



Richtlinie der KV Hessen über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung von Ultraschalluntersuchungen gemäß § 136 SGB V

in der Fassung vom 12. November 2007, gültig ab 01.03.2008

**Neu ab
1. März 2008
– 3. Version –**

Inhaltsverzeichnis

Grundsätze	5
I. Allgemeines	5
II. Ärztliche Qualitätsanforderungen	6
1. Schriftliche Dokumentation	6
2. Bildliche Dokumentation	6
III. Auswahl- und Prüfverfahren einschließlich etwaiger Konsequenzen	7
IV. Mindestanforderung an die spezielle bzw. organbezogene, schriftliche Dokumentation	7
(zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt II.1)	
1. Gehirn durch die offene Fontanelle	7
2. Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhlen	8
3. Nasennebenhöhlen	8
4. Gesichtsteile und Weichteile des Halses einschl. Speicheldrüsen	9
5. Schilddrüse	9
6. Herz	
6.1 Echokardiographie (B-/M-Mode)	10
6.2 Echokardiographie (Duplex-Verfahren)	10
7. Thoraxorgane	10
8. Brustdrüse	10
9. Abdomen und Retroperitoneum	11
10. Genitalorgane	
10.1 Männliche Genitalorgane	11
10.2 Weibliche Genitalorgane	11

11. Schwangerschaftsdiagnostik	
11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik	12
11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung	12
12. Bewegungsorgane	14
13. Säuglingshüfte	14
14. Gefäße	
14.1 Gefäße im CW-Doppler-Verfahren	
14.1.1 Extracranielle hirnversorgende Arterien	15
14.1.2 Gefäße der Extremitäten	15
14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems	15
14.2 Gefäße im PW-Doppler-Verfahren	
14.2.1 Transcranielle Gefäße	16
14.2.2 Intracranielle Gefäße (PW-Doppler-Verfahren)	16
14.3 Gefäße im Duplex-Verfahren	
14.3.1 Extracranielle hirnversorgende Arterien	16
14.3.2 Gefäße der Extremitäten	17
14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum.....	17
14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems	18
14.3.5 Fetale Echokardiographie	18
14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem	18
14.4 Venen der Extremitäten (B-Mode-Verfahren)	18
15. Haut und Subcutis	19
V. Inkrafttreten	19

Anhang:

Richtlinie des GBA zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei
Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V
(„Qualitätsprüfungsrichtlinie“)

Grundsätze

Ultraschalluntersuchungen liefern als bildgebende Verfahren einen wesentlichen Beitrag zum ärztlichen Handeln. Der Nutzen kommt nur zum Tragen, wenn eine sachgerechte Fragestellung (Indikation) vorliegt, eine auswertbare Darstellung der diagnosewichtigen Informationen (Bildmerkmale und Bilddetails) erreicht wird und eine sich darauf stützende adäquate Befundung erfolgt. Die technische Bildqualität der Ultraschallaufnahmen wird dabei mit objektbezogenen Beurteilungskriterien bestimmt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen prüft auf der Grundlage dieser Richtlinie die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen in der Ultraschalldiagnostik durch Stichproben. Die Stichprobenprüfung umfasst die technische und diagnostische Bildqualität, die zu Grunde liegende medizinische Fragestellung sowie die Schlüssigkeit der Befundung.

Auswahl, Umfang und Verfahren (einschließlich etwaiger Konsequenzen) bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall sind in der vom gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V vom 18. April 2006 geregelt (siehe Anhang).

Die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschallleistungen, d.h. die Anforderungen an die fachliche Befähigung und die apparative Ausstattung, sind in der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) geregelt.

I. Allgemeines

Die Qualität der Ultraschalldiagnostik wird bestimmt durch die kritische ärztliche Indikation mit festgelegter Fragestellung, der nachvollziehbaren Durchführung der Untersuchung mit Darstellung der erforderlichen Organe (Bildinformation) und die fachkundige Auswertung der Untersuchung und der dokumentierten Ergebnisse im Befundbericht.

II. Ärztliche Qualitätsanforderungen

Jeder Arzt, der Ultraschalldiagnostik betreibt, ist verpflichtet, die von ihm vorgenommene Ultraschalluntersuchung in der nachfolgend vorgeschriebenen Form zu dokumentieren. Die Unterlagen müssen vollständig abrufbar sein.

