	6	3	34	320
– davon Genehmigungen	29	91	28	6		7	32	2	20	8	25	4	19	4	6	3	34	318
– davon Ablehnungen	0	2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	19	3	0	6	k. A.	3	8	0	20	3	11	5	5	0	0	83

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 24 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 9 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 11 Erstgenehmigungen. ⁷⁾ Davon 3 Neugenehmigungen. ⁸⁾ Davon 8 Neugenehmigungen.

» **BESONDERS QUALIFIZIERTE UND KOORDINIERTES PALLIATIV-MEDIZINISCHE VERSORGUNG**

✓ 4.250 **ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG**

📋 3.608 **PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE**

Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung, EBM (GOP 37300, 37302, 37317, 37318). Rechtsgrundlage: Anlage 30 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2017

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE		
	4)								5)				6)				7)			
✓ GENEHMIGUNGEN																				
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	420	251	79	107	21	36	269	91	251	1.874	121	46	113	142	53	60	12	3.946		
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	461	345	87	122	26	40	305	94	279	1.874	148	48	127	157	62	62	13	4.250		
beschiedene Anträge ²⁾	58	113	17	24	5	7	57	10	51	19	39	2	16	15	9	6	2	450		
– davon Genehmigungen	50	93	17	24	5	7	46	10	47	19	38	2	15	15	9	6	2	405		
– davon Ablehnungen	8	20	0	0	0	0	11	0	4	0	1	0	1	0	0	0	0	45		
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	9	0	0	0	0	10	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	25		
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	9	5	9	0	2	k. A.	7	19	59	11	0	1	0	0	0	0	122		
📋 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG																				
Ärzte, welche die Nachweise zur speziellen Fortbildungsverpflichtung im Berichtsjahr erbracht haben	390	328	73	122	21	39	218	0	248	1.855	144	k. A.	108	k. A.	3	51	8	3.608		

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 13 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 19 Erstanträge bzw. 3 Statuswechsler. ⁶⁾ Davon 32 Erstgenehmigungen. ⁷⁾ Überprüfung der Fortbildungsnachweise wurde aus organisatorischen Gründen auf 2020 verschoben.

PHOTODYNAMISCHE THERAPIE AM AUGENHINTERGRUND

✓ 271 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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



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

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

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

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								5)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	28	45	15	7	3	7	12	7	32	26	8	8	21	5	16	4	44	288
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	26	39	15	7	3	8	10	0	32	26	8	8	22	6	14	3	44	271
beschiedene Anträge ²⁾	1	4	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9
neu	1	4				2		1					1					9
– davon Genehmigungen	1	4				2		1					1					9
– davon Ablehnungen	0	0				0		0					0					0
erneut gemäß § 6 Abs. 6	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	5	0	0	0	2	k.A.	1	0	0	0	0	0	0	2	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⁾ Genehmigung ist Verlängerung einer Ermächtigung. ⁵⁾ Vorjahresangabe fehlerhaft veröffentlicht, richtig war: 6 Ärzte mit Genehmigung.

PHOTOTHERAPEUTISCHE KERATEKTOMIE

✓ 153 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK),

Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.2007,

zuletzt geändert zum: 01.04.2020

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

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

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

RÜCKMELDESYSTEME / BENCHMARKBERICHTE / EVALUATION:

jährliche Auswertung der Genehmigungserteilungen und aller Überprüfungen an die Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)																	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	16	35	7	1	0	2	5	3	12	23	2	3	6	2	4	2	31	154
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	16	33	7	3	0	2	5	3	12	21	3	4	6	2	4	1	31	153
beschiedene Anträge ²⁾	0	8	1	2		0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	15
– davon Genehmigungen		5	1	2					1		1	1					1	12
– davon Ablehnungen		3	0	0					0		0	0					0	3
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
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	2	0	0		0	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3

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

> PET UND PET/CT

✓	224	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■	49	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	588	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) *
📅	49	PRÜFUNGEN FORTBILDUNGSNACHWEISE

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I Nr. 14: Positronenemissionstomographie, Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 16.05.2015, zuletzt geändert zum: 21.03.2020

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.07.2016, zuletzt geändert zum: 01.04.2020



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

KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung; bei definierten 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, erstmals für das Jahr 2017; 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 die Partner des Bundesmantelvertrags

► PET UND PET/CT

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4), 5)				8)				9), 10)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	12	23	16	5	7	6	9	4	16	19	3	3	8	17	1	7	49	189
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	12	25	16	7	8	6	11	4	16	21	3	5	11	17	1	11	50	224
abrechnende Ärzte	9	22	15	7	7	6	6	2	16	21	2	3	8	9	1	9	29	172
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 1 ²⁾	1	28	2	3	1	0	2	0	2	39	0	2	0	0	1	4	6	91
neu	1	28	2	3	1		2		2	39		2			1	4	6	91
– davon Genehmigungen	1	27	2	3	1		2		2	39		2			0	4	6	89
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	0		0		0	0		0			1	0	0	2
erneut (§ 7 Abs. 4)	0	0	0	0	0		0		0	0		0			0	0	0	0
beschiedene Anträge gemäß § 3 Abs. 2	0	0	15	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4	0	26
neu			15	3									4			4		26
– davon Genehmigungen			15	3									4			4		26
– davon Ablehnungen			0	0									0			0		0
erneut (§ 7 Abs. 4)			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	1	0	0	k. A.	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	6
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8																		
insgesamt geprüfte Ärzte gemäß § 8	0	0	6)	0	0	0	8	0	0	18	3	0	5	8	0	6	1	49
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 1 (24 Monate)	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
geprüfte Ärzte gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 2 (12 Monate)	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 6 Nr. 3	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
📅 FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG § 7																		
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung gemäß § 7 Abs. 2 (zweijährlich) vorgelegt haben	0	2	2	0	7)	3	0	1	15	8	3	0	7	11)	1	5	2	49
Ärzte, die die Unterlagen zur Fortbildungsverpflichtung in der Nachfrist von 24 Monaten vorgelegt haben	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0		0	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⁾ Davon 1 Neugenehmigung nach § 3 Abs. 2, Rest Erweiterung Indikationen usw. ⁵⁾ Insgesamt 16 Ärzte § 3 Abs. 1 und davon 14 Ärzte § 3 Abs. 2. ⁶⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁷⁾ Fortbildung 2018 vollständig überprüft, nächste Überprüfung erfolgt 2020. ⁸⁾ Prüfungen sind angelaufen, Ergebnisse liegen noch nicht vor. ⁹⁾ Davon 3 Neugenehmigungen. ¹⁰⁾ Bei den 3 Ärzten, die nicht bestanden haben, erfolgt ein Kolloquium. ¹¹⁾ Überprüfung der Fortbildungsnachweise dauert bei Ende der Datenerhebung noch an.

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: 01.07.2020

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: 24.01.2020



AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Therapeuten oder der Therapeutin

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

RÜCKMELDESISTEME / 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⁾	2.502	3.215	2.057	408	358	957	2.249	260	1.666	3.049	775	236	902	369	579	338	1.928	21.848
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	831	1.067	354	147	73	182	533	89	633	776	251	66	246	120	155	136	609	6.268
Ärztliche Psychotherapeuten	948	1.204	531	108	80	266	529	78	417	855	261	59	174	55	183	79	392	6.219
Kinder- und Jugendpsychiater	124	170	67	27	17	53	64	15	135	136	42	15	34	20	51	18	120	1.108
Psychiater (Nervenärzte / Neurologen / Psychiater)	775	882	381	164	75	184	381	114	548	736	245	85	324	163	220	154	524	5.955

¹⁾ Zahlen aus dem BAR, Stand: 31.12.2019. 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 Patienten einen

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

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

Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben eine Neubestellung aller Gutachterinnen und Gutachter zum 1. Januar 2018 vorgenommen, die zu einer starken Erhöhung der Anzahl von Gutachtern und Gutachterinnen geführt hat. Die nächste Bestellung ist für 2023 vorgesehen.

GUTACHTENSTATISTIK

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

**Mehr Infos zur Psychotherapie
und zum Gutachtenverfahren unter:**
➔ www.kbv.de/psychotherapie

➤ GUTACHTENVERFAHREN PSYCHOTHERAPIE

Berichtsjahr	Gutachter ¹⁾	(Zweit-)Gutachten	Nichtbefürwortung der Anträge in %	Teilbefürwortung der Anträge in %
TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE UND ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE				
2015	94 Gutachter – davon 20 für Kinder und Jugendliche	170.957 Gutachten – davon 28.809 für Kinder und Jugendliche	3,9	11,4
	– davon 15 für Zweitgutachten	1.805 Zweitgutachten	24,7	23,2
2016	95 Gutachter – davon 20 für Kinder und Jugendliche	171.373 Gutachten – davon 29.169 für Kinder und Jugendliche	3,4	10,5
	– davon 15 für Zweitgutachten	2.296 Zweitgutachten	19,3	18,6
2017	95 Gutachter – davon 20 für Kinder und Jugendliche	120.409 Gutachten – davon 18.983 für Kinder und Jugendliche	3,7	12,0
	– davon 15 für Zweitgutachten	1.642 Zweitgutachten	23,5	29,1
2018	439 Gutachter – davon 108 für Kinder und Jugendliche	90.467 Gutachten – davon 16.904 für Kinder und Jugendliche	2,5	8,6
	– davon 15 für Zweitgutachten	934 Zweitgutachten	19,4	24,5
2019	395 Gutachter – davon 101 für Kinder und Jugendliche	87.474 Gutachten – davon 16.542 für Kinder und Jugendliche	2,2	7,7
	– davon 25 für Zweitgutachten	711 Zweitgutachten	14,9	31,1
VERHALTENSTHERAPIE				
2015	88 Gutachter – davon 18 für Kinder und Jugendliche	202.050 Gutachten – davon 32.664 für Kinder und Jugendliche	3,4	8,2
	– davon 7 für Zweitgutachten	1.235 Zweitgutachten	15,7	41,8
2016	92 Gutachter – davon 18 für Kinder und Jugendliche	216.301 Gutachten – davon 35.157 für Kinder und Jugendliche	3,3	8,0
	– davon 7 für Zweitgutachten	1.554 Zweitgutachten	13,7	41,1
2017	92 Gutachter – davon 18 für Kinder und Jugendliche	149.798 Gutachten – davon 25.618 für Kinder und Jugendliche	3,3	9,8
	– davon 8 für Zweitgutachten	1.368 Zweitgutachten	9,8	30,3
2018	234 Gutachter – davon 66 für Kinder und Jugendliche	117.213 Gutachten – davon 17.816 für Kinder und Jugendliche	3,1	9,3
	– davon 7 für Zweitgutachten	1.145 Zweitgutachten	10,7	28,4
2019	216 Gutachter – davon 63 für Kinder und Jugendliche	118.777 Gutachten – davon 18.671 für Kinder und Jugendliche	3,0	9,7
	– davon 36 für Zweitgutachten	1.119 Zweitgutachten	18,7	26,8

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

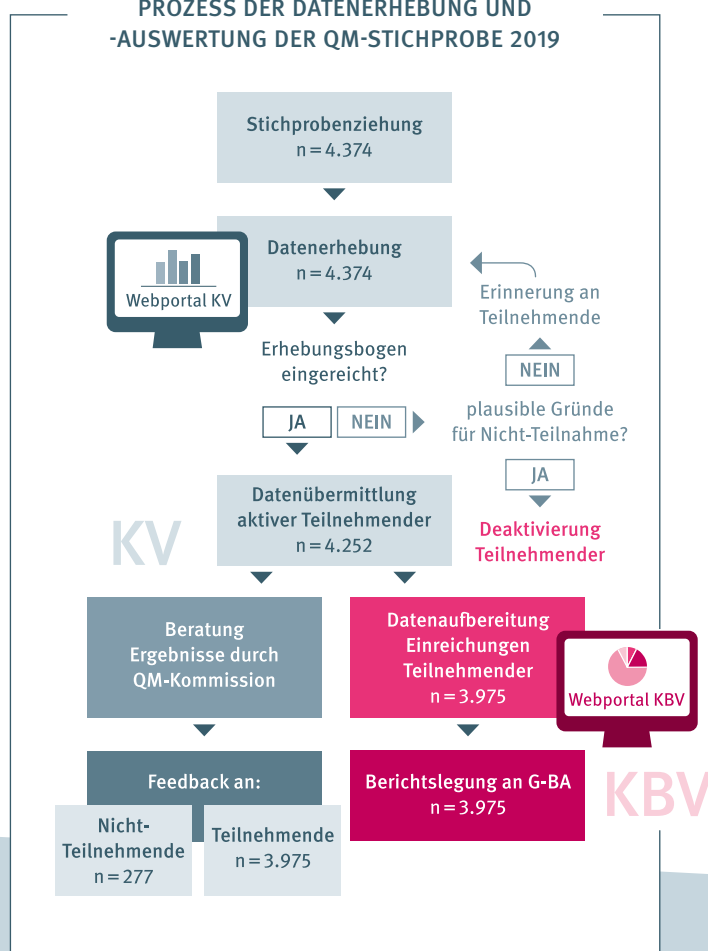
> QUALITÄTSMANAGEMENT UND PATIENTENSICHERHEIT

ERGEBNISSE DER STICHPROBENERHEBUNG ZUR UMSETZUNG VON QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORUNG

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die seit 2016 sektorenübergreifend gilt, fordert, dass alle zwei Jahre mindestens 2,5 Prozent der Vertragsärzte und Vertragsärztinnen sowie der und Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen zum Umsetzungsstand ihres einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM) zu befragen sind. Die Ergebnisse sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss durch die KBV zu berichten, welcher den ausführlichen Ergebnisbericht auf seiner Website veröffentlicht.

Die Erhebung wird durch die KVen mit einem von KVen und KBV gemeinsam entwickelten standardisierten Erhebungsinstrument durchgeführt, das auf der aktuell gültigen QM-Richtlinie basiert. Für das Jahr 2019 erfolgte die bundeseinheitliche Befragung erstmals in digitaler Form über ein eigens dafür entwickeltes Webportal im Sicheren Netz der KVen.

PROZESS DER DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG DER QM-STICHPROBE 2019



DAS QM-WEBPORTAL

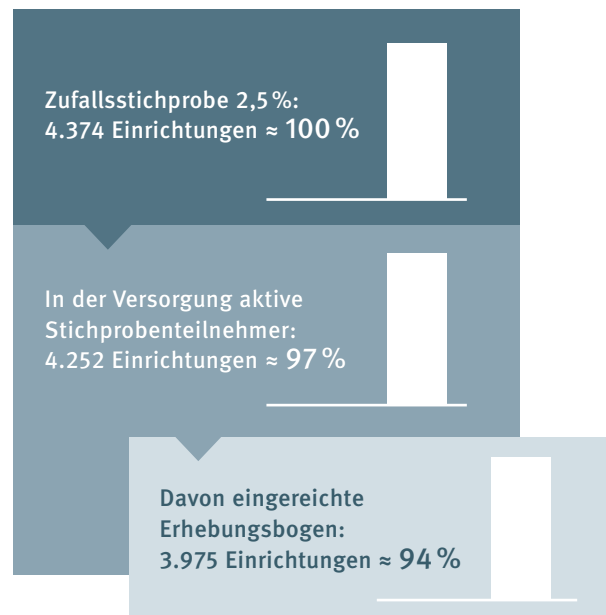
Das QM-Webportal berücksichtigt hohe Datenschutzanforderungen. Es wurde von 85 Prozent der Befragten genutzt. Alternativ zum direkten Eintrag in die Menümaske konnte der Fragebogen händisch (Papierversion) oder elektronisch (PDF) ausgefüllt werden. Die Digitalisierung der Datenerhebung hat zu relevanten Prozessverbesserungen geführt. Sowohl die befragten Praxen als auch die KVen können die Angaben direkt eintragen und auswerten. Die Beantwortung der Fragen im Portal unterliegt einer automatischen Plausibilitätsprüfung. Zusätzlich erhalten die Nutzer Hinweise mit Praxisbeispielen.

FAZIT DER ERHEBUNG

QM wird gelebt, sowohl von Haus- und Fachärzten und -ärztinnen als auch von Psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen. Die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses definierten Instrumente und Methoden des QM werden in den Praxen und Einrichtungen umgesetzt beziehungsweise – insbesondere bei jüngeren Praxen – ist die Umsetzung in Planung. Komplexe und patientensicherheitsrelevante Anforderungen, wie beispielsweise Arzneimitteltherapiesicherheit, Hygienemanagement oder Notfallmanagement, aber auch Patienten- und Patientinneninformation und -aufklärung werden erfüllt. Die Stichprobenergebnisse belegen, dass QM-Instrumente in den Einrichtungen bundesweit umfassend angewendet werden, trotz unterschiedlicher Voraussetzungen und struktureller Bedingungen in einzelnen Regionen.

Zu den Ergebnissen im Einzelnen:

› RAHMENDATEN DER QM-STICHPROBENERHEBUNG 2019



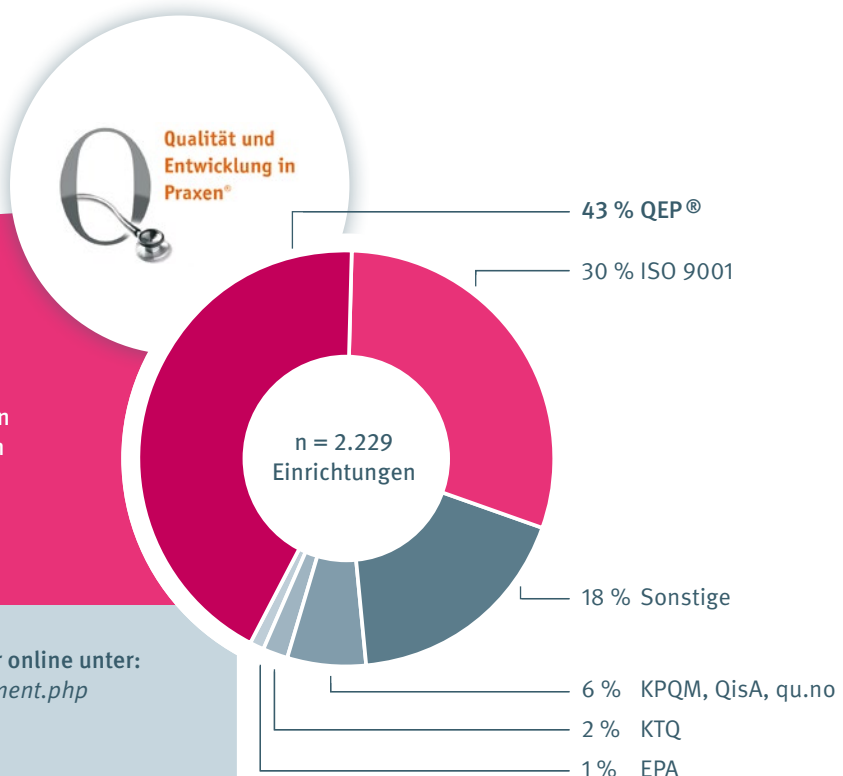
› EINSATZ SPEZIFISCHER QM-VERFAHREN

Die freiwillige Angabe zu dem genutzten QM-Verfahren hat gezeigt, dass das von der KBV entwickelte Verfahren in der ambulanten Versorgung eine hohe Akzeptanz findet.