1. Schriftliche Dokumentation

Der Befundbericht muss in Fragestellung, Befund und Beurteilung unterteilt sein und ist vom Arzt zu dokumentieren und zu signieren. Die schriftliche Dokumentation der Untersuchung und ihres Ergebnisses umfasst:

1. Patientenidentifikation bzw. Patientendaten
2. Untersuchungsdatum
3. Indikation zur Ultraschalluntersuchung
4. Beschreibung des sonographischen Befundes (Mindestanforderung s. Punkt IV)
5. zusammenfassende Beurteilung des sonographischen Befundes
6. Untersuchungsbedingungen und Besonderheiten (Dieser Punkt relativiert die in unter Punkt IV genannten Mindestanforderungen, die sich auf optimale Untersuchungsbedingungen beziehen.)
7. Ort, Datum und Unterschrift des untersuchenden Arztes

Inhaltlich ist bei der Dokumentation auf Größe, Form, Lage, Struktur sowie auf die Normabweichungen einzugehen. In Abhängigkeit von der eingesetzten Untersuchungstechnik ist auf die Funktion bzw. auf die Flussverhältnisse einzugehen. Die nicht darstellbaren bzw. beurteilbaren Areale sind zu nennen.

2. Bildliche Dokumentation

Für alle aufgrund der Indikation zu untersuchenden Organe müssen die in Verbindung mit dem schriftlichen Befund (organspezifische Anforderungen s. Punkt IV) zu dokumentierenden Merkmale nachvollziehbar abgebildet sein. Das bedeutet, dass alle im schriftlichen Bericht beschriebenen und befundeten Organe auch bildlich zu dokumentieren sind.

Pathologische Befunde müssen in zwei Ebenen dargestellt werden (organbezogene Ausnahmen, z. B. Geburtshilfe, siehe Punkt IV). Hierbei ist darauf zu achten, dass der pathologische Befund auch in seinem Organbezug (Lokalisation, Lage, Größe, Struktur) dokumentiert wird. Ferner müssen geräteseitig dokumentiert werden:

1. Patientenidentifikation bzw. Patientendaten
2. Untersuchungsdatum
3. Institutsidentifikation
4. Gerätedaten (Frequenz, Maßstab)

III. Auswahl- und Prüfverfahren einschließlich etwaiger Konsequenzen

Hierzu ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. April 2006, in Kraft getreten am 1. Januar 2007, zu beachten (siehe Anlage).

IV. Mindestanforderungen an die spezielle bzw. organbezogene, schriftliche Dokumentation

Die nachfolgenden Anforderungen an die spezielle bzw. organbezogene, schriftliche Dokumentation stellen Mindestanforderungen nach dem derzeitigen Erkenntnisstand dar. Sie sind ergänzende Anforderungen an die Dokumentation, die zusätzlich zu den Anforderungen nach Punkt II.1 der Richtlinien gelten. Zukünftig hinzukommende Ultraschalluntersuchungen sind in Analogie zu diesen Mindestanforderungen zu dokumentieren und werden zu gegebener Zeit in diese Anlage mit aufgenommen.

1. Gehirn durch die offene Fontanelle

(keine zusätzlichen Anforderungen)

2. Gesamte Diagnostik des Auges und der Augenhöhlen

A-Mode Verfahren:

- Messung der Achsenlänge

A- und B-Mode-Verfahren:

- Achsenanomalien
- Lagebeziehung pathologischer Veränderungen des Auges oder der Orbita
- Darstellung von Fremdkörpern
- Tumoren des Auges und der Orbita, Nachweis oder Lokalisation
- Untersuchung der hinteren Augenabschnitte bei Trübung der optischen Medien
- Gewebeuntersuchung der Orbita

3. Nasennebenhöhlen

A-Mode

Zur sonographischen Untersuchung der Nasennebenhöhlen im A-Bild-Verfahren gehört die Untersuchung der beiden Kieferhöhlen und der beiden Stirnhöhlen. Jeder pathologische Befund ist bildlich und schriftlich zu dokumentieren. Sollte von allen vier untersuchten Nebenhöhlen kein pathologischer Befund erhoben worden sein, genügt die graphische Dokumentation einer Höhle. Auch genügt in Bezug auf die schriftliche Dokumentation bei Normalbefunden der Hinweis „o.B.“.