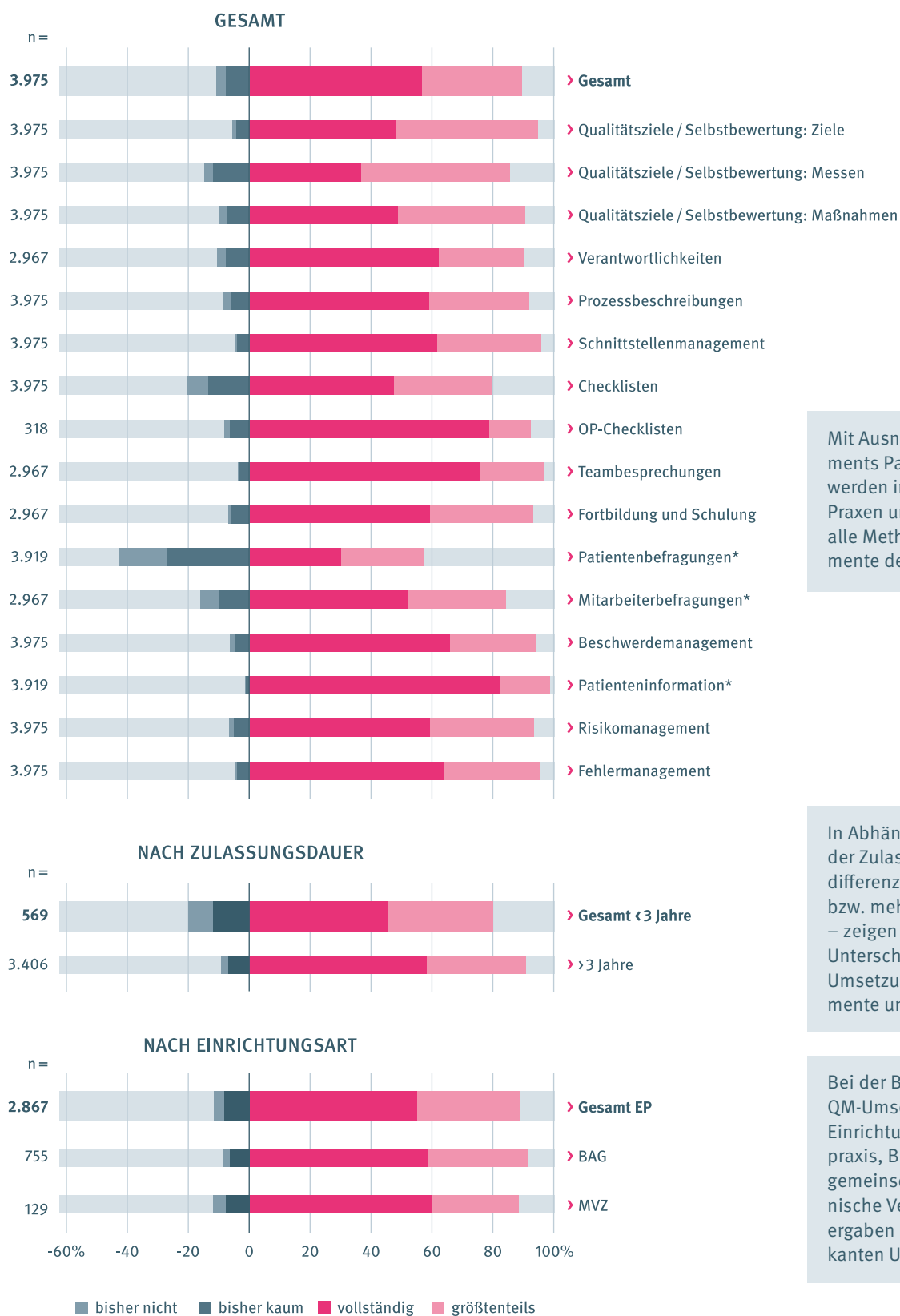
Mehr Infos auf den Seiten 18 bis 19 oder online unter:

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

➔ www.kbv.de/html/qep.php



› UMSETZUNGSSTAND DER METHODEN UND INSTRUMENTE



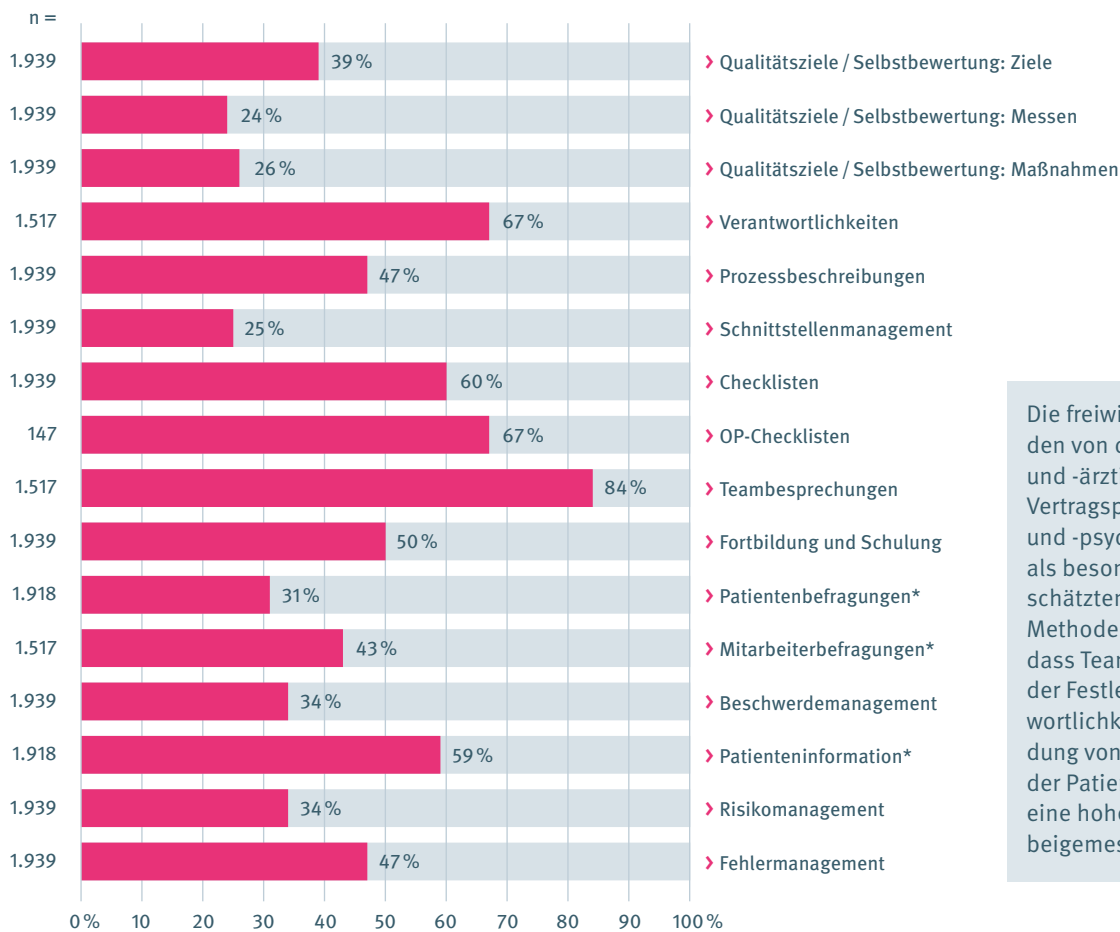
Mit Ausnahme des Instruments Patientenbefragung* werden in der Mehrzahl der Praxen und Einrichtungen alle Methoden und Instrumente des QM angewendet.

In Abhängigkeit von der Zulassungsdauer – differenziert nach weniger bzw. mehr als drei Jahren – zeigen sich geringfügige Unterschiede im Grad der Umsetzung der QM-Instrumente und -Methoden.

Bei der Betrachtung der QM-Umsetzung nach den Einrichtungsarten Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft und Medizinische Versorgungszentren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

* Es wurde in den Diagrammen und Erklärfeldern nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

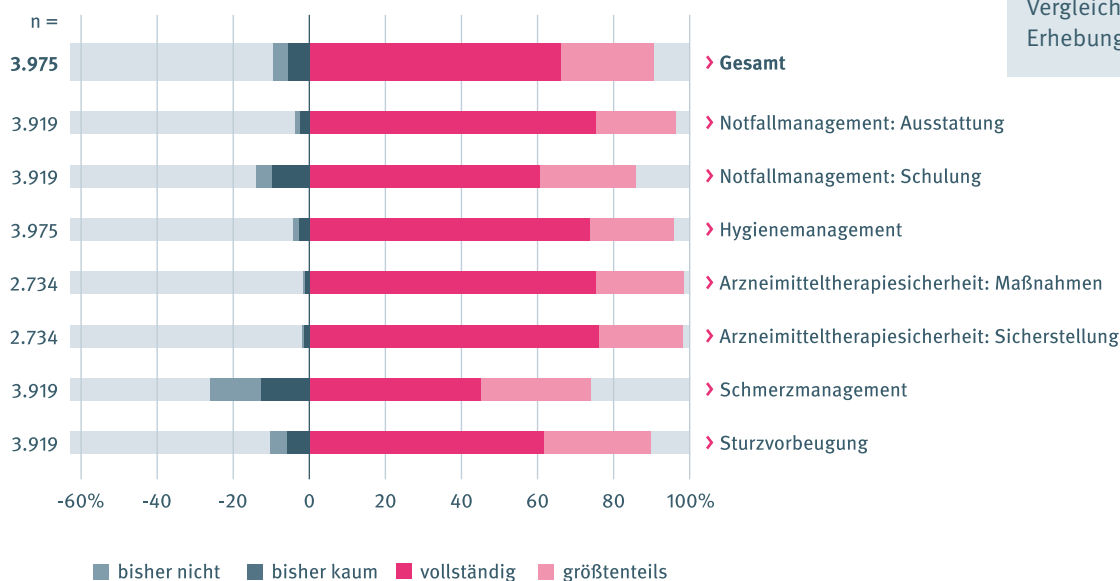
› BESONDERS HILFREICHE METHODEN UND INSTRUMENTE



Die freiwillige Angabe zu den von den Vertragsärzten und -ärztinnen sowie den Vertragspsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen als besonders hilfreich eingeschätzten Instrumenten und Methoden des QM ergab, dass Teambesprechungen, der Festlegung von Verantwortlichkeiten, der Verwendung von Checklisten und der Patienteninformation* eine hohe Bedeutung beigemessen wird.

Die QM-Richtlinie definiert zusätzlich spezielle Anwendungsbereiche für das Qualitätsmanagement. Hier weisen die Ergebnisse eine hohe Konsistenz im Vergleich zur vorherigen Erhebung auf.

› UMSETZUNGSSTAND IN DEN ANWENDUNGSBEREICHEN, GESAMT



* Es wurde in den Diagrammen und Erklärfeldern nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

MEIN PRAXISCHECK „DATENSCHUTZ UND INFORMATIONSSICHERHEIT“

Eine regelmäßige Selbstüberprüfung ist fester Bestandteil des Qualitätsmanagements. Unterstützung erhalten Praxen und Medizinische Versorgungszentren dabei mit dem Online-Tool Mein PraxisCheck der KBV. Das Tool gibt einen schnellen Überblick, wie gut eine Einrichtung im jeweiligen Themenbereich aufgestellt ist.

Mein PraxisCheck steht zu den Themen Qualitätsmanagement, Patientensicherheit, Hygiene, Impfen, Prävention Wundinfektionen sowie Datenschutz und Informationssicherheit zur Verfügung. Letzterer Check wurde unter Berücksichtigung der im Jahr 2018 in Kraft getretenen Datenschutzgrundverordnung 2019 aktualisiert, weiterentwickelt und neu veröffentlicht. Mit nur 14 Fragen können Nutzerinnen und Nutzer relevante Aspekte des Datenschutzes und der Informationssicherheit überprüfen, um ihre Patientendaten zu schützen.

Die Antwortmöglichkeiten folgen der Skala von

- „gut umgesetzt (1)“ über
- „zu optimieren (2)“ bis zu
- „risikoreich (3)“.

Verbesserungspotenzial wird unmittelbar identifiziert. Zusätzlich hält das Tool zahlreiche Tipps und Empfehlungen bereit, die helfen, die normativen Anforderungen in den Praxen zu erfüllen.

Die Fragen umfassen unter anderem die Bereiche:

Erhebung der Patientendaten und sicherer Umgang damit

elektronische Weiterleitung

Aufbewahrungsfristen

ordnungsgemäße Datenvernichtung

Schweigepflicht

Einweisung neuer Mitarbeitender

Festlegung der Zugangs- und Nutzungsrechte für IT-Systeme

Datensicherung und Schutzmaßnahmen vor Datenverlust

Risikomanagement und Umgang mit unerwünschten Ereignissen

Am Ende des Tests erhalten Nutzer eine Auswertung mit weitergehenden Informationen und einer Übersicht, wie die eigene Praxis im Vergleich zu den anderen Teilnehmenden abgeschnitten hat.

Jetzt testen:

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



Auf die Themenangebote der Reihe Mein PraxisCheck wurde seit der Veröffentlichung der Themen mehr als 200.000 Mal zugegriffen, davon allein im Jahr 2019 über 31.000 Mal.

ZUGRIFFSZAHLEN

THEMEN	2019	gesamt seit Onlinestellung
Hygienemanagement	9.322	74.992
Datenschutz und Informationssicherheit	6.689	66.752
Qualitätsmanagement	6.416	28.427
Impfmanagement	3.777	28.935
Prävention Wundinfektionen	3.359	11.549
Patientensicherheit	1.755	10.521

PATIENTENBEFRAGUNG MIT ZAP

Regelmäßige Patientenbefragungen sind ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements (QM). Sie ermöglichen es Praxen, Informationen zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie Anregungen für Verbesserungen zu erhalten.

Befragungen von Patienten und Patientinnen sollen möglichst mit validierten Fragebögen und regelmäßig durchgeführt werden (QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses). Im Hinblick auf die Nutzung dieses QM-Instruments hat die aktuelle Stichprobenerhebung Verbesserungsbedarf offengelegt.

Für die Durchführung der Befragungen können Praxen und Einrichtungen einen validierten Fragebogen nutzen, der auf der Grundlage des Erhebungsinstruments zur „Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientensperspektive“ (ZAP) von der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt worden ist. Der Fragebogen inklusive eines Excel-Auswertungstools steht auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung.

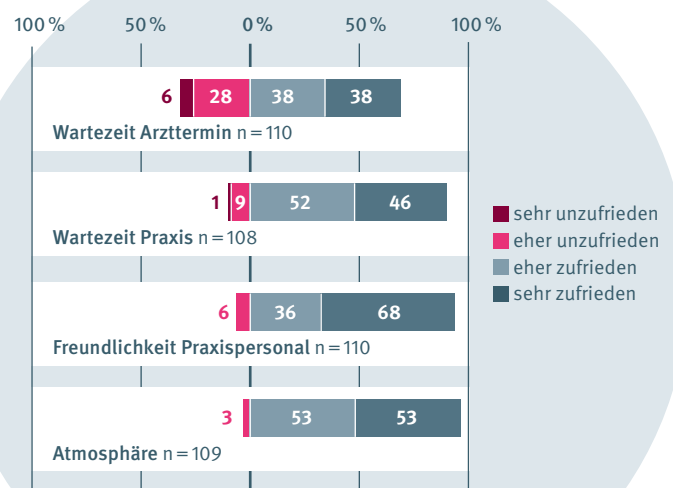
Seit 2016 bietet die KBV zusätzlich eine IT-gestützte Möglichkeit zur Durchführung von Patientenbefragungen (eZAP) an. In der Online-Variante können die Befragten ihre Antworten direkt in eine Webapplikation eingeben. Die händische Auswertung von Papierbögen in der Praxis entfällt damit.

Eine Befragung in Papierform ist aber weiterhin möglich. Antworten in Papierform können von der Praxis ebenfalls in eZAP eingepflegt werden. Am Ende des Befragungszeitraums wird automatisch ein Ergebnisbericht mit zwölf Auswertungsgrafiken bereitgestellt. Eine weitere Besonderheit der Online-Variante ist, dass hier auch ein ZAP-Fragebogen speziell für Eltern minderjähriger Patientinnen und Patienten angeboten wird.

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/html/6332.php

ZUFRIEDENHEIT MIT DER PRAXISORGANISATION EINZELERGEBNISSE



Auszug aus einem Ergebnisbericht der Patientenbefragung mit eZAP



Um eine breitere Patienten-klientel zu erreichen, wird der ZAP-Fragebogen zusätzlich in den Sprachen Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch angeboten.

Nachdem die Applikation zunächst nur im Sicheren Netz der KVen verfügbar war, wurde sie im September 2019 auf der Website der KBV frei zugänglich veröffentlicht. Damit verbunden war ein Anstieg der Nutzerzahlen.

Erste Daten zeigen, dass die elektronische Variante der Zufriedenheitsbefragung für Patientinnen und Patienten von den Praxen angenommen wird.

QUALITÄTSZIRKEL



FACHLICHER AUSTAUSCH, SELBSTBESTIMMTE FORTBILDUNG

Seit mehr als 20 Jahren bieten Qualitätszirkel Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit, sich im Kollegenkreis fachlich auszutauschen, das eigene Handeln zu reflektieren und neues Wissen zu generieren. Diese Form der selbstbestimmten Fortbildung, frei von der Einflussnahme Dritter, basiert auf dem Gedanken des Peer Reviews. Das Lernen voneinander steht im Fokus, die Teilnehmenden profitieren vom Erfahrungsschatz der Kolleginnen und Kollegen.

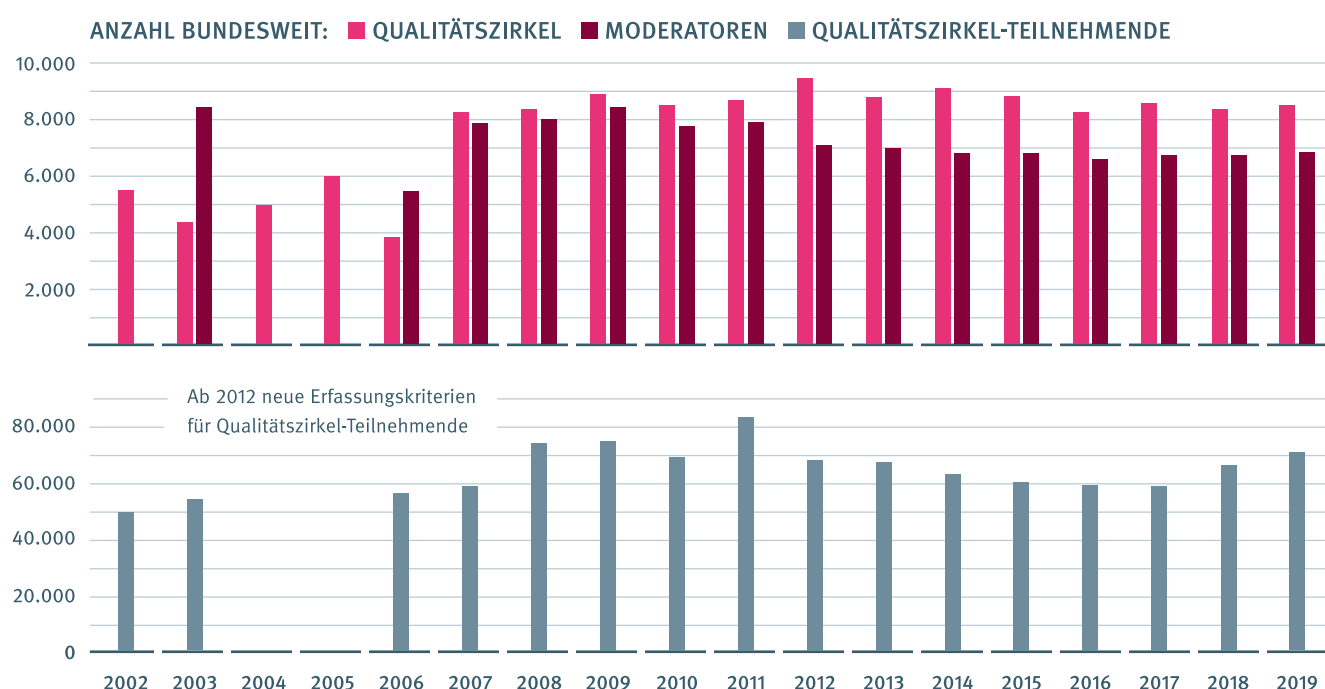
Um dieses Engagement zu fördern, hat die KBV bereits 2004 ein Servicekonzept entwickelt, das auf die Aus- und Fortbildung von Qualitätszirkel-Tutoren und -Moderatoren fokussiert und die Zirkelarbeit inhaltlich-fachlich unterstützt. Das Konzept ist im Handbuch Qualitätszirkel dokumentiert und wurde kontinuierlich ergänzt und weiterentwickelt. 2019 wurde das Handbuch in aktualisierter Form und in neuem Design veröffentlicht. Für alle Interessierten steht es auf der Website der KBV zur freien Nutzung zur Verfügung.

Mehr Infos unter: www.kbv.de/qz

TRAIN-THE-TRAINER-PRINZIP

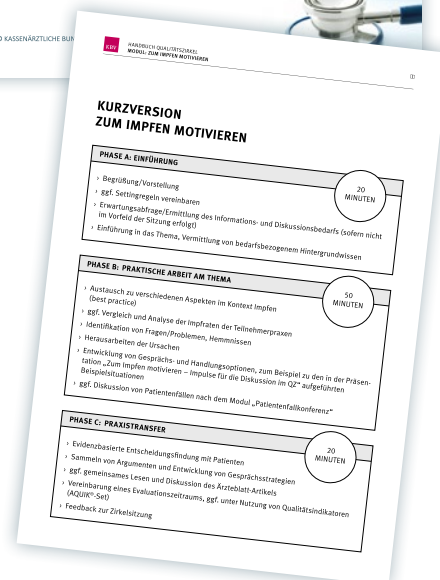
Im Jahr 2019 konnte auf 15 Jahre erfolgreiche Umsetzung des Qualitätszirkel-Konzepts, das auf dem Train-the-Trainer-Prinzip basiert, zurückgeblickt werden. Seit seiner Einführung hat die KBV 145 Tutorinnen und Tutoren ausgebildet, die wiederum die Qualitätszirkelarbeit in ihren KVen unterstützen und ihr Wissen an Moderatoren weitergeben. Für weitere Tutorinnen und Tutoren hat die Ausbildung im Januar 2020 begonnen.

Bundesweit engagieren sich mehr als 6.800 Moderatorinnen und Moderatoren in circa 8.500 Qualitätszirkeln, an denen mehr als 71.000 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten teilnehmen. Diese Zahlen sind seit mehreren Jahren stabil.



QUALITÄTSZIRKEL IN ZAHLEN:

- **14 der 17 KVen** arbeiten mit Tutorinnen und Tutoren zur Unterstützung der regionalen Qualitätszirkelarbeit
- **79 Tutorinnen und Tutoren** unterstützen aktiv die regionale Zirkelarbeit
- **541 neu ausgebildete Moderatorinnen und Moderatoren** bundesweit
- **4.000 Downloads** der Qualitätszirkel-Module, am häufigsten die Themen Hygienemanagement, Sepsis früh erkennen und Arzt-Patienten-Kommunikation
- **mehr als 8.000 Aufrufe** der Qualitätszirkel-Webseiten der KBV
- **ca. 25 Fortbildungsveranstaltungen** für Moderatorinnen und Moderatoren in den KVen



WEITERENTWICKLUNG

Für die Durchführung der Zirkelarbeit stellt die KBV aktuell 44 didaktische und themenbezogene Module inklusive unterstützender Materialien zur Verfügung. 2019 / 2020 wurden die Module „Sepsis früh erkennen“, „Zum Impfen motivieren“ und „Hygienemanagement in Praxen / MVZ“ neu entwickelt beziehungsweise umfassend überarbeitet und veröffentlicht. Das Modul „Rückmeldesysteme“ wurde weiterentwickelt und auf die spezifischen Belange von Disease-Management-Programmen sowie Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien der ambulanten und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung angepasst.

Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie war es den etablierten Qualitätszirkeln zeitweilig nicht möglich, ihre gewohnte Arbeit fortzusetzen. Die Durchführung virtueller Zirkel mittels Videokonferenz bot da eine gute Alternative, die von vielen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgegriffen worden ist. Um auch hier zu unterstützen, wurde gemeinsam mit Tutoren und Tutorinnen ein Leitfaden einschließlich einer Checkliste für die Durchführung von Online-Qualitätszirkeln entwickelt und auf der Website der KBV veröffentlicht.

Ein regelmäßig erscheinender Newsletter informiert Qualitätszirkel-Interessierte über neue Themen, aber auch methodische und didaktische Unterstützungsangebote. Der Newsletter ist 2019 sechsmal erschienen und hatte etwa 8.000 Abonnenten, zwischenzeitlich sind es mehr als 9.800.

Eine neu entwickelte Infocard, die auch über das Deutsche Ärzteblatt verteilt worden ist, und ein aktualisierter Flyer stehen als neue Informationsmaterialien zum Instrument Qualitätszirkel zur Verfügung.

Das jährlich stattfindende Nationale Qualitätszirkel-Tutoren-treffen der KBV bietet eine Plattform für den Erfahrungsaustausch der Qualitätszirkel-Akteure und vermittelt Impulse für die Weiterentwicklung der regionalen Zirkelarbeit. 2019 stand es ganz im Zeichen der 15-jährigen Umsetzung des Qualitätszirkel-Konzepts. Für mehr als 70 Teilnehmende bot es Gelegenheit, sich über aktuelle Themen, Projekte und Ideen auszutauschen, aber auch Bilanz zu ziehen.

Qualitätszirkel haben einen hohen Stellenwert für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität, in erster Linie als freiwillige Initiative aus der Vertragsärzteschaft selbst heraus, aber zunehmend auch als Option in Sonderverträgen, Richtlinien oder Qualitätssicherungsvereinbarungen. Alle KVen unterstützen und fördern daher Zirkelarbeit. Diese Förderung reicht von finanziellen Anreizen über Informations- und Fortbildungsangebote für Moderatorinnen und Moderatoren, organisatorische Hilfen, beispielsweise die Bereitstellung von Räumen oder die Vermittlung von Experten, die Beantragung von Fortbildungspunkten bei den Berufskammern, bis hin zu einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit in den KV-Blättern.

› RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

✓ 3.096 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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 Absatz 2a Satz 7 SGB V,

Rechtsgrundlage: Anlage 31 BMV-Ä, Gültigkeit: seit 01.01.2017

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: erstmals für das Jahr 2019: jährliche Prüfung von mindestens 15 Prozent der Ärzte und Ärztinnen; Dokumentationen von 20 nach dem Zufallsprinzip ausgewählten abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten und Patientinnen

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

➤ RHYTHMUSIMPLANTAT-KONTROLLE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)										5)							
✓ GENEHMIGUNGEN HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	12	26	9	3	0	3	0	5	8	21	0	6	3	6	8	6	5	121
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	13	29	10	4	1	3	1	5	8	9	0	5	15	7	7	6	7)	123
beschiedene Anträge ²⁾	3	6	1	1	1	5	1	0	1	0	0	0	13	1	0	0	0	33
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	3	6	1	1	1	1	1		0				9	1				24
– davon Ablehnungen	0	0	0	0	0	4	0		0				0	0				4
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		1	1	0	1	0		4
abrechnende Ärzte	11	24	10	4	0	k. A.	k. A.	2	3	9		6)	k. A.	8	6	6	7)	83
✓ GENEHMIGUNGEN HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE UND ICD																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	4	8	0	4	0	1	0	3	2	14	0	4	0	7	3	4	2	56
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	4	6	0	4	1	1	0	2	4	1	0	4	11	6	3	4	7)	51
beschiedene Anträge ²⁾	1	2	0	0	1	2	0	1	3	0	0	0	12	0	0	0	0	22
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	1	1			1	2		1	2				7					15
– davon Ablehnungen	0	1			0	0		0	0				0					1
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0	0	0	0		0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0		0	0	1		2	0	0		0	1	1	0	0		5
abrechnende Ärzte	3	3		4	0	k. A.		2	2	1		6)	k. A.	6	3	4	7)	28
✓ GENEHMIGUNGEN HERZSCHRITTMACHER-KONTROLLE, ICD UND CRT																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	344	461	92	67	41	60	243	56	291	318	161	21	141	65	94	43	272	2.770
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	368	493	97	69	39	63	255	60	295	351	163	22	144	76	93	49	285	2.922
beschiedene Anträge ²⁾	42	32	18	3	1	5	101	5	32	64	20	2	14	13	6	8	53	419
– davon Genehmigungen (erstmalig erteilt, auch gemäß § 12)	42	29	5	3	1	5	25	5	13	43	20	2	9	11	5	8	51	277
– davon Ablehnungen	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	7
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	0	0	0	2	2	1	9	0	18	3	11	0	6	2	0	54
abrechnende Ärzte	341	378	94	69	36	k. A.	211	35	283	331	141	6)	135	66	90	49	261	2.520

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⁾ Angabe abrechnende Ärzte umfasst alle Arztgruppen. ⁵⁾ Davon 13 Erstgenehmigungen. ⁶⁾ Im 4. Quartal haben abgerechnet: Herzschrittmacher: 29; ICD: 17; CRT: 18; ICD teleded.: 2; CRT teleded.: 1 Arzt. ⁷⁾ Keine Differenzierung der Ärzte mit Genehmigung und der abrechnenden Ärzte nach Genehmigungsarten.

» SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN

✓ 4.664 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

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

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

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

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)	7)	8)	9)						
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2018	536	735	178	99	41	109	274	80	394	666	260	44	183	89	125	92	527	4.432
Ärzte mit Genehmigung zur Polygraphie und / oder Polysomnographie, Stand 31.12.2019	536	776	183	110	43	112	285	90	403	732	272	48	204	94	133	93	550	4.664
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polygraphie	472	713	166	86	41	101	253	82	346	675	252	41	197	75	107	88	464	4.159
– davon Genehmigungen Polygraphie und Polysomnographie	54	62	17	23	2	112	30	4	37	57	19	7	7	18	23	5	86	563
– davon Genehmigungen ausschließlich zur Polysomnographie	10	1	0	1	0	0	2	4	20	1	1	0	0	1	3	0	0	44
beschiedene Anträge ²⁾	50	161	39	11	2	13	44	10	41	72	43	4	31	12	16	9	39	597
– davon Genehmigungen	49	140	39	11	2	12	44	10	40	66	43	4	30	12	15	8	39	564
– davon Ablehnungen	1	21	0	0	0	1	0	0	1	6	0	0	1	0	1	1	0	33
Kolloquien (Antragsverfahren-Polysomnographie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	17
– davon bestanden																	17	17
– davon nicht bestanden																	0	0
Praxisbegehungen gemäß § 8 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	0	24	0	0	9	k. A.	0	15	7	17	0	2	7	8	4	5	98

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 29 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 17 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 5 Erstanträge und in den Beendigungen ist 1 Statuswechsel. ⁷⁾ Zusätzliche 44 Anträge galten Änderungsbescheiden. ⁸⁾ Davon 24 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 20 Neugenehmigungen.

> SCHMERZTHERAPIE

✓	1.321	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■ ■ ■	154	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	1.848	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN) *

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

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des

Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben

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

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

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

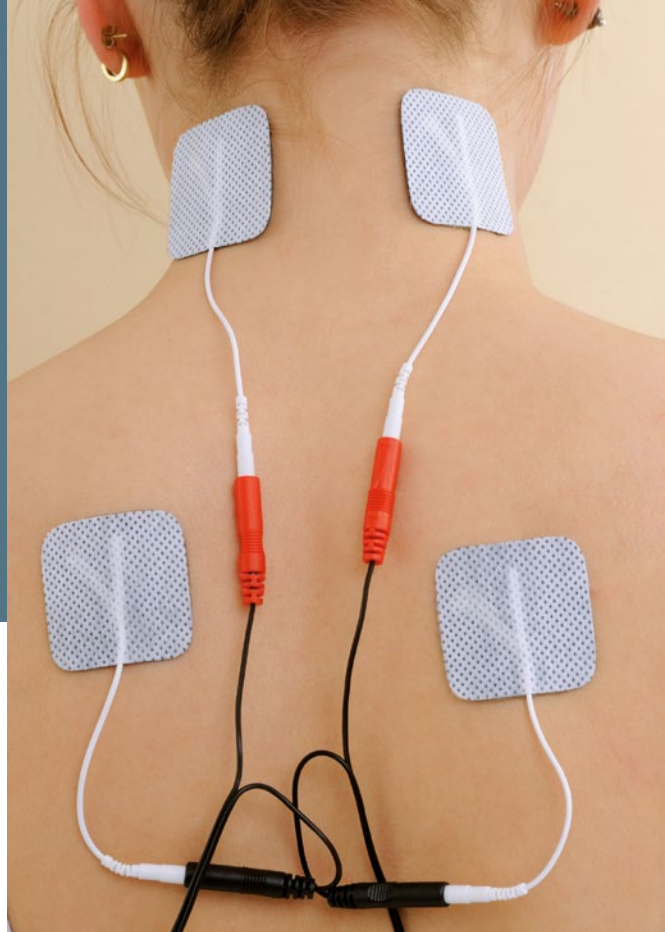
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: pro Jahr acht (schmerztherapeutische Einrichtungen: zwölf; handelt es sich um Einzelpraxen: zehn) interdisziplinäre offene Schmerzkonferenzen mit Patientinnen- und Patientenvorstellung in schmerztherapeutischen Einrichtungen; tägliche interne Fallbesprechung und wöchentliche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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

Dokumentationsprüfung auf Verlangen der KV; Stellungnahmeverfahren auf Verlangen der KV wenn Patienten und Patientinnen 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; automatische Beendigung der Prüfverpflichtung bei Erreichen bestimmter Ergebnisparameter, erste Auswertung hierzu erfolgt für die Ärzte und die Ärztinnen, die ihre Genehmigung zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2018 erstmals erhalten haben

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		
	5)				6)				7)				8)				9)			
✓ GENEHMIGUNGEN																				
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	171	187	75	77	14	32	84	29	61	146	72	20	90	37	42	30	102	1.269		
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	174	196	81	76	14	32	88	33	63	158	77	21	92	40	41	32	103	1.321		
beschiedene Anträge ²⁾	15	45	14	4	4	6	13	4	12	37	11	1	5	3	3	3	30	210		
neu (erstmalig)	15	20	10	2	4	6	12	4	8	25	9	1	2	3	3	3	5	132		
– davon Genehmigungen	15	19	10	2	3	6	12	4	8	15	9	1	2	3	3	3	3	118		
– davon Ablehnungen	0	1	0	0	1	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	2	14		
erneut gemäß § 5 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
neu (wegen Statuswechsel u. ä.)	0	25	4	2	0	0	1	0	4	12	2	0	3	0	0	0	25	78		
– davon Genehmigungen		25	4	2			1		4	9	2		3				24	74		
– davon Ablehnungen		0	0	0			0		0	3	0		0				1	4		
Kolloquien gemäß § 10 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	8		
– davon bestanden							6								2			8		
– davon nicht bestanden							0								0			0		
Kolloquien gemäß § 4 Abs. 3 Nr. 4	0	6	1	0	0	0	4	2	0	3	0	0	1	0	0	3	8	28		
– davon bestanden		6	1				4	2		3			1			3	3	23		
– davon nicht bestanden		0	0				0	0		0			0			0	5	5		
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
– davon ohne Beanstandungen								2										2		
– davon mit Beanstandungen								0										0		
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 10 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	9	4	3	0	6	k.A.	0	8	2	6	1	2	0	4	1	0	46		
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN gemäß § 7 Abs. 2 (fakultativ), und bei Ärzten, die vor dem 01.01.2017 eine Genehmigung erhalten hatten																				
geprüfte Ärzte	8	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	19	0	0	33		
– davon Anforderungen erfüllt	8								3			3			19			33		
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0								0			0			0			0		
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN gemäß § 8 (ausschließlich Ärzte, die im Zeitraum 01.01.2017 bis 31.12.2018 erstmals die Genehmigung erhalten haben)																				
geprüfte Ärzte	6	37	4)	12	1	1	13	3	7	2	5	2	11	3	4	0	14	121		
– davon Anforderungen erfüllt	6	24		12	1	1	13	3	7	2	3	2	10	3	4		8	99		
– davon Anforderungen nicht erfüllt	0	13		0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0		6	22		
geprüfte Dokumentationen	72	440		144	48	12	156	36	84	24	50	10	120	36	48	0	168	1.448		
– davon ohne Beanstandungen	35	343		144	47	12	155	36	82	24	37	7	120	36	45		150	1.273		
– davon mit Beanstandungen	37	97		0	1	0	1	0	2	0	13	3	0	0	3		18	175		
Stellungnahmen gemäß § 8 Abs. 2	3	13		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	21		
– davon ohne Beanstandungen	3	9														1	4	17		
– davon mit Beanstandungen	0	4														0	0	4		
Kolloquien gemäß § 8 Abs. 2	1	3		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5		
– davon ohne Beanstandungen	1	3		1														5		
– davon mit Beanstandungen	0	0		0														0		
Widerrufe gemäß § 8 Abs. 2	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1		

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁵⁾ Es wurden 12 Dokumentationen je Quartal geprüft. ⁶⁾ Die Beendigungen enthalten 3 Statuswechsel. ⁷⁾ Prüfung nicht bestanden: 1 Arzt verzichtet auf seine Genehmigung, 1 Arzt stellt Tätigkeit ein. ⁸⁾ 1 Arzt hat keine Fälle eingereicht, daher Widerruf. ⁹⁾ Stellungnahmeverfahren aus 2018.

› SEKTORENÜBERGREIFENDE QUALITÄTSSICHERUNG sQS

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

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

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

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

Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/html/sqs.php

PERKUTANE KORONARINTERVENTION UND KORONARANGIOGRAPHIE (QS PCI)

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

Das Verfahren stützt sich auf zwei Datenquellen:

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

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

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

Seit 2016 steht die Vergütung des Mehraufwands fest, der den Ärztinnen und Ärzten durch das sQS-Verfahren entsteht. So wurde der obligate Leistungsinhalt der entsprechenden Gebührenordnungsposition erweitert, die Bewertung angehoben sowie eine Kostenpauschale aufgenommen, die unter anderem die Anschaffungs- und Wartungskosten für die EDV abdecken soll.

ERGEBNISSE 2018

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den G-BA freigegeben und veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2019 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2018 berücksichtigt werden.

Für die Ergebnisse 2018 waren ursprünglich zum ersten Mal Auswertungen der Follow-Up-Indikatoren (Komplikationen, Sterblichkeit) vorgesehen. Aufgrund der nicht ausreichenden Datenqualität der Sozialdaten von den Krankenkassen werden nach derzeitiger Einschätzung des IQTIG die Follow-Up-Daten erstmals im Jahr 2020 (Ergebnisse aus 2019) an die Praxen und Krankenhäuser berichtet werden. Daher umfassen die Ergebnisse aus dem Jahr 2018 ausschließlich die 14 Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation von ambulanten und stationären Leistungserbringern.

Bundesweit erbringen im vertragsärztlichen Bereich rund 660 invasiv tätige Kardiologinnen und Kardiologen in etwa 370 Praxen circa 90.000 Eingriffe (Herzkatheter-Untersuchungen und / oder PCI). Für das Erfassungsjahr 2018 haben 264 Praxen beziehungsweise Medizinische Versorgungszentren (MVZ) über 68.000 Datensätze übermittelt, die vom IQTIG ausgewertet wurden. Davon hat der Großteil der Praxen ambulante Leistungen dokumentiert, einige erbringen zusätzlich belegärztliche Leistungen. Erstmals haben auch 20 selektivvertragliche Praxen über 2.000 Datensätze an das IQTIG geliefert. Ambulant tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbrachten 7,3 Prozent der erfassten Koronarangiographien und 3,0 Prozent der perkutanen Koronarinterventionen, Belegärztinnen und Belegärzte 1,4 Prozent der Koronarangiographien und 1,6 Prozent der perkutanen Koronarinterventionen.

FÄLLE UND PROZEDUREN NACH LEISTUNGSERBRINGERGRUPPE / ERFASSUNGSJAHR 2018

		Isolierte Koronarangiographie	Isolierte PCI	Einzeitige PCI	Koronarangiographien gesamt	PCI gesamt
Ambulant	VERTRAGSÄRZTE UND -ÄRZTINNEN	47.927	911	8.366	56.293	9.277
	KRANKENHAUS	29.115	31	755	29.870	786
Stationär	BELEGÄRZTE UND -ÄRZTINNEN	6.167	293	4.652	10.819	4.945
	KRANKENHAUS	405.127	26.658	271.891	677.018	298.549
SELEKTIVVERTRÄGLICH TÄTIGE ÄRZTE UND ÄRZTINNEN		1.687	75	424	2.111	499
BUND (GESAMT)		490.023	27.968	286.088	776.111	314.056



Erstmals wurden auch Daten von selektivvertraglich tätigen Einrichtungen übermittelt.

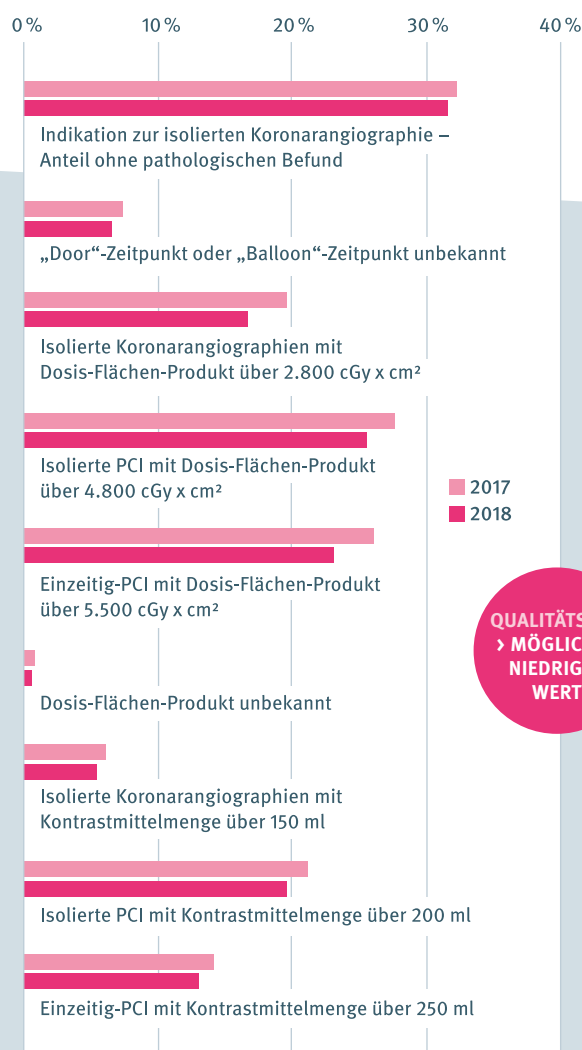
Die Abbildungen auf dieser Seite bieten einen Vergleich der Ergebnisse der auf QS-Daten basierenden Indikatoren im Bundesdurchschnitt der Erfassungsjahre 2017 und 2018. Aus Darstellungsgründen wurde eine Einteilung der Indikatoren nach „Qualitätsziel: Möglichst hoher Wert“ und „Qualitätsziel: Möglichst niedriger Wert“ gewählt. Für alle berichteten Qualitätsindikatoren gilt, dass es für das Jahr 2018 eine tendenzielle Verbesserung der Ergebnisse im Vergleich zum Vorjahr gab.

Zum Erfassungsjahr 2018 gab es nur geringfügige Änderungen an der Berechnung der Qualitätsindikatoren im Vergleich zum Vorjahr. Somit ist eine Vergleichbarkeit zwischen zwei Jahren immer nur zum Teil gegeben. Dies beruht darauf, dass es im Zeitverlauf Änderungen bei den Datenlieferungen geben kann (beispielsweise kommen Leistungserbringer neu hinzu oder geben ihre Tätigkeit auf), dass neue Datengrundlagen hinzukommen (beispielsweise selektivvertragliche Leistungen) oder aber im Rahmen der Verfahrenspflege (beispielsweise Anpassung an neue Leitlinien) auch Änderungen am Dokumentationsbogen beziehungsweise Anpassungen an der Berechnung des Qualitätsindikators vorgenommen werden.