B-Mode

- Lage
- Schallcharakteristik und Beschreibung des Objektes
 - Grundsätzlich sind alle „schallfähigen“ Nasennebenhöhlen zu untersuchen – das heißt, Kieferhöhle rechts + links sowie Stirnhöhle rechts + links.
 - Sind alle Nasennebenhöhlen frei von pathologischen Befunden, so ist eine Kieferhöhle und eine Stirnhöhle jeweils in einer Ebene bildlich zu dokumentieren.

- Zeigt eine oder mehrere der vier Nasennebenhöhlen einen pathologischen Befund, so ist dieser bzw. sind diese in zwei Ebenen zu dokumentieren und die übrigen nicht pathologischen Höhlen jeweils in einer Ebene zu dokumentieren.
- Die schriftliche Dokumentation beinhaltet die Beschreibung und Beurteilung aller Nebenhöhlen.

4. Gesichtsteile und Weichteile des Halses einschl. Speicheldrüsen

Gesichtsteile und Weichteile des Halses

- Volumen
- Halsweichteile
- Lymphknoten
- Muskulatur
- Mundboden
- Zungengrund

ggf. bei positivem Palpationsbefund:

- Zuordnung oder Abgrenzung von parenchymatösen Organen
- Kompressibilität und Verschieblichkeit
- Ausbreitungsrichtung zu Gefäßen oder Organen
- Differenzierung

Speicheldrüsen (Parotis, Submandibularis)

- Volumen

5. Schilddrüse

- Volumen

6. Herz

6.1 Echokardiographie (B-/M-Mode)

M-Mode-Verfahren:

- Darstellung der aortalen, mitralen und ventrikulären Region des Herzens
- Analyse der erfassten Strukturen
- quantitative Beurteilung der Funktion der Herzkammern und ihrer Dynamik in Systole und Diastole
- zusätzliche Einstellung anderer Herzabschnitte

B-Mode-Verfahren:

- Darstellung der Vorhöfe und Kammern sowie Aorta, A. pulmonalis in zwei Positionen und ggf. V. cava sup. et inf., Pulmonalvenen in mindestens zwei Schallkopfpositionen
- in der Regel Darstellung der üblichen drei orthogonalen Schnittrichtungen (lange Achse, kurze Achse sowie 4-Kammerblick)
- Beschreibung der zusätzlichen diagnostischen Information gegenüber der M-Mode-Darstellung

6.2 Echokardiographie (Duplex-Verfahren)*)

- Darstellung der Flussverhältnisse über den Herzklappen
- Kontrast-Echokardiographie (fakultativ)
- transösophageale Echokardiographie (5 – 7 MHz, 7 – 1 mm Ø, 90 – 270° Winkel) (fakultativ)

*) Dynamische Dokumentation erforderlich zur Beurteilung der Flussverhältnisse an den Klappen sowie der mycardialen Pumpfunktion

7. Thoraxorgane

(keine zusätzlichen Anforderungen)

8. Brustdrüse

ggf. einschließlich der regionalen Lymphknoten

9. **Abdomen und Retroperitoneum**

Motilität (beschreiben)

- **Endosonographie des oberen GI-Traktes**
7,5 MHz
- **Leber**
(keine zusätzlichen Anforderungen)
- **Gallenblase und Gallenwege**
 - Wandbeschaffenheit und Wandveränderungen
 - Inhalt
 - Palpationsverhalten
 - Gallenwege
- **Pankreas**
ggf. Pankreasgang
- **Milz**
(keine zusätzlichen Anforderungen)
- **Nieren**
(keine zusätzlichen Anforderungen)
- **Große Bauchgefäße und Lymphknoten**
(keine zusätzlichen Anforderungen)

10. **Genitalorgane**

10.1 **Männliche Genitalorgane**

- **Prostata**
(keine zusätzlichen Anforderungen)
- **Penis und Skrotuminhalt**
(keine zusätzlichen Anforderungen)
- **Bläschendrüse**
(keine zusätzlichen Anforderungen)
- **ableitende Harnwege**
ggf. Restharnbestimmung

10.2 **Weibliche Genitalorgane (Uterus, Ovarien, Adnexen, Vagina)**

Endometrium (Dicke, Struktur)