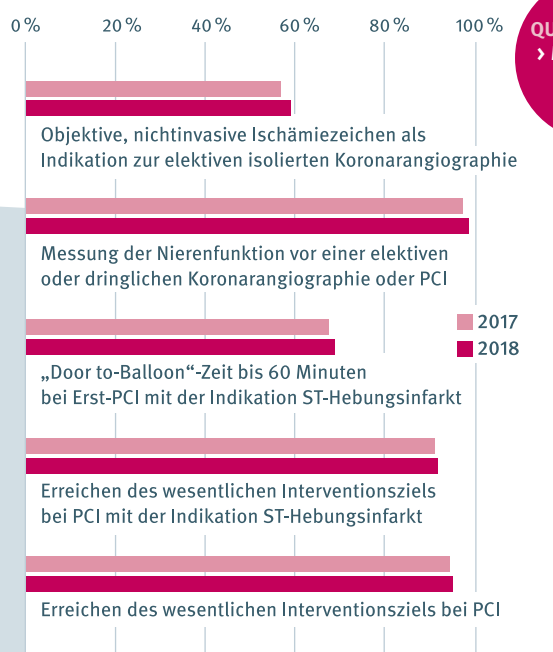
Aufgrund der noch wenig belastbaren Ergebnisse und der mangelnden Vergleichbarkeit werden in diesem Bericht für das Erfassungsjahr 2018 keine detaillierteren Ergebnisse der einzelnen Indikatoren im Leistungserbringervergleich (ambulant vertragsärztlicher Bereich – ambulant am Krankenhaus; stationär belegärztlicher Bereich – stationär am Krankenhaus) dargestellt. Es zeigt sich jedoch, dass bis auf wenige Ausnahmen die Belegärztinnen und Belegärzte bessere Ergebnisse erzielen, als der stationäre Bereich am Krankenhaus. Nur in drei von 14 Indikatoren liegen sie etwas unter beziehungsweise über den QS-Ergebnissen der Krankenhäuser. Auch die QS-Ergebnisse der Vertragsärztinnen und -ärzte lassen sich mit denen vom ambulanten Bereich am Krankenhaus messen.

Bis auf wenige Ausnahmen haben die Vertragsärztinnen und -ärzte ambulant gleich gute oder bessere Ergebnisse erzielt, als der ambulante Bereich am Krankenhaus.

QS-DATEN-BASIERTE INDIKATOREN PROZENTUALE ERGEBNISSE / AMBULANTE UND STATIONÄRE EINRICHTUNGEN



QUALITÄTSZIEL
➤ MÖGLICHST
NIEDRIGER
WERT



QUALITÄTSZIEL
➤ MÖGLICHST
HOHER
WERT

STELLUNGNAHMEVERFAHREN DER ERGEBNISSE 2017

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

Für das QS-Verfahren PCI und Koronarangiographie wurden durch die Fachkommissionen von insgesamt 1.016 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern beziehungsweise Betriebsstätten für 681 (67 %) ein Stellungnahmeverfahren empfohlen. Von diesen 681 rechnerisch auffälligen Krankenhäusern beziehungsweise Betriebsstätten wurden 176 als qualitativ auffällig bewertet, für 33 Krankenhäuser beziehungsweise Betriebsstätten wurde die Weiterführung der qualitätssichernden Maßnahmen empfohlen (Maßnahmen Stufe 1). Für insgesamt 26 der 33 durch die Fachkommissionen empfohlenen Krankenhäuser beziehungsweise Betriebsstätten wurden durch die LAG weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen in Form der Maßnahmenstufe 1 initiiert. Es wurde für das Erfassungsjahr 2017 für kein Krankenhaus beziehungsweise keine Betriebsstätte, bei dem beziehungsweise der die Maßnahmenstufe 1 durchgeführt wurde, die Maßnahmenstufe 2 (Vergütungsabschlüsse) eingeleitet.

VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN: POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN (QS WI)

Am 1. Januar 2017 beziehungsweise 1. Januar 2018 starteten die beiden Abschnitte des zweiten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektion“. 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 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, erstmalig im Sommer 2019, 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 Bereich am Krankenhaus
.....

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

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

VERGÜTUNGSREGELUNG

Seit dem 13. November 2018 steht die Vergütung des Mehraufwands fest, der den Ärztinnen und Ärzten durch das sQS-Verfahren entsteht. Die neue GOP 01650 wird rückwirkend zum 1. Januar 2018 als Zuschlag zu den Leistungen der EBM-Kapitel 31 und 36 gezahlt, die eine entsprechende Dokumentation erfordern. Als Höchstwert je Praxis pro Quartal hat der Bewertungsausschuss 704 Punkte (rund 70 Euro) festgelegt.

ERGEBNISSE 2018

Die Auswertungen der jeweiligen Erfassungsjahre werden erst im Herbst des Folgejahres durch den G-BA freigegeben und veröffentlicht. Daher können im Berichtsjahr 2019 nur die Ergebnisse aus dem Erfassungsjahr 2018 berücksichtigt werden. Für das Berichtsjahr 2019 war ursprünglich zum ersten Mal eine Auswertung der Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen vorgesehen. Aufgrund relevanter Lücken in der Vollständigkeit und Vollständigkeit der Sozialdaten von den Krankenkassen wird die Anzahl an postoperativen Wundinfektionen nach derzeitiger Einschätzung des IQTIG erstmals im Jahr 2020 an die Leistungserbringer berichtet werden.

Die Vollständigkeit aller kollektivvertraglichen Datensätze (Praxen, MVZ, ermächtigte Ärzte und Ärztinnen) der ambulanten Einrichtungsbefragung lag für das erste Erfassungsjahr bereits bei etwa 44 Prozent der erwarteten Dokumentationen, für das Erfassungsjahr 2018 etwas höher, bei circa 47 Prozent. Für die stationären Leistungserbringer lag die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze (ambulante Einrichtungsbefragung) für das Erfassungsjahr 2017 bei circa 50 Prozent, für das Erfassungsjahr 2018 bei etwa 49 Prozent (siehe Abbildung oben). Aus zwei Bundesländern gingen 2018 keine Datensätze ein.

Einrichtungsbefragung für Belegärzte ausgesetzt

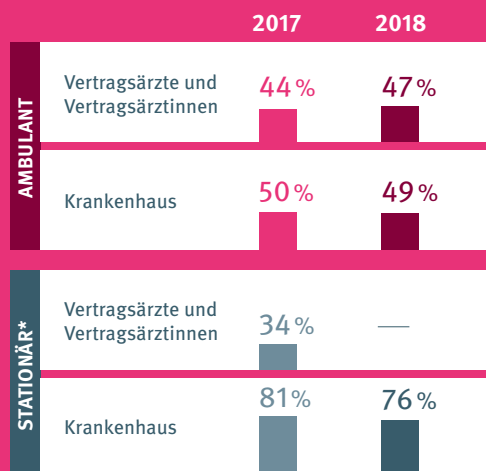
Der G-BA hat am 17. Januar 2019 beschlossen, die einrichtungsbezogene Dokumentation für belegärztliche Leistungen bis einschließlich 2020 auszusetzen. Das IQTIG entwickelt die QS-Dokumentation derzeit weiter. Ziel ist es, dass sich die Belegärztinnen und -ärzte ab dem Erfassungsjahr 2021 entweder der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

Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Daten von stationären und ambulanten Einrichtungen 2018

Die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement sind sogenannte Indexindikatoren, die sich aus neun Kennzahlen zusammensetzen. Die einzelnen Kennzahlen dieser Indikatoren gehen gleichgewichtet in die Berechnung des jeweiligen Indikators ein. Erreicht ein Leistungserbringer in allen Kennzahlen die volle Punktzahl, liegt das Ergebnis des Indikators bei 100 von 100 Punkten.

Im bundesweiten Mittelwert wurde im Erfassungsjahr 2018 für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ ein Wert von 74,69 von 100 Punkten (2017: 71,54 von 100 Punkten) erreicht. Der Indikator

VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN / POSTOPERATIVE WUNDINFEKTIONEN › VOLLZÄHLIGKEIT EINRICHTUNGSBEZOGENER DATEN



Die Sollzahlen sind für den vertragsärztlichen Bereich eigene Berechnungen der KBV, für die Krankenhäuser sind diese der Empirischen Prüfung „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ vom AQUA-Institut entnommen.

* Für das Erfassungsjahr 2018 wurde die QS-Dokumentation für die Belegärzte und Belegärztinnen ausgesetzt

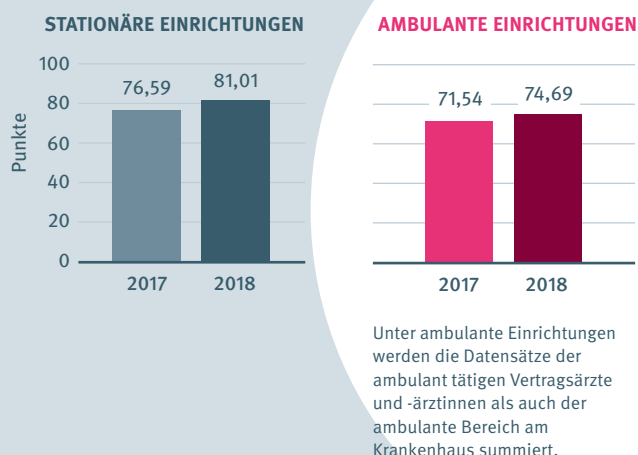
„Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen“ erreicht ein Ergebnis von 81,01 von 100 Punkten (2017: 76,59 von 100 Punkten). In beiden Jahren liegen die Ergebnisse des ambulanten Indikators unter dem des stationären (siehe linke Abbildung Seite 113).

Aufgrund der Streichung von drei Kennzahlen sind nur neun Kennzahlen für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ für den Vergleich der beiden Erfassungsjahre 2017 und 2018 verwendbar. Insgesamt gab es eine geringfügige Verbesserung. Die Durchschnittswerte der einzelnen Kennzahlen im ambulanten (sowie im stationären Bereich) liegen im Vergleich zum Vorjahr etwas höher (siehe rechte Abbildung Seite 113).

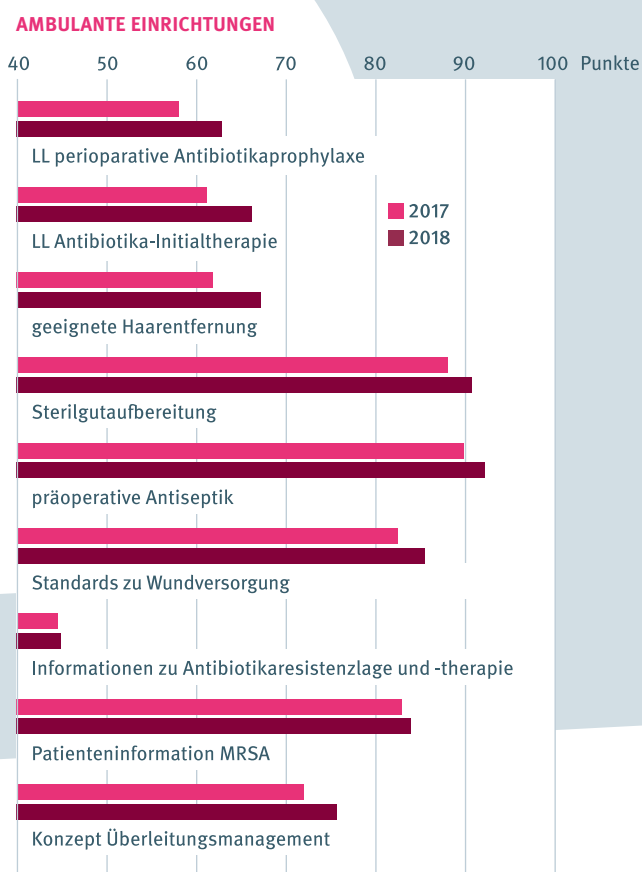
Aufgrund der massiven Herausforderungen in diesem Verfahren und der mangelnden Vergleichbarkeit werden in diesem Bericht für das Erfassungsjahr 2018 keine detaillierteren Ergebnisse der einzelnen Indikatoren im Leistungserbringervergleich (ambulant vertragsärztlicher Bereich – ambulant am Krankenhaus; stationär belegärztlicher Bereich – stationär am Krankenhaus) dargestellt. Es zeigt sich jedoch im Vergleich der beiden Gruppen „Vertragsärzte und -ärztinnen ambulant“ und „Krankenhäuser ambulant“ für das Erfassungsjahr 2018 ein heterogenes Bild der Punktverteilung der neun Kennzahlen. In acht Themenbereichen schneidet der ambulante Bereich am Krankenhaus etwas besser ab als

HYGIENE- UND INFektionsMANAGEMENT

INDEXINDIKATOREN / DATEN AUS NEUN KENNZAHLEN



NEUN KENNZAHLEN DES INDIKATORS



der vertragsärztliche. Nur bei der Teilnahme an ärztlichen Fortbildungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie liegt der Punktwert der Vertragsärzte und -ärztinnen über dem des ambulanten Bereichs an Krankenhäusern, dennoch wird hier gerade einmal die Hälfte der möglichen Punktzahl (100 Punkte) erreicht. Somit ergibt sich bundesweit betrachtet auch für das zweite Erfassungsjahr insbesondere für die Vertragsärzte und -ärztinnen, allerdings auch für Krankenhäuser, ein Potenzial zur Qualitätsförderung für folgende Themenbereiche:

Vorhalten einer Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe beziehungsweise

Vorhalten einer Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement

Geeignete Haarentfernung vor operativen Eingriffen

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

STELLUNGNAHMEVERFAHREN DER ERGEBNISSE 2017

Parallel gehen die Ergebnisse auch an die LAG zu den sogenannten Fachkommissionen – ambulant und stationär tätige Fachexpertinnen und -experten aus dem jeweiligen Bundesland, welche die Ergebnisse fachlich bewerten. Bei „rechnerischen“ Auffälligkeiten kann ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden, in dem die Ärztin oder der Arzt die Möglichkeit hat, die rechnerisch auffälligen Ergebnisse der Einrichtung zu erläutern. Wenn sich diese klären lassen, ist das Stellungnahmeverfahren beendet. Sollten sich die rechnerischen Auffälligkeiten nicht klären lassen, werden diese als „qualitative“ Auffälligkeiten eingestuft. In Folge können für den Vertragsarzt oder die Vertragsärztin zunächst Maßnahmen (Maßnahmenstufe 1) festgelegt werden, um die detektierten Qualitätsdefizite zu beseitigen. Eine solche Maßnahme kann gemäß § 17 Abs. 3 DeQS-RL beispielsweise die Teilnahme an einem Qualitätszirkel, einer Fortbildung oder die Implementierung von Handlungsempfehlungen sein. Aufgrund zahlreicher Herausforderungen (zum Beispiel fehlende Sollstatistik, Verständnisprobleme im Fragebogen, keine zeitgerechte Veröffentlichung der endgültigen Rechenregeln) haben sich nur acht LAG an der Bewertung der Ergebnisse 2017 beteiligt. Insgesamt wurden für den ambulanten Bereich ein Stellungnahmeverfahren und für den stationären Bereich zwei Stellungnahmeverfahren durchgeführt.

WEBPORTAL FÜR DIE EINRICHTUNGSBEFRAGUNG

Die einbezogenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können über eine kostenfreie Software dokumentieren. Alle Fragen des ambulanten Fragebogens sind mit einer webbasierten Ausfüllhilfe auf der KBV-Webseite verlinkt. Die ersten Auswertungen zum Hygiene- und Infektionsmanagement für das Jahr 2017 wurden den an der Einrichtungsbefragung Teilnehmenden zum 15. Oktober 2018 zur Verfügung gestellt.



SERVICEANGEBOTE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG AUF DER KBV-WEBSEITE

Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene
sQS-Wundinfektion



Webbasierte Ausfüllhilfe

Online-Fortbildung zur Antibiotika- resistenzlage und -therapie

Mein PraxisCheck „Prävention Wundinfektionen“



Mehr Infos unter:

➔ www.kbv.de/html/themen_26421.php

➤ NIERENERSATZTHERAPIE BEI CHRONISCHEM NIEREN- VERSAGEN EINSCHLIEßLICH PANKREASTRANSPLANTATIONEN (QS NET)

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

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

Ziel des Verfahrens ist es, die Kooperation zwischen Dialyseinrichtungen und Transplantationszentren zu fördern sowie die Rate an Komplikationen, Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen von Dialyse und Organtransplantation zu verringern. Datenquellen der Qualitätsindikatoren sind zum einen die fallbezogenen Dokumentationen der Ärzte und Ärztinnen sowie Sozialdaten, die den Krankenkassen vorliegen. Diese Daten werden insbesondere genutzt, um den Behandlungsverlauf eines chronischen Nierenversagens über fünf beziehungsweise zehn Jahre erfassen und darstellen zu können (Follow-Up-Indikatoren). Eine Patientenbefragung wird aktuell entwickelt und steht voraussichtlich ab 2022 für den Einsatz im QS-Verfahren zur Verfügung.

Erste Ergebnisse zu den Indikatoren der Dialyse werden im Herbst 2021 erwartet und im Qualitätsreport 2022 berichtet werden.

VERGÜTUNGSREGELUNG

Seit dem 1. Juli 2020 steht die Vergütung des Mehraufwands fest, der den Ärztinnen und Ärzten durch das sQS-Verfahren entsteht. Die neue Dokumentationsleistung wird als GOP 13603 in den EBM-Abschnitt für Nephrologie und Dialyse sowie als GOP 04567 in den EBM-Abschnitt für pädiatrische Nephrologie und Dialyse aufgenommen. Die neuen GOP sind Zuschläge im Zusammenhang mit den Zusatzpauschalen zur kontinuierlichen Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten und Patientinnen (GOP 13602 beziehungsweise 04562). Sie sind mit 120 Punkten bewertet und einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Vergütung der Leistungen erfolgt extrabudgetär.

SOZIALPSYCHIATRIE

✓ 899 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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

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

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

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

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



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								5)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	79	135	56	21	10	50	37	11	123	137	38	8	22	10	35	19	80	871
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	82	139	60	22	11	49	43	11	123	140	39	8	23	11	36	18	84	899
beschiedene Anträge ²⁾	7	14	45	1	0	6	5	0	10	9	6	0	3	1	4	0	9	120
– davon Genehmigungen	7	14	45	1		6	5		10	9	6		3	1	4		9	120
– davon Ablehnungen	0	0	0	0		0	0		0	0	0		0	0	0		0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	2	3	0	0	7	k. A.	0	7	0	5	0	2	0	3	1	3	33

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

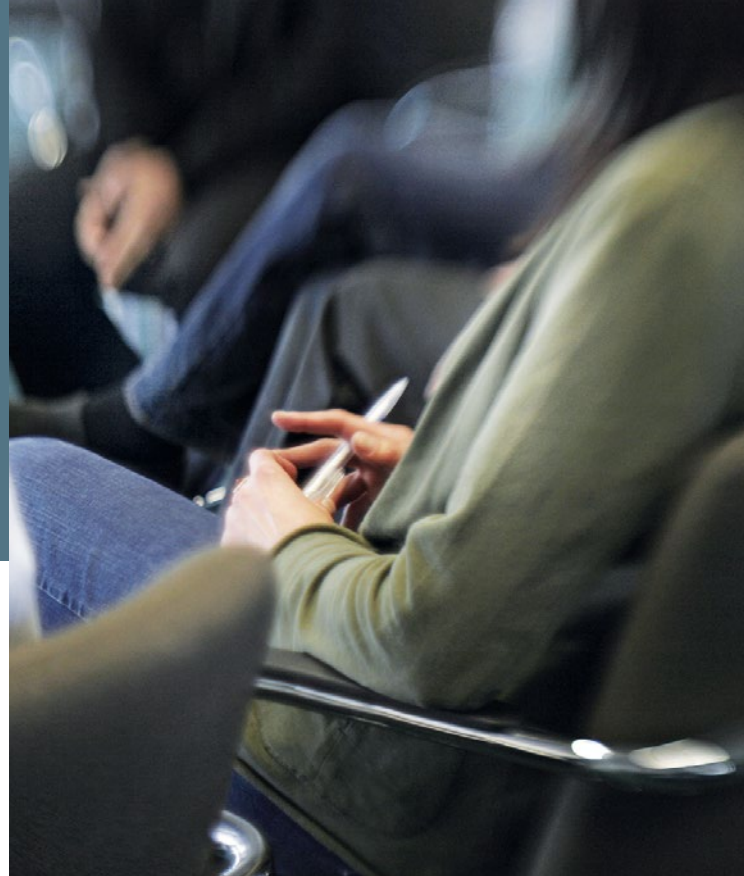
SOZIOtherapie

✓ 2.537 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie),
Rechtsgrundlage: § 37a i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V,
Gültigkeit: seit 15.04.2015 (Neufassung), zuletzt geändert
zum: 01.10.2020

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

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



Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE		
	4)								5)				6)							
✓ GENEHMIGUNGEN																				
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2018	512	263	185	36	72	53	59	46	93	161	202	61	217	109	73	26	108	2.276		
Ärzte mit Genehmigung zur Verordnung, Stand 31.12.2019	549	283	185	33	78	59	79	53	94	202	220	70	244	133	79	30	146	2.537		
beschiedene Anträge ²⁾	64	34	19	0	6	15	24	7	6	35	35	16	38	24	11	4	49	387		
– davon Genehmigungen	64	34	19		6	15	22	7	6	34	35	16	36	24	10	4	47	379		
– davon Ablehnungen	0	0	0		0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	1	0	2	8		
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	14	13	3	0	7	k. A.	0	1	0	17	7	9	0	4	0	0	75		

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 13 Neugenehmigungen, zusätzlich 26 Psychotherapeuten, davon im Berichtsjahr 7 Anträge und 7 Genehmigungen. ⁵⁾ Enthalten sind 83 Ärzte und 11 Psychotherapeuten. ⁶⁾ Davon 28 Erstgenehmigungen.

STOßWELLENLITHOTRIPSIE BEI HARNSTEINEN

✓ 1.142 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

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



AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung
des Arztes oder der Ärztin

KOLLOQUIUM: gegebenenfalls bei begründetem
Zweifel an der fachlichen Befähigung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
									4)				5)		6)			
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	158	273	11	10	21	23	64	15	124	142	65	24	25	23	30	13	120	1.141
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	155	275	11	10	23	23	63	15	126	143	64	24	25	23	32	12	118	1.142
beschiedene Anträge ²⁾	8	20	0	0	2	0	3	1	10	1	4	2	1	0	5	0	17	74
– davon Genehmigungen	8	15			2		3	1	9	1	4	2	1		4		12	62
– davon Ablehnungen	0	5			0		0	0	1	0	0	0	0		1		5	12
Kolloquien (Antragstellung)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	12	0	0	0	1	k. A.	1	2	0	5	1	1	0	2	1	2	28

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

STRAHLENDIAGNOSTIK / -THERAPIE

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK:

✓ 20.648 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

COMPUTERTOMOGRAPHIE:

✓ 4.833 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

OSTEODENSITOMETRIE:

✓ 1.255 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

STRAHLENTHERAPIE:

✓ 1.290 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG

NUKLEARMEDIZIN:

✓ 1.331 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG



Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie), Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.04.1993, zuletzt geändert zum: 01.10.2020

Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik – konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie), Rechtsgrundlage: § 135b i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V, Gültigkeit: seit 01.10.1992, zuletzt geändert zum: 01.01.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen Voraussetzungen
KOLLOQUIUM: bei abweichender, aber gleichwertiger Befähigung und gegebenenfalls bei begründetem Zweifel an der fachlichen Befähigung oder wenn die entsprechende Qualifikation durch Nachweise außerhalb einer Weiterbildung (Osteodensitometrie: vor 2003) erlangt wurde

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

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen gegebenenfalls im Rahmen der Genehmigungserteilung

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

› konventionelle Röntgendiagnostik und Computertomographie: Stichprobenprüfungen nach der Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik; Aussetzung / Außerkraftsetzung der Stichprobenprüfungen nach der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie in 2019

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

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

BERATUNG:

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

KONVENTIONELLE RÖNTGENDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)				6)		7)		8)	9)					10)	
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 5																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	2.710	3.332	775	477	288	513	1.420	414	2.023	2.622	958	319	967	511	659	506	2.138	20.632
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	2.600	3.282	774	473	279	503	1.401	415	2.006	2.752	944	318	967	494	666	506	2.268	20.648
beschiedene Anträge ²⁾	300	5.098	175	30	12	58	245	16	319	489	138	28	80	12	57	38	712	7.807
– davon Genehmigungen	289	4.696	171	30	11	55	245	15	315	489	138	27	69	8	46	38	687	7.329
– davon Ablehnungen	11	402	4	0	1	3	0	1	4	0	0	1	11	4	11	0	25	478
Kolloquien (Antragsverfahren)	38	0	4	0	0	7	1	0	2	0	26	0	0	10	14	0	23	125
– davon bestanden	35		4			7	1		2		26			6	13		21	115
– davon nicht bestanden	3		0			0	0		0		0			4	1		2	10
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	6	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	11
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	64	157	57	34	0	81	k.A.	15	176	123	152	11	69	29	38	38	20	1.064

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Beendigungen wegen Stilllegung von Geräten bzw. Apparategemeinschaften. ⁵⁾ Davon 56 Neugenehmigungen. ⁶⁾ Davon 87 Erstanträge. ⁷⁾ Davon 120 Erstanträge, bzw. 33 Statuswechsler in Rückgaben / Beendigungen. ⁸⁾ Davon 67 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 12 Neugenehmigungen. ¹⁰⁾ Davon 150 Neugenehmigungen.

► COMPUTERTOMOGRAPHIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)	7)	8)	9)						
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 7																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	571	728	298	116	62	171	320	82	416	680	246	73	231	96	139	129	433	4.791
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	581	753	289	122	63	173	336	83	414	693	248	74	195	98	140	139	432	4.833
beschiedene Anträge ²⁾	118	695	115	17	3	32	115	4	51	191	29	4	17	4	16	14	933	2.358
– davon Genehmigungen	117	638	114	17	3	30	115	4	50	189	29	4	17	4	16	14	911	2.272
– davon Ablehnungen	1	57	1	0	0	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	22	86
Kolloquien (Antragsverfahren)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
– davon bestanden																2		2
– davon nicht bestanden																0		0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	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	48	11	0	27	k.A.	3	39	0	27	3	53	2	13	4	1	231

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 39 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 35 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 21 Erstanträge, die Beendigungen enthalten 8 Statuswechsel. ⁷⁾ Davon 38 Neugenehmigungen. ⁸⁾ Davon 22 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon keine Erstanträge.

► OSTEODENSITOMETRIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)		7)		8)					
✓ GENEHMIGUNGEN § 4 und § 8																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	178	141	54	39	14	17	71	7	84	118	95	21	106	22	20	32	188	1.207
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	163	152	59	39	14	16	100	12	88	112	103	20	108	25	18	33	193	1.255
beschiedene Anträge ²⁾	30	41	14	2	0	3	49	10	16	6	25	1	5	3	4	4	94	307
– davon Genehmigungen	29	39	12	2		1	49	5	16	6	25	1	5	3	0	4	94	291
– davon Ablehnungen	1	2	2	0		2	0	5	0	0	0	0	0	0	4	0	0	16
Kolloquien (Antragsverfahren)	2	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	6	13
– davon bestanden	1			2				1		1						1	6	12
– davon nicht bestanden	1			0				0		0						0	0	1
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	5	1	3	2	0	2	k. A.	0	7	12	17	2	3	0	2	0	5	61

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 8 Neugenehmigung. ⁵⁾ Davon 21 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 9 Erstgenehmigungen, Rückgaben enthalten 4 Statuswechsel. ⁷⁾ Davon 12 Erstgenehmigungen. ⁸⁾ Davon 10 Neugenehmigungen.

STRALENTHERAPIE

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)	7)	8)	9)						
✓ GENEHMIGUNGEN § 9																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	183	169	68	32	15	36	76	21	112	194	61	22	47	31	32	35	144	1.278
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	175	170	74	29	15	33	77	27	112	196	61	23	52	32	31	36	147	1.290
beschiedene Anträge ²⁾	45	88	22	4	0	6	11	8	10	77	6	1	5	1	5	2	46	337
– davon Genehmigungen	45	87	22	4		6	11	8	9	75	6	1	5	1	2	2	44	328
– davon Ablehnungen	0	1	0	0		0	0	0	1	2	0	0	0	0	3	0	2	9
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden	1																	1
– davon nicht bestanden	0																	0
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	3	7	0	5	k.A.	2	10	10	6	0	0	0	3	1	4	51

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 9 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 5 Erstanträge. ⁶⁾ Davon 6 Erstanträge bzw. 4 Statuswechsler. ⁷⁾ Davon 11 Neugenehmigungen. ⁸⁾ Davon 4 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 7 Neugenehmigungen.

NUKLEARMEDIZIN

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)				5)				6)		7)		8)		9)			
✓ GENEHMIGUNGEN § 10																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	199	212	66	27	18	38	95	23	116	204	83	16	42	25	31	30	145	1.370
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	185	207	66	28	19	40	94	24	110	194	76	16	42	27	31	33	139	1.331
beschiedene Anträge ²⁾	24	222	50	7	1	10	38	0	18	21	11	0	5	2	5	3	40	457
– davon Genehmigungen	24	212	50	7	1	10	38		16	19	11		4	2	2	3	38	437
– davon Ablehnungen	0	10	0	0	0	0	0		2	2	0		1	0	3	0	2	20
Kolloquien (Antragsverfahren)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden	1																	1
– davon nicht bestanden	0																	0
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	4
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	10	12	6	0	13	k. A.	1	11	0	18	0	1	0	2	0	24	98

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon 12 Neugenehmigungen. ⁵⁾ Davon 14 Erstanträge. ⁶⁾ Enthalten sind 14 Erstanträge, und 3 Statuswechsel bei Rückgaben. ⁷⁾ Davon 2 Neugenehmigungen. ⁸⁾ Davon 6 Erstgenehmigungen. ⁹⁾ Davon 18 Neugenehmigungen.

› SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

- ✓ 2.793 ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
- 769 STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
- 2.524 GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

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

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

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

KOOPERATION / FALLKONFERENZ / DOPPELBEFUNDUNG: Zusammenarbeit mit einer psychosozialen Beratungsstelle; ist eine psychosoziale Betreuung ausnahmsweise nicht erforderlich, ist dies durch die Beratungsstelle zu bestätigen

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen auf Verlangen der KV

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

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

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

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



SUBSTITUTIONSGESTÜTZTE BEHANDLUNG OPIOIDABHÄNGIGER

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)		5)			6), 7)	8), 9)		11)		12)	13)		14)	15)			
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	294	436	168	34	59	103	197	36	421	392	89	13	64	37	116	25	330	2.814
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	284	437	171	35	60	110	203	38	403	388	91	14	64	40	109	29	317	2.793
– abrechnende = aktive Ärzte	357	247	120	12	54	84	162	16	249	330	66	14	31	34	101	20	334	2.231
beschiedene Anträge ²⁾	28	64	11	2	6	9	27	3	57	88	13	0	4	5	7	1	39	364
– davon Genehmigungen	28	62	11	2	6	9	27	3	56	85	13		4	5	7	1	32	351
– davon Ablehnungen	0	2	0	0	0	0	0	0	1	3	0		0	0	0	0	7	13
Praxisbegehungen gemäß § 10 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
– davon ohne Beanstandungen										2								2
– 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⁾	1	1	4	1	5	6	k.A.	1	23	2	11	0	4	2	14	0	45	120
Ärzte im Konsiliarverfahren	242	192	23	6	14	12	32	17	164	66	38	1	34	62	58	16	137	1.114
Praxen und Einrichtungen, die Substitutionen mit Diamorphin durchgeführt haben	2	1	4	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	13
📋 DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 8 Abs. 3																		
geprüfte Ärzte	k. A.	144	13	5	43	30	42	18	146	140	32	14	12	12	50	7	61	769
geprüfte Fälle	500	175	101	17	135	58	101	79	591	165	83	60	39	17	203	24	153	2.501
– keine Beanstandungen	255	157	90	17	68	39	51	66	575	102	80	57	36	16	141	18	147	1.915
– geringe, erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	35	18	11	0	67	4	50	13	16	63	3	3	3	1	62	6	6	361
📋 2-JAHRES-ÜBERPRÜFUNGEN § 3 Abs. 11																		
geprüfte Fälle	0	0	19	0	0	0	¹⁰⁾	0	4	k.A.	0	0	0	0	0	0	0	23
– davon ohne Änderung der Behandlung			19						4									23
– davon mit Änderung der Behandlung			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⁾ Dokumentation: Noch nicht alle Fälle beschieden aufgrund von Nachfragen. ⁵⁾ Davon 7 Neugenehmigungen. ⁶⁾ 15 Fälle aus der Dokumentationsprüfung sind noch nicht abgeschlossen. ⁷⁾ Die 2-Jahres-Überprüfung erfolgt durch die ermächtigte Ambulanz, KV prüft im Rahmen der 2%-Stichprobe. ⁸⁾ Anzahl Ärzte enthält 28 ermächtigte Institutsambulanzen, gerechnet jeweils als 1 Arzt. ⁹⁾ Davon 13 Neuanträge. ¹⁰⁾ 2-Jahres-Überprüfung erfolgt im Rahmen von § 8 Abs. 3. ¹¹⁾ Davon 4 Erstanträge, in den Rückgaben 2 Statuswechsel. ¹²⁾ Davon 4 Erstgenehmigungen. ¹³⁾ Eine Genehmigung für Konsiliararzt. ¹⁴⁾ Ärzte mit Genehmigung bezieht sich auf suchtmmedizinische Qualifikation; zu den 5 Genehmigungen kommen 3 Statuswechsel und 1 Konsiliargenehmigung. Dokumentationsprüfungen nur für das I. Quartal. ¹⁵⁾ Anzahl abrechnender Ärzte umfasst 2 Institutsambulanzen.

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK:

✓	90.420	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⚡	13.516	PRÜFUNGEN GERÄTENACHWEISE
⋮	4.770	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	23.811	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTEN / PATIENTINNEN)

› ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE:

✓	7.784	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	2.033	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	23.891	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: 01.10.2020



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

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

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG /

RINGVERSUCHE: alle sechs Jahre Konstanzprüfung der im B-Modus arbeitenden Ultraschallgeräte, dabei kann die Konstanzprüfung durch Vorlage aussagefähiger Wartungsprotokolle erfolgen

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

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG:

jährliche Prüfung von insgesamt mindestens sechs Prozent der Ärzte und Ärztinnen mit Genehmigung zu fünf Fällen, dabei können betreffend maximal die Hälfte des Prüfvolumens durch die Partner des Bundesmantelvertrags Festlegungen für die schwerpunktmäßige Überprüfung spezifischer Bereiche getroffen werden – erste Schwerpunktsetzung erfolgt auf neu genehmigte Ärzte und Ärztinnen; zusätzlich 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 fünfjährige Prüfung aller Ärzte und Ärztinnen zu mindestens zwölf Fällen; bei Mängeln engere Prüfintervalle, gegebenenfalls Verpflichtung zur Fortbildung

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
					7)				6)				12)		14)		18)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2018	11.877	15.771	3.307	1.709	1.001	2.074	6.088	1.315	8.962	11.625	4.504	1.275	3.688	1.751	2.928	2.005	8.958	88.838
Ärzte mit mindestens einer Genehmigung, Stand 31.12.2019	12.108	16.067	3.405	1.744	1.022	2.069	6.227	1.312	9.131	11.763	4.563	1.315	3.774	1.775	2.997	2.073	9.075	90.420
beschiedene Anträge (Ärzte) ²⁾	1.362	6.228	1.307	181	145	382	2.063	122	1732	2.292	554	147	325	158	249	320	2.682	20.249
neu nach § 14	1.362	4.795	390	126	106	376	715	79	804	1.926	273	94	325	119	249	221	2.681	14.641
– davon Genehmigungen	1.054	4.480	343	126	104	337	658	79	800	1.897	273	101	285	119	248	220	2.511	13.635
– davon Ablehnungen	308	315	47	0	2	39	57	0	4	431	0	29	40	0	1	1	170	1.444
erneut nach § 11 Abs. 7	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
– davon Genehmigungen						6											1	7
– davon Ablehnungen						0											0	0
neu (wg. Statuswechsel u. ä.)	4)	1.433	917	55	39	6)	1.348	43	928	366	281	53	15)	39	0	99	15)	5.601
– davon Genehmigungen		1.323	914	55	39		1.348	43	925	364	281	53		39		99		5.483
– davon Ablehnungen		110	3	0	0		0	0	3	40	0	0		0		0		156
beschiedene Anträge (Anwendungsbereiche)	4.650	27.251	4.669	k. A.	534	6	2.872	346	7.625	5.495	1.567	496	1.184	358	1.004	1.246	11.127	70.430
neu	4.650	20.846	925	k. A.	373	0	2.872	239	5.105	4.629	800	322	1.184	231	1.004	800	11.126	55.106
– davon Genehmigungen	3.702	19.128	830		228		1.878	203	4.876	3.758	786	239	1.059	231	619	607	10.813	48.957
– davon Ablehnungen	948	1.718	95		145		994	36	229	871	14	76	125	0	385	193	313	6.142
erneut	0	6.405	3.744	k. A.	161	6	k. A.	107	2.520	866	767	174	15)	127	0	446	1	15.324
– davon Genehmigungen		6.070	3.738		148	6		107	2.391	781	767	174		127		431	1	14.741
– davon Ablehnungen		335	6		13	0		0	129	85	0	0		0		15	0	583
Kolloquien gemäß § 14 Abs. 6	160	292	20	48	8	8	57	1	43	97	4	4	0	49	53	12	191	1.047
– davon bestanden	136	243	14	42	8	8	47	1	42	88	3	4		47	44	12	169	908
– davon nicht bestanden	24	49	6	6	0	0	10	0	1	9	1	0		2	9	0	22	139
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 7	1	0	0	0	0	6	0	0	15	0	0	0	0	1	0	6	1	30
– davon bestanden	1					6			13					1		6	1	28
– davon nicht bestanden	0					0			2					0		0	0	2
Praxisbegehungen gemäß § 14 Abs. 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte)	6	93	0	0	1	2	57	0	11	1	3	0	2	1	4	18	29	228
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen (Ärzte) ³⁾	5	77	245	3	k. A.	k. A.	5	82	609	1	489	0	199	16	218	155	15	2.119

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
✓ ANZAHL ÄRZTE MIT GENEHMIGUNG ZU DEN EINZELNEN ANWENDUNGSBEREICHEN, STAND 31.12.2019																		
1.1 Gehirn durch die offene Fontanelle	454	558	70	45	27	62	229	24	350	329	237	49	117	45	93	66	84	2.839
2.1 gesamte Diagnostik des Auges	229	487	43	26	34	82	101	27	190	294	83	30	89	27	52	26	83	1.903
2.2 Biometrie des Auges sowie Messungen der Hornhautdicke	260	804	35	32	35	66	100	28	98	308	100	31	92	29	57	21	59	2.155
3.1 Nasennebenhöhlen, A- und / oder B-Modus	461	734	187	55	29	276	260	58	285	502	158	44	230	84	114	99	83	3.659
3.2 Gesichts- und Halsweichteile (einschließlich Speicheldrüsen, B-Modus)	1.545	2.565	432	191	140	522	731	77	968	1.600	423	103	638	100	290	367	311	11.003
3.3 Schilddrüse, B-Modus	5.058	7.428	1.104	736	358	1.283	2.822	444	3.072	5.146	2.058	541	1.731	770	1.200	917	1.324	35.992
4.1 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	702	1.120	210	121	44	113	460	75	546	608	289	76	208	129	115	98	134	5.048
4.2 Echokardiographie, Jugendliche, Erwachsene transoesophageal	250	238	42	31	42	59	238	9	357	226	AB 21.2	18	69	0	49	20	39	1.687
4.3 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	61	68	24	12	3	12	30	10	57	AB 4.1	99	2	20	10	15	16	44	483
4.4 Echokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	3	2	3	0	2	0	6	0	144	AB 4.2	AB 21.4	0	1	0	0	0	2	163
4.5 Belastungsechokardiographie, Jugendliche, Erwachsene	374	449	115	50	38	89	216	41	243	334	127	33	113	26	71	45	163	2.527
4.6 Belastungsechokardiographie, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche	9	2	0	1	0	56	3	0	AB 4.5	AB 4.5	k.A.	0	4	0	0	1	0	76
5.1 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkutan	1.998	2.572	406	200	107	517	1.436	141	1.402	1.822	563	95	815	29	350	349	626	13.428
5.2 Thoraxorgane (ohne Herz), B-Modus, transkavitär	21	8	6	0	17	1	19	0	AB 5.2	10	k.A.	11	1	0	5	1	7	107
6.1 Brustdrüse, B-Modus	1.395	1.403	491	205	136	232	888	94	1.071	1.338	477	147	388	235	261	223	487	9.471
7.1 Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus transkutan	7.200	10.086	1.810	915	508	1.003	3.698	609	5.643	7.675	2.901	878	2.189	905	1.795	1.192	1.549	50.556
7.2 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Rektum)	251	39	41	8	32	5	37	6	AB 7.1	76	k.A.	51	46	9	32	24	12	669
7.3 Abdomen und Retroperitoneum, B-Modus, transkavitär (Magen-Darm)	120	39	35	4	53	2	21	8	AB 7.1	76	k.A.	51	23	0	7	15	7	461
7.4 Abdomen und Retroperitoneum, Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche B-Modus, transkutan	1.248	1.371	296	109	52	587	567	71	718	AB 7.1	574	234	243	97	205	162	314	6.848
8.1 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkutan	4.256	14.082	784	620	198	848	1.779	121	2.744	4.197	1.169	479	1.433	120	277	537	1.709	35.353
8.2 Uro-Genitalorgane, B-Modus, transkavitär	540	466	180	76	82	88	92	62	AB 8.1	435	k.A.	152	188	0	113	97	126	2.697
8.3 weibliche Genitalorgane, B-Modus	1.652	4.131	685	314	145	1.045	925	221	1.169	1.502	587	166	642	299	394	299	340	14.516
9.1 geburtshilfliche Basisdiagnostik, B-Modus	1.521	3.737	637	312	142	350	909	211	1.111	1.482	548	135	575	289	396	296	332	12.983
9.1a systematische Untersuchung der fetalen Morphologie	1.313	1.525	477	224	120	278	768	165	915	1.248	481	131	445	250	330	239	293	9.202
9.2 weiterführende Differentialdiagnostik des Feten, B-Modus	761	883	454	40	59	139	493	28	605	461	250	129	74	88	143	107	183	4.897
10.1 Bewegungsorgane (ohne Säuglingshüften), B-Modus	1.178	1.963	475	150	100	301	552	104	925	1.205	453	135	379	124	252	193	214	8.703
10.2 Säuglingshüfte, B-Modus	1.128	1.474	236	145	81	130	611	87	760	1.107	355	125	349	115	247	172	669	7.791
11.1 Venen der Extremitäten, B-Modus	1.431	1.524	317	142	104	252	832	61	1.091	1.280	367	147	339	86	273	102	228	8.576
12.1 Haut, B-Modus	22	5	2	0	1	5	6	9	45	67	AB 12.2	2	4	10	3	2	3	186
12.2 Subcutis und subkutane Lymphknoten, B-Modus	170	19	3	0	8	5	6	7	AB 12.1	67	3	10	39	10	3	28	3	381

► 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)																	18)
20.1 CW-Doppler – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.381	2.296	320	188	106	296	742	76	1.179	1.107	503	168	228	136	256	142	371	9.495
20.2 CW-Doppler – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	1.298	1.792	165	113	75	217	434	41	1.253	762	503	137	202	0	130	136	373	7.631
20.3 CW-Doppler – extremitäten-entsorgende Gefäße	176	AB 20.2	164	113	1	217	69	1	AB 20.2	45	AB 20.2	3	146	92	1	38	2	1.068
20.4 CW- oder PW-Doppler – Gefäße des männlichen Genitalsystems	229	341	93	14	34	22	144	10	210	122	82	27	54	25	55	29	51	1.542
20.5 PW-Doppler – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	400	545	81	38	36	107	218	37	298	166	142	67	74	29	68	49	58	2.413
20.6 Duplex-Verfahren – extrakranielle hirnversorgende Gefäße	1.004	1.470	247	159	87	221	521	85	763	357	298	75	270	113	180	94	213	6.157
20.7 Duplex-Verfahren – intrakranielle hirnversorgende Gefäße	274	271	52	44	48	61	145	13	177	866	112	37	77	23	76	54	35	2.365
20.8 Duplex-Verfahren – extremitätenver- / entsorgende Gefäße	835	1.085	230	140	59	136	497	57	607	335	241	50	212	0	118	79	146	4.827
20.9 Duplex-Verfahren – extremitätenentsorgende Gefäße	172	AB 20.8	228	140	2	136	110	2	AB 20.8	690	AB 20.8	3	176	82	7	31	1	1.780
20.10 Duplex-Verfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum	1.020	1.136	242	142	80	123	595	55	770	51	302	72	220	64	156	124	190	5.342
20.11 Duplex-Verfahren – Gefäße des weiblichen Genitalsystems	389	570	155	21	35	129	271	14	339	772	106	74	146	17	38	77	140	3.293
21.1 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transthorakal	663	3.015	208	131	40	105	420	75	510	404	259	75	208	99	100	92	122	6.526
21.2 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Jugendliche, Erwachsene, transoesophageal	236	660	45	31	40	59	240	10	357	555	139	19	71	0	44	18	38	2.562
21.3 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transthorakal	62	135	25	12	4	67	28	11	58	171	98	3	19	10	16	17	26	762
21.4 Doppler-Echokardiographie (einschließlich Duplex), Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, transoesophageal	5	AB 21.2	3	0	2	30	7	0	144	AB 21.2	40	2	3	0	0	0	2	238
22.1 Duplex-Verfahren – Fetales Kardiovaskuläres System	150	151	61	20	14	k. A.	66	17	AB 21.4	175	36	33	24	12	31	28	40	858
22.2 Duplex-Verfahren – Feto-maternal Gefäßsystem	618	715	161	73	60	154	328	46	559	569	214	99	274	93	119	148	168	4.398

GERÄTEPRÜFUNGEN / APPARATIVE AUSSTATTUNG

Ultraschall-Systeme																		
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2018)	15.401	32.280	14.400	1.719	874	2.162	6.954	1.459	10.470	10.473	9.366	1.266	3.536	4.158	2.889	4.469	17.269	139.145
gemeldete Ultraschallsysteme gemäß § 2 (31.12.2019)	15.278	30.749	15.183	1.750	880	1.783	7.063	1.440	13.796	10.432	9.768	1.335	3.608	4.198	2.956	4.706	18.003	142.928
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 9 (Wartungsprotokolle) 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	734	2.414	143	42	8	0	264	42	554	163	11)	2	417	197	132	5	641	5.758
Konstanzprüfungen nach § 13 Abs. 3 (Bilddokumentation) 4 bzw. 6 Jahre nach Abnahmeprüfung (§ 9)																		
geprüfte Ultraschallsysteme gemäß § 2c	379	2.645	129	58	0	0	435	61	603	484	11)	121	4	323	104	448	1964	7.758

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
							9)			10)		13)				16), 17)		

■ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 11

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

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

geprüfte Ärzte	674	931	5)	98	61	42	109	84	561	291	271	85	229	50	198	105	542	4.331
– davon ohne Beanstandung	201	454		74	33	15	12	8	346	101	160	59	168	33	84	60	248	2.056
– davon mit geringer Beanstandung	314	331		15	22	13	33	56	162	129	100	20	50	15	104	18	184	1.566
– davon mit erheblicher Beanstandung	63	47		8	5	7	28	16	22	17	8	1	4	2	5	11	33	277
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	96	99		1	1	7	36	4	31	44	3	5	7	0	5	16	77	432
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	5,7	5,9	0,0	5,7	6,1	2,0	1,8	6,4	6,3	2,5	6,0	6,7	6,2	2,9	6,8	5,2	6,1	4,9

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	3.369	4.655	5)	490	300	230	545	420	2.804	1.455	1.353	425	1.101	248	990	525	2.710	21.620
– davon ohne Beanstandung	1.754	2.270		304	230	109	60	126	2.112	505	1.088	347	935	196	673	358	1.678	12.745
– davon mit geringer Beanstandung	971	1.655		140	37	60	165	232	427	645	223	45	127	44	270	60	626	5.727
– davon mit erheblicher Beanstandung	350	235		41	21	34	140	48	89	85	29	5	17	6	31	45	238	1.414
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	294	495		5	12	27	180	14	176	220	11	28	22	2	16	62	168	1.732
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	120	84		16	6	17	63	1	35	91	6	5	16	0	9	18	29	516
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	111	0		0	0	0	39	8	16	33	0	0	2	0	1	2	81	293
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	107	83		25	11	34	132	16	96	73	18	2	26	5	19	91	103	841
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	256	44		2	0	14	201	1	114	69	6	0	38	0	18	64	68	895
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	270	103		1	6	20	93	4	135	79	7	0	8	3	16	64	68	877
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	136	338		9	18	5	18	2	210	231	6	10	13	3	15	0	20	1.034
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	350	192		9	15	42	110	12	187	371	17	5	37	0	11	195	278	1.831
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	135	79		1	3	0	131	41	67	148	23	1	5	5	11	195	113	958

► Fortsetzung nächste Seite

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE		
					9)				10)				13)				16), 17)			
Prüfungen gemäß § 11 Abs. 2 b) (Schwerpunkt)																				
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																				
geprüfte Ärzte	211	388	5)	10	30	14	59	0	271	17	101	41	112	2	97	11	262	1.626		
– davon ohne Beanstandung	64	182		7	18	2	8		172	6	49	30	82	2	41	9	121	793		
– davon mit geringer Beanstandung	102	154		2	8	7	16		77	6	47	9	24	0	55	0	99	606		
– davon mit erheblicher Beanstandung	13	19		1	4	4	13		11	4	5	0	2	0	1	2	15	94		
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	32	33		0	0	1	22		11	1	0	2	4	0	0	0	27	133		
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	1,8	2,5	0,0	0,6	3,0	0,7	1,0	0,0	3,0	0,1	2,2	3,2	3,0	0,1	3,3	0,5	2,9	1,8		
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																				
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	1.054	1.940	5)	50	148	80	295	0	1.355	85	503	205	545	10	485	55	1.310	8.120		
– davon ohne Beanstandung	605	910		36	117	26	40		1.034	30	371	166	466	10	338	46	833	5.028		
– davon mit geringer Beanstandung	256	770		10	13	37	80		223	30	116	29	62	0	141	2	327	2.096		
– davon mit erheblicher Beanstandung	87	95		4	14	12	65		37	20	14	5	4	0	4	6	100	467		
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	112	165		0	4	5	110		61	5	1	5	13	0	2	1	50	534		
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der ärztlichen Dokumentation, darunter Beanstandungen																				
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 4: Fragestellung bzw. Indikation der Untersuchung	45	32		1	5	10	39		15	0	1	5	10		1	1	9	174		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 5: ggf. eingeschränkte Untersuchungsbedingungen bzw. Beurteilbarkeit	29	0		0	0	0	13		2	0	0	0	0		0	0	30	74		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 6: organspezifische Befundbeschreibung, außer bei Normalbefunden	44	35		3	6	10	72		41	0	10	2	14		6	3	38	284		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 7: (Verdachts-)Diagnose	98	13		0	0	9	110		51	0	5	0	23		1	3	26	339		
– wegen § 10 Abs. 2 Nr. 8: abgeleitete diagnostische und / oder therapeutische Konsequenzen und / oder abgeleitetes anderweitiges Vorgehen	100	20		0	1	12	52		66	0	4	0	1		2	3	26	287		
bei erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen der Bilddokumentation, darunter Beanstandungen																				
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 1: Inhalte nach Anlage III Nummer 6	50	92		0	13	2	4		102	0	0	4	1		2	0	15	285		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 2: Darstellung der Schnittebenen bei Normalbefund	99	100		0	8	10	67		96	19	7	2	21		2	25	90	546		
– wegen § 10 Abs. 4 Nr. 3: Darstellung der Schnittebenen bei pathologischem Befund	53	26		1	1	0	73		35	6	11	1	2		3	25	45	282		

► Fortsetzung nächste Seite

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
9)																		
Wiederholungsprüfungen gemäß § 11 Abs. 5																		
Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
geprüfte Ärzte	78	94	5)	7	8	15	40	4	29	39	8	5	7	10	11	5	79	439
– davon ohne Beanstandung	16	27		6	6	6	6	0	23	21	4	4	3	5	3	3	24	157
– davon mit geringer Beanstandung	48	34		1	2	7	12	4	5	15	3	1	4	3	8	1	45	193
– davon mit erheblicher Beanstandung	2	1		0	0	1	12	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	20
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	12	7		0	0	2	10	0	1	1	1	0	0	2	0	1	9	46
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
geprüfte ärztliche Dokumentationen und zugehörige Bilddokumentationen	389	470	5)	35	40	75	200	20	145	195	50	25	27	50	55	25	390	2.191
– davon ohne Beanstandung	157	135		30	30	41	30	7	110	105	26	24	20	30	36	18	210	1.009
– davon mit geringer Beanstandung	162	170		5	9	15	60	12	28	75	11	1	7	10	18	2	132	717
– davon mit erheblicher Beanstandung	40	5		0	1	13	60	1	1	10	11	0	0	4	1	5	32	184
– davon mit schwerwiegender Beanstandung	30	35		0	0	6	50	0	6	5	2	0	0	6	0	0	23	163
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 6	15	2	5)	0	2	1	1	0	2	3	1	0	0	3	0	8	11	49
– davon bestanden	13	2			2	1	1		2	3	1			2		8	8	43
– davon nicht bestanden	2	0			0	0	0		0	0	0			1		0	2	5
Widerrufe der Abrechnungs-genehmigung – Ärzte	3	2	0	0	1	0	3	0	0	k. A.	0	0	0	1	4	0	3	17

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⁾ Eine differenzierte maschinelle Datenerhebung nach Erstanträgen und Anträgen zum Geräte-, Statuswechsel etc. ist nicht möglich! ⁵⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁶⁾ Statuswechsler in „neu nach § 14“ enthalten. ⁷⁾ Neugenehmigungen enthalten 302 Teilgenehmigungen. ⁸⁾ Apparative Ausstattung: Stichtag für Anzahl gemeldete Systeme abweichend 10.03.2020, gezählt werden Konsolen, ggf. mit mehreren Schallköpfen. Anzahl Konstanzprüfungen bezieht sich auf Schallköpfe. ⁹⁾ Prüfungsvolumen nicht erreicht wegen Personalmangels, Widerrufe waren freiwillige Rückgaben aufgrund von Beanstandungen. Zusätzlich 27 Beratungsgespräche. ¹⁰⁾ Umfang der dokumentationsbezogenen Angaben durch Mehrfachnennung begründet. ¹¹⁾ 2015 wurde bei allen Ultraschallsystemen gemäß § 2c eine Abnahmeprüfung durchgeführt, Konstanzprüfung erfolgt 2021. Dokumentationsprüfung: 3 Dokumentationen konnten nicht bewertet werden. ¹²⁾ Bei 7 Anträgen wurde nur die fachliche Qualifikation bestätigt (Gerät nicht nachgewiesen). ¹³⁾ Neben den dargestellten Beanstandungsarten wurde bei 12 Dokumentationen beanstandet, da falsche Leistung abgerechnet (davon 8 in den Schwerpunktprüfungen). ¹⁴⁾ Widerrufe Säuglingshüfte siehe dort. ¹⁵⁾ Statuswechsler etc. nicht separat ermittelbar. ¹⁶⁾ Beanstandungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 werden nicht gesondert von Nr. 2 ausgewiesen. ¹⁷⁾ Beanstandungen nach § 10 Abs. 2 Nr. 8 werden nicht gesondert von Nr. 7 ausgewiesen. ¹⁸⁾ In Genehmigungsanträgen enthalten: 156 Rückzüge (Ärzte) bzw. 298 (Anwendungsbereiche); Apparative Ausstattung: berichtet werden Sonden, Konsolen wären 8047/335/1005; Weitere QS: Durchführung von 80 verpflichtenden und 7 empfohlenen persönlichen Beratungsgesprächen (§ 11 Abs. 4).

ZAHLEN

ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

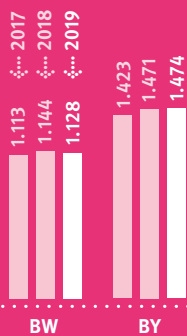


7.596
2017

7.694
2018

7.784
2019

ÄRZTINNEN/ÄRZTE
MIT GENEHMIGUNG



225
231
235

130
134
144

79
82
81

116
120
126

588
602
611

83
88
87

728
748
759



347
346
355

121
120
119

342
343
349

109
112
115

244
243
247

161
166
178

624
654
669

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

23.891

ÜBERPRÜFTE DOKUMENTATIONEN



20.887

REGELGERECHT STUFE I:
KEINE/GERINGFÜGIGE MÄNGEL



2.514

EINGESCHRÄNKT STUFE II:
GERINGE MÄNGEL



493

UNZUREICHEND STUFE III:
SCHWERWIEGENDE MÄNGEL

FALSCH KORREKT



➔ PraxisWissen Spezial
„Sonografie der Säuglingshüfte“,
Informationen zur Durchführung,
Dokumentation und Fehlervermeidung:
www.kbv.de/html/themen_2856.php

ERSTANTRAG

PRÜFUNG
12 FÄLLE

ERGEBNISSE UND MAßNAHMEN



STUFE II: < 3 Fälle
STUFE III: 0 Fälle

Stichproben-
prüfungen –
2 Jahre nach
Initialprüfung,
ansonsten
alle 5 Jahre



STUFE II: 3–5 Fälle
STUFE III: 1 Fall

Stichprobenprüfungen nach 1 Jahr
Nach mehrfacher Wiederholungs-
prüfung entscheidet die
QS-Kommission über die Einleitung
qualitätsfördernder Maßnahmen,
z. B. Fortbildungskurs, Kolloquium.



STUFE II: > 5 Fälle
STUFE III: > 1 Fall

Vorerst keine
Abrechnung
mehr möglich

Ja

Nein

Fortbildungskurs
innerhalb von
12 Monaten

ERNEUTER ANTRAG
> 6 Monate +
erfolgreiche Teilnahme
an einem Kolloquium

WIDERRUF

Fortbildungskurs gem.
Anhang 1 der Anlage V oder
Abschlusskurs gem. § 6
Ultraschallvereinbarung

► ULTRASCHALLDIAGNOSTIK DER SÄUGLINGSHÜFTE

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

✓ GENEHMIGUNGEN

Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	1.144	1.471	231	134	82	120	602	88	748	1.090	346	120	343	112	243	166	654	7.694
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	1.128	1.474	235	144	81	126	611	87	759	1.107	355	119	349	115	247	178	669	7.784
beschiedene Anträge ²⁾	76	535	62	10	6	23	96	4	134	121	47	6	35	7	18	15	39	1.234
neu	75	410	13	10	6	23	49	4	51	117	21	2	14	5	18	15	39	872
– davon Genehmigungen	68	406	13	10	6	23	40	4	50	112	21	2	7	5	16	15	34	832
– davon Ablehnungen	7	4	0	0	0	0	9	0	1	5	0	0	7	0	2	0	5	40
erneut gemäß § 11 Abs. 4	1	0	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0	1	0	0	0	0	11
– davon Genehmigungen	1								7	2			1					11
– davon Ablehnungen	0								0	0			0					0
neu wg. Statuswechsel u. ä.	0	125	49	5)	0	5)	47	0	76	2	26	4	20	2	k. A.	0	5)	351
– davon Genehmigungen		111	49				47		76	2	26	4	20	2				337
– davon Ablehnungen		14	0				0		0	0	0	0	0	0				14
Kolloquien gemäß § 11 Abs. 4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden			1															1
– davon nicht bestanden			0															0
Widerrufe von Abrechnungs-genehmigungen gemäß § 11 Abs. 4	4	4	0	0	5	k. A.	0	0	2	0	1	0	7	0	2	2	3	30
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	1	5	9	0	0	17	k. A.	5	36	0	36	3	22	2	12	4	0	152

■ DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN

Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

Initialprüfungen

abrechnende Ärzte	862	1.093	192	101	67	119	422	75	604	1.048	291	89	306	112	183	137	k. A.	5.701
geprüfte Ärzte	42	49	4)	3	7	9	8	3	33	38	18	4	23	5	44	18	52	356
– davon Anforderungen erfüllt	29	29		3	3	4	7	3	25	26	15	4	13	5	13	16	36	231
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	7	15		0	1	3	1	0	7	11	0	0	5	0	13	2	8	73
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	6	5		0	3	2	0	0	1	1	3	0	5	0	18	0	8	52
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	10	30	4)	0	1	4	0	0	10	11	3	3	4	1	6	1	6	90
– davon Anforderungen erfüllt	7	20			1	3			4	9	3	3	3	1	2	0	4	60
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	2	7			0	1			4	2	0	0	0	0	0	1	2	19
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1	3			0	0			2	0	0	0	1	0	4	0	0	11
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	1	0			0	k. A.			3	0	0	0	0	0	0	0	0	4
darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0							0				0		0		0	0
Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	1	0			0	0			1	0	3	0	0	0	0	0	4	9
Ärzte, die an einem Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	2			0	0			0	0	0	0	2	0	0	0	0	4

Prüfungen innerhalb 2 Jahre

geprüfte Ärzte	32	41	4)	1	6	14	4	4	21	18	15	1	13	1	19	10	44	244
– davon Anforderungen erfüllt	27	22		1	4	10	4	3	14	16	13	1	6	0	14	8	37	180
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	5	19		0	0	3	0	1	6	2	0	0	6	1	1	0	5	49
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	0	0		0	2	1	0	0	1	0	2	0	1	0	4	2	2	15

► 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
	7)										8)							
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	3	5	4)	0	0	10	0	1	12	0	2	0	1	0	4	2	2	42
– davon Anforderungen erfüllt	2	3				7		1	9		1		1		2	1	1	28
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	0	2				2		0	2		0		0		1	0	0	7
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	1	0				1		0	1		1		0		1	1	1	7
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	0	0				0		0	2		0		0		1	0	0	3
darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0							0		0		0		0	0	0	0
Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0				0		0	1		2		0		0	1	1	5
Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	0	0				0		0	0		1		0		0	0	0	1
Prüfungen innerhalb 5 Jahre																		
geprüfte Ärzte	141	291	4)	9	1	6	142	10	99	134	67	22	62	21	33	22	118	1.178
– davon Anforderungen erfüllt	122	202		9	1	3	140	9	77	116	62	19	54	18	5	16	96	949
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	18	84		0	0	3	0	1	17	18	5	1	3	2	11	5	15	183
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b	1	5		0	0	0	2	0	5	0	1	2	5	1	17	1	7	47
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 2a	5	59	4)	0	0	6	7	3	8	4	5	2	8	2	3	3	8	123
– davon Anforderungen erfüllt	4	37				3	6	3	5	3	5	2	4	1	2	1	7	83
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2a	1	20				3	0	0	3	1	0	0	2	0	1	1	0	32
– davon mit Beanstandungen gemäß § 9 Abs. 2b i.V.m. § 11 Abs. 3 – Aussetzung der Genehmigung	0	2				0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	8
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen	1	0				0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	5
darunter Kolloquien gemäß § 7 Abs. 2	0	0					0		0				0	0	0	0	0	0
Ärzte, die an einem Fortbildungskurs teilgenommen haben	0	0				0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	7
Ärzte, die an einen Abschlusskurs gemäß § 6 der US-Vereinbarung teilgenommen haben	1	3				0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	6
Beratungen gemäß § 10 Abs. 2	0	6		0	0	2	0	0	10	0	6	0	9	1	35	0	5	74
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
insgesamt geprüfte Dokumentationen	2.788	5.700	4)	236	178	336	1.932	252	2.194	2.348	1.320	379	1.320	360	1.308	672	2.568	23.891
– davon regelgerecht (Stufe I)	2.638	4.764		232	139	261	1.893	210	1.847	2.156	1.268	366	1.096	322	808	597	2.290	20.887
– davon eingeschränkt (Stufe II)	85	873		4	26	67	13	41	278	186	9	2	188	16	428	50	248	2.514
– davon unzureichend (Stufe III)	65	63		0	13	8	26	1	69	6	34	11	48	22	72	25	30	493
Ausgesprochene Empfehlungen gemäß § 10 Abs. 3	1	0		0	6	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	10
Bei Dokumentationen der Stufe III analog § 8 Abs. 2, davon Mängel																		
– ausschließlich in der Bilddokumentation	25	53			3	6)	25	1	39	6	28	11	26	25	50	24	26	342
– ausschließlich in der schriftlichen Dokumentation	2	0			0	6)	0	0	1	0	2	0	3	0	13	0	2	23
– sowohl in der Bild- als auch in der schriftlichen Dokumentation	38	10			10	6)	1	0	29	0	4	0	19	7	9	1	2	130

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) Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. 5) Statuswechsel in „neu“ enthalten. 6) Kann z.Zt. nicht ermittelt werden. 7) 9 Dokumentationen konnten nicht bewertet werden. 8) Nach Beanstandung gemäß § 9 Abs. 2 b) erfolgt keine Aussetzung der Genehmigung, sondern Beratungsgespräch gemäß § 10 Abs. 2 und dann zeitnahe Überprüfung weiterer Dokumentationen.

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

✓	340	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
⋮	160	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	1.430	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)
📊	284	PRÜFUNGEN FREQUENZERFÜLLUNG

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



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

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

FREQUENZREGELUNG: jährliche Durchführung von 25 Vakuumbiopsien

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

REZERTIFIZIERUNG / WARTUNGSNACHWEIS / KONSTANZPRÜFUNG /

RINGVERSUCHE: Konstanzprüfung des Stereotaxie-Geräts

PRAXISBEGEHUNG / HYGIENEPRÜFUNG: Praxisbegehungen

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

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

BERATUNG: gegebenenfalls bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	5)								8)	9)							11)	
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	47	47	14	9	6	6	19	12	36	41	7	4	12	11	11	8	32	322
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	47	52	13	11	5	7	20	11	33	45	8	6	14	12	10	8	38	340
beschiedene Anträge ²⁾	3	20	13	2	0	1	1	0	3	7	1	2	3	1	5	0	25	87
neu	3	20	13	2		1	1		3	7	1	2	3	1	5		25	87
– davon Anzahl Genehmigungen	3	20	13	2		1	1		3	7	1	2	3	1	5		25	87
– davon Anzahl Ablehnungen	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0
erneut gemäß § 8 Abs. 5	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0
erneut gemäß § 9 Abs. 6	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0		0	0
Kolloquien gemäß § 12 Abs. 2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
– davon bestanden	1																	1
– davon nicht bestanden	0																	0
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	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	4
– davon wegen nicht Erreichen Mindestzahl gemäß § 8 Abs. 4	1								1						1			3
– davon wegen Mängeln in der Dokumentationsprüfung gemäß § 9 Abs. 5	0								1						0			1
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	3	0	2	0	0	0	k.A.	0	2	1	0	0	1	1	3	0	4	17

› Fortsetzung nächste Seite

VAKUUMBIOPSIE DER BRUST

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

DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN § 9

Prüfungsumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)

abrechnende Ärzte	34	k. A.	k. A.	11	6	5	10	5	32	40	7	6	12	13	10	8	26	225
geprüfte Ärzte gemäß § 9 Abs. 1	32	20	5)	5	6	5	7	0	19	31	5	0	10)	10)	8	2	15	155
– davon bestanden	26	18		5	6	7)	6		10	30	4				8	2	13	128
– davon nicht bestanden	6	2		0	0	7)	1		8	1	1				0	0	2	21
Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres geprüft, in %	68,1	42,6	0,0	55,6	100,0	83,3	36,8	0,0	52,8	75,6	71,4	0,0	0,0	0,0	72,7	25,0	46,9	48,1
Wiederholungsprüfungen gemäß § 9 Abs. 5 a	0	2	5)	0	0	0	0	0	1	0	1	0	10)	10)	0	0	1	5
– davon bestanden		2							1		1						0	4
– davon nicht bestanden		0							0		0						1	1
Kolloquium gemäß § 9 Abs. 5 b	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	1	2
– davon bestanden	1																1	2
– davon nicht bestanden	0																0	0
vorgezogene Überprüfungen gemäß § 9 Abs. 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0			0	0	0	6
– davon bestanden										6								6
– davon nicht bestanden										0								0

Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)

geprüfte Dokumentationen	318	220	5)	50	47	7)	70	0	180	230	60	0	10)	10)	80	20	155	1.430
– davon vollständig und nachvollziehbar	253	217		50	47		60		125	228	49				80	20	138	1.267
– davon vollständig aber nicht nachvollziehbar	1	0		0	0		10		35	1	1				0	0	6	54
– davon nicht vollständig aber nachvollziehbar	61	2		0	0		0		5	1	0				0	0	4	73
– davon weder vollständig noch nachvollziehbar	3	1		0	0		0		15	0	10				0	0	7	36

PRÜFUNGEN FREQUENZREGELUNG

Nachweise der fachlichen Befähigung (mindestens 25 Vakuumbiopsien)																		
< 25	17	6	5)	0	1	4	1	1	4	2	0	0	4	4)	1	0	0	41
≥ 25	24	40	5)	11	5	1	18	9	28	40	8	4	10	4)	7	8	30	243

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 Überprüfung der Frequenzregelung ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht abgeschlossen. ⁵⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁶⁾ entfällt. ⁷⁾ Ergebnisse Dokumentationsprüfung liegen noch nicht vor, Frequenzregelung außerhalb erbrachter Leistungen wird noch geprüft. ⁸⁾ Davon 2 Erstanträge. 1 Prüfung noch nicht abgeschlossen wegen fehlender Unterlagen. ⁹⁾ Davon 5 Neugenehmigungen. ¹⁰⁾ Dokumentationsprüfung durch KV-übergreifende Kommission wurde aus organisatorischen Gründen verschoben. ¹¹⁾ Davon 10 Neugenehmigungen.

› ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER CERVIX UTERI

✓	806	ÄRZTE UND ÄRZTINNEN MIT GENEHMIGUNG
■ ■ ■	364	STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNGEN (ÄRZTE / ÄRZTINNEN)
🔍	4.248	GEPRÜFTE DOKUMENTATIONEN (PATIENTINNEN)

Vereinbarung von Qualifikationsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie),
Rechtsgrundlage: § 135 Abs. 2 SGB V, Gültigkeit: seit 01.01.2015 (vormalige Versionen seit dem 01.07.1992), zuletzt geändert zum: 01.01.2020

Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), Abschnitt III,
Rechtsgrundlage: § 25a Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, Gültigkeit: seit 19.10.2018, zuletzt hierzu geändert zum: 01.01.2020

AKKREDITIERUNG: Prüfung der fachlichen Befähigung des Arztes oder der Ärztin; Vorgaben zu apparativen und räumlichen Voraussetzungen; organisatorische Vorgaben
EINGANGSPRÜFUNG: Präparateprüfung (20 zytologische Präparate)

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

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

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

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

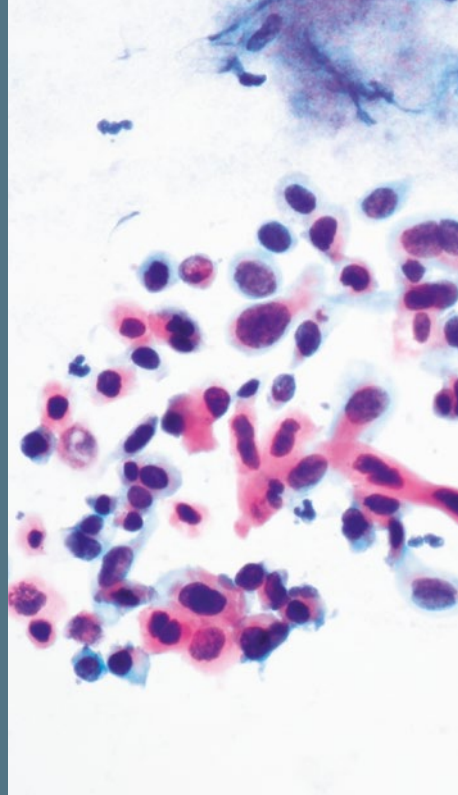
FORTBILDUNG / QUALITÄTSZIRKEL: zytologieverantwortlicher Arzt oder zytologieverantwortliche Ärztin: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls als Qualitätszirkel; Präparatebefunder oder -befunderin: alle zwei Jahre 40 Stunden, gegebenenfalls zur Hälfte als interne Fortbildung

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION: Jahresstatistik wird in elektronischer Form übermittelt

EINZELFALLPRÜFUNG DURCH STICHPROBEN- / DOKUMENTATIONSPRÜFUNG: zweijährliche Dokumentationsprüfung von zwölf Präparaten mit Dokumentationen; jährliche Statistik der Zytologen 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 Zytologen; jährliche statistische Auswertung an Partner des Bundesmantelvertrags

BERATUNG: eingehende Beratung bei Beanstandungen in der Dokumentationsprüfung



➤ ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
	4)								8)									
✓ GENEHMIGUNGEN																		
Ärzte ¹⁾ mit Genehmigung, Stand 31.12.2018	101	131	43	20	14	25	51	13	87	105	35	29	27	13	28	16	95	833
Ärzte mit Genehmigung, Stand 31.12.2019	98	121	40	18	13	23	54	14	83	101	35	28	26	15	26	14	97	806
beschiedene Anträge ²⁾	9	8	18	1	3	0	7	1	13	3	1	3	1	2	1	1	10	82
neu	9	8	18	1	3		7	1	13	3	1	3	1	2	1	1	10	82
– davon Genehmigungen	9	2	18	1	2		6	1	13	3	1	3	1	2	1	1	10	74
– davon Ablehnungen	0	6	0	0	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
erneut gemäß § 7 Abs. 7	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nach Widerruf gemäß § 8 Abs. 4	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Präparateprüfungen gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3	2	8	0	0	2	0	1	0	3	0	0	3	0	2	0	2	3	26
– davon bestanden	2	2			1		0		2			3		2		1	2	15
– davon nicht bestanden	0	6			1		1		1			0		0		1	1	11
Praxisbegehungen gemäß § 11 Abs. 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe von Abrechnungsgenehmigungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen ³⁾	0	10	3	3	0	2	k.A.	0	10	9	1	2	2	0	3	1	1	47
■ ÜBERPRÜFUNG DER PRÄPARATEQUALITÄT UND DER ÄRZTLICHEN DOKUMENTATION § 7																		
Prüfumfang und -ergebnisse (bezogen auf Ärzte)																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3	6	121	5)	3	0	0	44	0	35	63	4	12	4	9	9	0	46	356
– davon bestanden	5	109		3			43		33	63	4	10	3	8	8		46	335
– davon nicht bestanden	1	12		0			1		2	0	0	2	1	1	1		0	21
Prüfungen (§ 7 Abs. 3) bezogen auf Ärzte mit Genehmigung zum 31.12. des Vorjahres, in %	5,9	92,4	0,0	15,0	0,0	0,0	86,3	0,0	40,2	60,0	11,4	41,4	14,8	69,2	32,1	0,0	48,4	42,7
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6 – Ärzte	1	0	5)	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	1	0	0	1	8
– davon bestanden	1								2		3			1			0	7
– davon nicht bestanden	0								0		0			0			1	1
Kolloquien gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Widerrufe gemäß § 7 Abs. 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

➤ Fortsetzung nächste Seite

➤ ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG VON ABSTRICHEN DER ZERVIX UTERI

Kassenärztliche Vereinigungen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	ALLE
Prüfergebnisse (bezogen auf Dokumentationen)																		
Prüfungen gemäß § 7 Abs. 3																		
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	60	1.440	5)	36	0	0	528	0	420	756	48	144	48	108	108	0	444	4.140
– davon ohne Beanstandungen	55	1.308	7)				526		413	756	48	132	36	105	97		444	3.920
– davon mit Beanstandungen	5	144	7)				2		7	0	0	12	12	3	11		0	196
bei Beanstandungen																		
– darunter mit nicht ausreichender technischer Präparatequalität	1	144					1		4			0	12	0	5			167
– darunter mit nicht zutreffender / unvollständiger Präparatebeurteilung	0	108					2		2			12	0	3	6			133
– darunter mit unvollständiger Dokumentation	5	0					1		1			12	12	0	2			33
Wiederholungsprüfungen gemäß § 7 Abs. 6																		
geprüfte Präparate und zugehörige ärztliche Dokumentation	12	0	5)	7)	0	0	0	0	24	0	36	0	0	12	0	0	24	108
– davon ohne Beanstandungen	12								24		36			12			24	108
– davon mit Beanstandungen	0								0		0			0			0	0
JAHRESSTATISTIK § 8 Abs. 4																		
abrechnende Labore (2019)	72	86	25	10	9	16	37	7	44	69	21	27	12	11	18	9	65	538
vorgelegte Jahresstatistiken bezogen auf abrechnende Praxen, in %	97,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	64,9	100,0	113,6	100,0	100,0	100,0	116,7	100,0	100,0	100,0	93,8	98,0
vorgelegte Jahresstatistiken (Berichtsjahr 2018)	70	86	25	10	9	16	24	7	50	69	21	27	14	11	18	9	61	527
– davon ohne Auffälligkeiten	54	52	24	10	6	16	22	6	45	67	1	20	8	2	14	9	59	415
– davon mit Auffälligkeiten	16	34	1	0	3	0	2	1	5	2	20	7	6	9	4	0	2	112
Aufforderungen zur schriftlichen Stellungnahme	10	34	1	0	3	0	2	0	4	2	10	7	1	1	3	0	2	80
– davon ausreichend begründete Stellungnahmen	10	34	6)		3		2		2	2	10	7	0	1	6)		2	73
– davon nicht ausreichend begründete Stellungnahmen	0	0	6)		0		0		2	0	0	0	1	0	6)		0	3
Kolloquien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

¹⁾ Es wurde in der Tabelle nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint. ²⁾ Angaben zu Anträgen und Rückgaben / Beendigungen von Genehmigungen umfassen zum Teil Statuswechsel, Standortverlegungen, Geräteänderungen und anderes. ³⁾ Beendigungen können nicht immer exakt abgebildet werden. ⁴⁾ Davon keine Neugenehmigung. ⁵⁾ Seit Juli 2018 Aussetzung aller Qualitätsprüfungen, die auf der Vorlage nicht pseudonymisierter Patientendokumentationen basieren. ⁶⁾ Beurteilung der Stellungnahme durch die Kommission steht noch aus. ⁷⁾ Prüfung konnte noch nicht abgeschlossen werden. ⁸⁾ Davon 6 Erstanträge.

05

HINTERGRUNDINFOS UND SERVICE



› DIMENSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

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

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

Zugänglichkeit als geographisch und zeitlich angemessene Versorgungsstruktur,

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

Gerechtigkeit im Sinne der Gleichheit der Versorgung für alle,

Patientinnen- und Patientensicherheit durch das Minimieren von Risiken.

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

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



› GESETZLICHE GRUNDLAGEN DER QUALITÄTSSICHERUNG



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 von Ärzten / Ärztinnen, Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss,
- der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztékammern und KVen).

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

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

NORMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

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

§ 70 QUALITÄT, HUMANITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT

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

§ 75 INHALT UND UMFANG DER SICHERSTELLUNG

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

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

§ 91 GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und wird von der KBV, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband gebildet. Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei unparteiischen Mitgliedern sowie zehn weiteren Mitgliedern, von denen fünf von den Organisationen der sogenannten Leistungserbringer benannt werden (eines von der KZBV und jeweils zwei von der KBV und der DKG) und

fünf vom GKV-Spitzenverband. Bei Beschlüssen, die nicht alle Leistungssektoren betreffen, werden seit dem 1. Februar 2012 alle fünf Stimmen der Leistungserbringerseite anteilig auf diejenigen Mitglieder übertragen, die von der betroffenen Leistungserbringerorganisation benannt worden sind.

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

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

§ 92 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

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

§ 135 BEWERTUNG VON UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

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

- zur Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode,
- zur notwendigen Qualifikation der Ärzte und Ärztinnen,
- zu den apparativen Anforderungen,
- zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

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

Nach § 135 Abs. 2 SGB V können die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach

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

einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen für Vertragsärzte im Rahmen von Qualitätssicherungsvereinbarungen beschließen. Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen in die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen. Zur Erhöhung der Transparenz sind die entscheidungserheblichen Gründe entweder im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekanntzumachen.

§ 135a VERPFLICHTUNG DER LEISTUNGSERBRINGER ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

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

§ 135b FÖRDERUNG DER QUALITÄT DURCH DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

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

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

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

§ 136 RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

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

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

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

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

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

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

§ 137 DURCHSETZUNG UND KONTROLLE DER QUALITÄTSANFORDERUNGEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

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

Vergütungsabschläge sind ebenfalls vorgesehen, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser unterschritten wird, es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.

§ 137a INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND TRANSPARENZ IM GESUNDHEITSWESEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 hat zum 9. Januar 2015 ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet. Hierzu hat er eine Stiftung des privaten Rechts errichtet, die Trägerin des Instituts ist.

Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

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

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

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

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

§ 137f STRUKTURIERTE BEHANDLUNGSPROGRAMME BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit geeignete chronische Krankheiten, für welche strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern.

Folgende Kriterien sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

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

§ 139a INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN

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

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

ARZTSTRUKTUR 2019

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG TEILNEHMENDE ÄRZTE,
ÄRZTINNEN, PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN
QUELLE: BUNDESARZTREGISTER, STAND 31. DEZEMBER 2019

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	ÄRZTE / ÄRZTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN / PSYCHOTHERAPEUTINNEN					SUMME
	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	
Allgemeinmedizin	27.869	21	1.479	5.146	39	34.554
Anästhesie	2.232	27	727	499	507	3.992
Augenheilkunde	3.895	17	1.241	1.034	182	6.369
Chirurgie und Orthopädie	7.646	101	2.787	1.071	2.222	13.827
– Gefäßchirurgie	289	1	259	58	370	977
– Kinderchirurgie	111	0	41	14	121	287
– Orthopädie	3.559	22	511	281	335	4.708
– Orthopädie und Unfallchirurgie	2.694	67	1.150	502	766	5.179
– Plastische Chirurgie	234	7	63	28	113	445
– Thoraxchirurgie / Thorax- und Kardiovaskularchirurgie	10	0	11	1	68	90
– Unfallchirurgie	1.356	8	531	122	506	2.523
– Viszeralchirurgie	226	6	254	33	430	949
Frauenheilkunde	8.566	55	1.382	1.441	1.167	12.611
– Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	135	4	84	46	11	280
– Gynäkologische Onkologie	128	0	46	15	188	377
– Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	112	2	48	36	148	346
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3.493	16	321	519	211	4.560
– Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung / Audiologie / Phoniatrie / Phoniatrie und Pädaudiologie	132	0	20	23	28	203
Dermatologie	2.916	27	278	626	114	3.961
Humangenetik	56	0	209	18	3	286
Innere Medizin	18.745	161	4.010	3.807	2.009	28.732
– hausärztlich tätig	12.194	18	1.475	2.618	0	16.305
– fachärztlich tätig	6.551	143	2.535	1.189	0	10.418
Innere Medizin mit fachlichem Schwerpunkt, einschließlich Ermächtigte**	6.551	143	2.535	1.189	2.009	12.427
– Angiologie	291	3	107	48	115	564
– Diabetologie / Endokrinologie (und Diabetologie)	135	4	87	21	80	327
– Gastroenterologie	984	35	378	165	535	2.097
– Geriatrie	0	0	0	0	2	2
– Hämatologie / Hämatologie und internistische Onkologie	544	9	395	115	211	1.274
– Infektiologie / Infektions- und Tropenmedizin	0	0	0	0	1	1
– Kardiologie	1.800	53	551	366	633	3.403
– Nephrologie	858	16	573	211	124	1.782
– Pneumologie / Lungen- und Bronchialheilkunde	888	16	205	120	232	1.463
– Rheumatologie	370	4	134	47	95	650

► Fortsetzung nächste Seite

SCHWERPUNKT BZW. FACHARZT / FACHÄRZTIN FÜR	ÄRZTE / ÄRZTINNEN UND PSYCHOTHEAPEUTEN / PSYCHOTHEAPEUTINNEN					SUMME
	NIEDER- GELASSENE	PARTNER	ANGESTELLTE IN EINRICHTUNGEN *	ANGESTELLTE IN FREIEN PRAXEN	ERMÄCHTIGTE	
Kinder- und Jugendmedizin	5.235	56	578	1.118	845	7.832
– Infektologie	0	0	0	0	1	1
– Kinderendokrinologie und -diabetologie	7	0	7	1	13	28
– Kindergastroenterologie	1	0	4	0	8	13
– Kinderhämatologie / Kinderonkologie	37	1	12	11	63	124
– Kinderkardiologie	239	0	34	35	87	395
– Kindernephrologie	12	0	2	2	7	23
– Kinderneuropsychiatrie	0	0	0	0	0	0
– Kinderpneumologie / Kinder- lungen- und -bronchialheilkunde	51	0	10	7	23	91
– Kinderrheumatologie	1	0	0	0	2	3
– Neonatologie	469	6	69	63	255	861
– Neuropädiatrie	201	2	24	18	153	398
Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie	5.705	136	95	255	77	6.268
Kinder- und Jugendpsychiatrie	865	7	80	130	26	1.108
Laboratoriumsmedizin	164	0	1.060	55	24	1.303
– Biochemie	1	0	4	0	0	5
– Immunologie	4	0	3	0	2	9
– Laboratoriumsmedizin	135	0	821	36	14	1.006
– Mikrobiologie	49	0	383	27	10	469
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1.063	0	77	100	37	1.277
Nervenheilkunde / Neurologie / Psychiatrie	4.040	30	848	510	527	5.955
– Nervenheilkunde	1.251	3	131	94	59	1.538
– Neurologie und Psychiatrie	885	8	73	64	39	1.069
– Neurologie	1.110	10	476	247	352	2.195
– Psychiatrie	1.204	12	205	137	98	1.656
– Forensische Psychiatrie	8	1	0	1	3	13
– Kinderneuropsychiatrie	1	0	0	0	0	1
Neurochirurgie	464	2	519	74	77	1.136
Nuklearmedizin	467	0	332	180	18	997
Pathologie	492	0	397	210	40	1.139
– Neuropathologie	11	0	19	3	4	37
Physikalische und Rehabilitative Medizin	386	1	154	68	8	617
Praktischer Arzt / Praktische Ärztin Arzt / Ärztin	3.725	1	109	311	57	4.203
Ärztliche Psychotherapie	5.827	22	198	97	75	6.219
Psychologische Psychotherapie	19.342	620	736	1.006	144	21.848
Radiologie	1.681	31	1.203	809	616	4.340
– Kinderradiologie	19	2	13	8	45	87
– Neuroradiologie	125	4	50	27	77	283
– Strahlentherapie	5	0	1	2	3	11
Strahlentherapie	211	0	686	159	12	1.068
Transfusionsmedizin	38	0	105	8	28	179
Urologie	2.513	20	318	291	284	3.426
Übrige Fachbereiche	0	0	4	2	13	19
Summe	127.636	1.351	19.933	19.544	9.362	177.826

* MVZ, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Einrichtungen und kommunale Einrichtungen

** Hier werden nur Internisten und Internistinnen berücksichtigt, die als Fachinternisten und -internistinnen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Ausnahme: Bei den Ermächtigten werden alle Ärzte und Ärztinnen, die als Internisten und Internistinnen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berücksichtigt.

Allgemeiner Hinweis: Bei Ärzten und Ärztinnen, die über mehr als eine Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung verfügen, ist eine Mehrfachzählung möglich.

A

Akkreditierung: Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution. Im Kontext der Qualitätssicherung entspricht dies der Erteilung von Genehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V durch die KVen.

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- / Patientenzufriedenheit und dergleichen sein. Ein Beispiel dafür ist die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse.

Besondere Versorgung: Mit der besonderen Versorgung gemäß § 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.

C

Case Management: Leitliniengestützte, sektorenübergreifende und durch Fachkräfte unterstützte Versorgungsform, die sich auf individuelle Patientinnen oder Patienten oder kleine Patientengruppen bezieht und eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat.

D

DIN: Deutsches Institut für Normung. Das Institut ist die nationale Normungsorganisation der Bundesrepublik Deutschland.

DIN EN ISO 9000 ff.: Diese internationale, erstmals Ende der Achtzigerjahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen). DIN EN ISO 9000:2005 definiert Grundlagen und Begriffe. DIN EN ISO 9001:2008 legt Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung.

DIN EN ISO 9004:2009 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen. Die Qualität des Produkts beziehungsweise der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in DIN EN ISO 9001:2008 festgelegten Standards nachgewiesen werden können beziehungsweise ob in den folgenden Überwachungs- beziehungsweise Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

Disease-Management-Programme (DMP): Sektorenübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientenpopulationen mit speziellen Risikokonstellationen richtet, deren Versorgung potenziell verbessert werden kann. Durch den Einsatz evidenzbasierter Leitlinien sowie durch die Eigeninitiative von Patientinnen und Patienten soll eine Verbesserung des Behandlungsergebnisses erreicht werden.

E

Effektivität: Wirksamkeit, also das Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden. Eine Maßnahme ist effektiv, wenn sie geeignet ist, das formulierte Ziel zu erreichen.

Effizienz: Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen. Eine Maßnahme ist effizient, wenn eine vorgegebene Wirkung mit dem geringstmöglichen Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Verzeichnis, nach dem vertragsärztlich erbrachte ambulante Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der sich paritätisch aus Vertretern des GKV-Spitzenverbands und der KBV zusammensetzt. Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Einzelfallprüfung durch Stichproben- / Dokumentationsprüfung: Die KVen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Entsprechend den jeweiligen Regelungen werden Unterlagen für eine Überprüfung zufällig ausgewählt. Das heißt, die KVen wählen von jedem Arzt und jeder Ärztin, der oder die die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientinnen- oder Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden. Stichproben werden mit Hilfe statistischer Anwendungen immer dort gezogen, wo es aufgrund des Umfangs nicht möglich oder auch nicht notwendig ist, die Grundgesamtheit zu untersuchen. Um die einzelnen Elemente einer Stichprobe zu erhalten, stehen verschiedene Auswahlverfahren zur Verfügung. Es gibt zwei wesentliche Gütekriterien von Stichproben: die Repräsentativität und die Präzision, mit der auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Eine Stichprobe ist dann repräsentativ, wenn alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance besitzen, in die Stichprobe zu gelangen. Die Präzision einer Aussage aufgrund einer Stichprobenuntersuchung ist abhängig von der Stichprobengröße. Je größer eine Stichprobe, desto genauer ist das Ergebnis auf die Grundgesamtheit übertragbar, eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht. Bei der Wahl des Stichprobenverfahrens ist im Einzelfall zwischen der noch notwendigen Präzision der Ergebnisse und dem in diesem Zusammenhang zu leistenden Aufwand zur Durchführung der Stichprobenprüfung abzuwägen. Dieser Abwägung ist bei der Ergebnisbewertung Rechnung zu tragen. Gleichmaßen wie die Qualitätskriterien zur Beurteilung des Einzelfalls müssen die Kriterien zum Bestehen der Stichprobenprüfung vordefiniert sein.

EN: Europäische Norm

Ergebnisqualität: siehe „Qualitätsdimensionen“

Evaluation: Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (zum Beispiel Auswirkungen auf die Versorgung, auf das Wohlbefinden der Beteiligten, auf das ärztliche Selbstverständnis und so weiter) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien.

Evidenzbasierte Medizin (EbM): EbM ist die Synthese von individueller klinischer Expertise und der bestmöglichen externen Evidenz systematischer Forschung unter Einbeziehung von Präferenzen der behandelten Personen. Sie umfasst die Formulierung einer konkreten, beantwortbaren Fragestellung, die Suche nach der relevanten Evidenz in der klinischen Literatur, den Einsatz wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studien und der Größe des beobachteten Effekts, individuelle Anwendung dieser Evidenz auf konkrete Patienten und Patientinnen unter Berücksichtigung der eigenen klinischen Erfahrung und die anschließende Bewertung.

F

Feedback: Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Teil eines Regelkreises. Es hat deutlichen Einfluss auf das künftige Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung. Feedbacksysteme sind Teil der Qualitätssicherung, zum Beispiel in der Zytologievereinbarung, der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, aber auch 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. Erstmalig war dies nach Ablauf einer Fünfjahresfrist im Sommer 2009 der Fall.

Frequenzregelungen: Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der eine Ärztin oder ein Arzt Leistungen erbringt, die ein hohes Maß an Routine und / oder manueller Fertigkeit erfordern, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden Mindestmengen unter anderem für Leistungen der invasiven Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter) und für Koloskopien festgelegt. Die KVen prüfen regelmäßig, ob die betreffenden Ärztinnen und Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und die Ärztin oder der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen. Mit der Festlegung einer Frequenz wird versucht, Erfahrungswissen zu operationalisieren.

G

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Genehmigungspflicht: Die Genehmigung der KV ist für eine Vielzahl von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen Voraussetzung für deren Durchführung und Abrechnung bei gesetzlich Versicherten. Der oder die Antragstellende muss beispielsweise anhand von Zeugnissen, Fortbildungs- und Weiterbildungsbescheinigungen oder Bestätigungen nach-

weisen, dass er oder sie die in der jeweiligen Vereinbarung oder Richtlinie festgelegten Anforderungen an die fachliche Befähigung sowie die organisatorischen, räumlichen, apparativ-technischen sowie hygienischen Voraussetzungen erfüllt.

GKV-Spitzenverband: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und gestaltet als Verhandlungspartner, beispielsweise in Verhandlungen mit der KBV und als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland.

H

Health Technology Assessment (HTA): Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikationen, sowohl in absoluter Betrachtung als auch im Vergleich zu anderen damit konkurrierenden Verfahren. HTA ist eines der wichtigsten Instrumente der evidenzbasierten Medizin.

Hygienepflichtungen: Regelmäßige Hygienepflichtungen und Praxisbegehungen sind Teil der Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie. Die Überprüfung der Hygiene bei Darmspiegelungen erfolgt durch ein von der jeweiligen KV beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung des Arztes oder der Ärztin widerrufen.

I

Integrierte Versorgung: Mit dem zum 23. Juli 2015 in wesentlichen Teilen in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden die an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch V geregelten selektiven Vertragsformen neu strukturiert und als „Besondere Versorgung“ im neuen § 140a SGB V zusammengefasst. Die neuen Verträge nach § 140a SGB V lösen die Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V, die bisherigen Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V ab. Die §§ 140b-d, 73a und 73c SGB V wurden aufgehoben. Siehe „Besondere Versorgung“

ISO: Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN).

K

Kollektivvertrag: Die KBV oder regional die KVen schließen mit dem GKV-Spitzenverband oder Krankenkassen Verträge, um die ambulante Versorgung von gesetzlich Versicherten sicherzustellen. Der Bundesmantelvertrag ist ein Beispiel für einen Kollektivvertrag auf Bundesebene, in denen die Einzelheiten der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt sind. Auf Landesebene können KVen und Krankenkassen unter anderem die Höhe der Gesamtvergütung für spezielle vertragsärztliche Leistungen vereinbaren. Die Teilnahme am Kollektivvertrag ist für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten verpflichtend. Die Abrechnung erfolgt über die KV.

Kolloquien: Maßnahme der Qualitätssicherung, die in der Umsetzung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Richtlinien und Vereinbarungen in der Hauptsache als Instrument zur Beratung und gegebenenfalls Prüfung vorgesehen ist.

KTQ®: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Ein 1997 zunächst von der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen initiiertes, später unter Mitwirkung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und aller gesetzlichen Krankenkassen entwickeltes Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, Arztpraxen, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Hospize und Rettungsdienste.

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

Medizinproduktegesetz (MPG): Deutsche Rechtsnorm, die drei EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, verbindlich in nationales Recht umsetzt. Mit dem MPG sind die EU-Richtlinien für aktive implantierbare Geräte, für Medikalprodukte und In-vitro-Diagnostika in nationales Recht verbindlich überführt.

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV): Verordnung auf der Basis des Medizinproduktegesetzes, die Einzelheiten der Anwendung von Medizinprodukten regelt.

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: Der Grundgedanke des Peer Reviews besteht darin, sich von Kollegen (speziell ausgebildeten Peers) in der Praxis besuchen und beobachten zu lassen. Im anschließenden kollegialen Gespräch wird das Praxishandeln kritisch reflektiert mit dem Ziel, zu lernen und sich zu verbessern. Als freiwillige Initiative ergänzt Peer Review das Portfolio ambulanter Qualitätsinstrumente.

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 Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Koloskopie vorgeschrieben. Darüber hinaus gehören optionale Praxisbegehungen zu den Standardmaßnahmen der Qualitätssicherung und sind in fast allen Vereinbarungen vorgesehen. Sie dienen der Kontrolle, ob die räumliche und technische Ausstattung der Praxis den jeweiligen Anforderungen genügt.

Prozessqualität: siehe „Qualitätsdimensionen“

Q

Qualität: Nach der DIN EN ISO 9000:2005 wird Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ definiert. Diese abstrakte Definition wurde von Wilhelm van Eimeren konkretisiert als „das Verhältnis vom Machbaren bezogen auf das Erwünschte“. Letztendlich geht es also bei der Qualitätssicherung darum, den Ist-Zustand mit einem zuvor definierten Soll-Zustand anhand geeigneter Messgrößen zu vergleichen. Anders ausgedrückt: Die Konformität mit den zuvor festgelegten Merkmalen ist nach Avedis Donabedian zu überprüfen. Wie dieser Soll-Zustand als Ausdruck der „guten Qualität“ in der Gesundheitsversorgung näher zu definieren ist, mag dabei allerdings je nach Blickwinkel unterschiedlich bewertet werden.

Qualitätsdimensionen: Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse beziehungsweise des (Behandlungs-)Ergebnisses definierte Anforderungen erfüllt. Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als „Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen“ geht auf Avedis Donabedian zurück. Demnach unterscheiden sich die drei Dimensionen wie folgt:

- › Strukturqualität umfasst die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschließlich der Zugangsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten;
 - › Prozessqualität meint alle medizinischen / pflegerischen / therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen;
 - › Ergebnisqualität beschreibt die dem medizinischen / pflegerischen / therapeutischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustands der Patientinnen und Patienten einschließlich der von diesen Veränderungen ausgehenden Wirkungen.
- Siehe auch „Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“

Qualitätsindikator: Quantitatives oder qualitatives Maß, welches die Qualität von Strukturen, Prozessen und / oder Ergebnissen zumeist durch Zahlen beziehungsweise Zahlenverhältnisse indirekt abbildet. Qualitätsindikatoren können einzelne Aspekte von Qualität transparent machen und damit auch Auffälligkeiten beziehungsweise potenzielle Qualitätsdefizite in die Aufmerksamkeit rücken. Sie können als Instrument zur Bewertung und zum Monitoring der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden, die sich auf das Behandlungsergebnis bei dem oder der Behandelten auswirken. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter beziehungsweise schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu werden anhand von Referenzwerten beziehungsweise Referenzbereichen Ausprägungen des Indikators definiert. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen. Qualitätsindikatoren werden auch als qualitätsbezogene Kennzahlen beziehungsweise Qualitätskennzahlen bezeichnet.

Qualitätsmanagement: Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit und der Gesetzgebung.

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 DMP umgesetzt. Insgesamt existiert eine Vielzahl von gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Qualitätssicherungsbeauftragte: Die KV beruft eine Person als Qualitätssicherungsbeauftragte, die Ärztinnen und Ärzten in Fragen der Qualitätssicherung berät.

Qualitätssicherungskommissionen: Wesentlicher Bestandteil der Umsetzung der Qualitätssicherung in der ärztlichen Selbstverwaltung ist die Verknüpfung ärztlichen Sachverständnisses 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: Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gründende Foren für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmenden eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

Qualität und Entwicklung in Praxen – QEP®: Ein von der KBV und den KVen erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung eines Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Es ermöglicht niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ein umfassendes Qualitätsmanagement auf der Basis eines Manuals einzuführen und es von einer Zertifizierungsstelle begutachten zu lassen.

R

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

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

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

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

S

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

Strukturqualität: siehe „Qualitätsdimensionen“

V

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

Versorgungsforschung: Systematische Erforschung der medizinischen Versorgung unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer. Sie bedient sich quantitativer, qualitativer, deskriptiver, analytischer und evaluativer Methoden. Sie dient der Neuentwicklung theoretisch oder empirisch fundierter Versorgungskonzepte beziehungsweise der Verbesserung bereits vorhandener Konzepte.

W

Wirksamkeit: siehe „Effektivität“

Z

Zertifizierung: Verfahren, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit festgelegte Anforderungen erfüllt.

.....
Modifizierter Auszug aus dem Glossar der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS) zum Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer, der KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2007
.....

ABKÜRZUNGEN

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
COPD	chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)
CRT	Resynchronisationstherapie
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DMP	Disease-Management-Programm
DXA	Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA/DEXA) – diagnostisches Verfahren zur Erfassung der Knochendichte und der Knochenbeschaffenheit des gesamten Skelettsystems
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKG	Elektrokardiographie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HIV	human immunodeficiency virus (Humanes Immundefizienz-Virus)
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ISO 9001	Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem der Internationalen Organisation für Normung (International Organization for Standardization)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IVM	intravitreale Medikamenteneingabe
k. A.	keine Angabe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KfH	Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V.
KHK	koronare Herzkrankheit
KM6	Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LDL	low density lipoprotein (Lipoprotein geringer Dichte, ein Protein zum Transport von Blutfetten)
Lp(a)	spezielles Lipoprotein
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung
MRA	Magnetresonanztomographie
MRM	Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie der Mamma
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie / Kernspintomographie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
oKFE-RL	Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme
PCI	Percutaneous coronary intervention (perkutane Koronarintervention)
PET	Positronenemissionstomographie
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Methode, abgekürzt PDCA-Zyklus oder -Methode
PTV	Psychotherapie-Vereinbarung
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen

Qesü-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung
QM-RL	Qualitätsmanagement-Richtlinie
QP-RL	Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung
RiLi-BÄK	Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
SGB V	fünfte Sozialgesetzbuch
sQS	sektorenübergreifende Qualitätssicherung
StrlSchG	Strahlenschutzgesetz
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

ABKÜRZUNGEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

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

QUELLEN

- Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press 2006, New York NY
- Donabedian A (1966), zitiert in Böcker P. Qualitätsmanagement im Krankenhaus – ein praxisorientierter Vergleich von Qualitätsmanagementsystemen und Bewertungsverfahren. GRIN Verlag, Norderstedt 2005, S. 8
- Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework. OECD Health Working Papers No. 23; OECD 2006
- Lauerer M, Emmert M, Schöffski O. Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Schriften zur Gesundheitsökonomie 18; HERZ, Burgdorf 2011
- 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: 7.01.2021
- WHO. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. WHO press 2006

➤ ANSCHRIFTEN DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

KV BADEN-WÜRTTEMBERG

Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Tel. (07 11) 78 75 - 0
www.kvbawue.de

KV BAYERN

Elsenheimerstraße 39
80687 München
Tel. (0 89) 5 70 93 - 0
www.kvb.de

KV BERLIN

Masurenallee 6 A
14057 Berlin
Tel. (0 30) 3 10 03 - 0
www.kvberlin.de

KV BRANDENBURG

Pappelallee 5
14469 Potsdam
Tel. (03 31) 23 09 - 0
www.kvbb.de

KV BREMEN

Schwachhauser Heerstraße 26 / 28
28209 Bremen
Tel. (04 21) 34 04 - 0
www.kvhb.de

KV HAMBURG

Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Tel. (0 40) 2 28 02 - 0
www.kvhh.net

KV HESSEN

Europa-Allee 90
60486 Frankfurt
Tel. (0 69) 2 47 41-7777
www.kvhessen.de

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN

Neumühler Straße 22
19057 Schwerin
Tel. (03 85) 74 31 - 0
www.kvmv.de

KV NIEDERSACHSEN

Berliner Allee 22
30175 Hannover
Tel. (05 11) 3 80 - 4800
www.kvn.de

KV NORDRHEIN

Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel. (02 11) 59 70 - 0
www.kvno.de

KV RHEINLAND-PFALZ

Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz
Tel. (0 61 31) 3 26 - 326
www.kv-rlp.de

KV SAARLAND

Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken
Tel. (06 81) 99 83 - 70
www.kvsaarland.de

KV SACHSEN

Schützenhöhe 12
01099 Dresden
Tel. (03 51) 82 90 - 50
www.kvsachsen.de

KV SACHSEN-ANHALT

Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel. (03 91) 6 27 - 6 000
www.kvsa.de

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

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

KV THÜRINGEN

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

KV WESTFALEN-LIPPE

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

.....

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

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

DER KBV-QUALITÄTSBERICHT
IST ONLINE VERFÜGBAR:
www.kbv.de/html/1748.php

IMPRESSUM

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

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

Gestaltung: büro lüdke GmbH

Druck: W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG

Fotos: © Adobe Stock: Konstantin Yuganov (S. 14), Peakstock (S. 15), photowahn (S. 10–11); © Bernd Bertram (S. 60); © Berufsverband der Augenärzte / Augenärzte Datenbank (S. 89); © büro lüdke (S. 1, 6, 12, 20, 30, 138); © Christoph Rieken (S. 66); © Christoph Strohm / Pro Health Media (S. 106); © Fotolia: Dr. N. Lange (S. 85), hl studios (S. 133), mankale (S. 116), picsfive (S. 37), science photo (S. 69), sepi (S. 47), WavebreakMediaMicro (S. 93); © iStockphoto: alvarez (S. 91), Alexander Rath (S. 123), BraunS (S. 115), choja (S. 78, 80), cosinart (S. 64), Dean Mitchell (S. 48), djgunner (S. 53), Engine Images (S. 73), fotostorm (S. 121), maodesign (S. 33), Matthias Krüger (S. 118), nicolas (S. 82), Phototake PM (S. 117), robertprzybysz (S. 55), SimmiSimmons (S. 36), skynesher (S. 24–25, 83), spark067 (S. 31), SPmemory (S. 51), zlikovec (S. 34); © Kaya Erdem, Düren (S. 84); © Katrin Marquardt (S. 135); © Lopata / axentis.de (S. 2); © Otto Hildebrand, Bad Zwischenahn (S. 35); © Reinhard Graf (S. 130); © Robert Kühlmann / Klinikum Ernst v. Bergemann (S. 58); wikimedia: © Eric Erbe (S. 49), © Ofir Glazer (S. 77), © SBarnes (S. 77)

Redaktionsschluss: Kapitel 4 > 30. November 2020

Stand: Februar 2021