11. Schwangerschaftsdiagnostik

11.1 Geburtshilfliche Basisdiagnostik

Standarduntersuchungen nach den Mutterschafts-Richtlinien in der letzten gültigen Fassung

11.2 Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung

Die weiterführende differentialdiagnostische sonographische Untersuchung nach der EBM-Ziffer 01773 wird durchgeführt, wenn sich aufgrund der Ultraschall-Screeninguntersuchung (gemäß den Mutterschafts-Richtlinien) der Verdacht auf eine fetale Erkrankung ergeben hat. Die Indikationen für diese Untersuchung (auf die in jedem Fall im schriftlichen Befundbericht eingegangen werden muss), sind in Anlage 1 c II. zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien aufgeführt.

Diese Untersuchung dient zur weiteren differenzierten Beurteilung des Feten und zur Differenzierung der Erkrankung. Hierfür ist eine ausführliche und nachvollziehbare bildliche und schriftliche Dokumentation erforderlich, anhand derer das Ergebnis dieser weiterführenden sonographischen Untersuchung – insbesondere auch aus forensischen Gründen – eindeutig belegbar ist.

Darauf aufbauend, wurde folgender (Mindest-) Dokumentationsumfang festgelegt:

Im schriftlichen Befundbericht ist ggf. auf die Untersuchungsbedingungen und Besonderheiten einzugehen.

Neben den zu erfassenden und zu beurteilenden Körper- und Organstrukturen sind nachfolgende Befunde zu erheben und schriftlich zu dokumentieren:

– Einling/Mehrling:

- Vitalität
- Fruchtwassermenge (quantitativ, qualitativ)
- sofern Mehrlinge: Chorionizität, Amnionverhältnisse

– Plazenta:

- Sitz
- Struktur
- Dicke

– Nabelschnur:

- Gefäßzahl

In Abhängigkeit von Indikation und Gestationsalter ist mittels eingehender schriftlicher Befundung und obligater bildlicher Darstellung folgendes zu dokumentieren:

Biometrie

Der notwendige Dokumentationsumfang ergibt sich aus den Anforderungen der Mutterschafts-Richtlinien in der letzten gültigen Fassung. Hierbei ist der Mindestumfang der bildlichen Dokumentation zu beachten.

Sonoanatomie

Folgende Befunde sind grundsätzlich zu erheben und bildlich und schriftlich zu dokumentieren, neben einer eventuell erforderlichen zusätzlichen Dokumentation von Auffälligkeiten:

– Kopf:

- Cerebellum
- Plexus choroideus

– Gesicht:

- Profil
- Aufsicht Mund-/Nasenbereich

– Wirbelsäule:

- Sagittaler Längsschnitt der Wirbelsäule

– Herz:

- Vierkammerblick
- Linksventrikulärer Ausflusstrakt
- Rechtsventrikulärer Ausflusstrakt

– Abdomen:

- Magen

– Uro-Genitaltrakt:

- Nieren
- Harnblase

– Extremitäten:

- Femur oder Humerus

12. Bewegungsorgane

Grundsätzlich muss unter Angabe der Schallebene in zwei Schnitten geschallt werden, möglichst unter Kontrolle der kontralateralen Seite mit identischen Schallebenen.

– Gelenke:

- Bezeichnung des Gelenkes sowie genaue Angaben der Schallebene
- Beschreibung von:
 - bei Zysten und Bursen Angabe der Größe in zwei Schallebenen
 - freie Gelenkkörper

– Weichteile:

(siehe Punkt II.1 der Richtlinien)

– Muskulatur:

(siehe Punkt II.1 der Richtlinien)

– Sehnen und Bänder:

(siehe Punkt II.1 der Richtlinien)

– Wirbelsäule:

(siehe Punkt II.1 der Richtlinien)

(Darstellung in der Standardebene nach Graf)

Unterrand des os ilium

- korrekte Schnittebene am Pfannendach
- labrum acetabulare
- Winkelangabe (alpha-Winkel und beta-Winkel)
- Typeneinteilung nach Graf

Für die Standarduntersuchungen im Rahmen des Screening sind die Anforderungen der Anlage IV der Ultraschall-Vereinbarung in der letzten gültigen Fassung maßgebend.

13. Säuglingshüfte

(Darstellung in der Standardebene nach Graf)

Unterrand des os ilium

- korrekte Schnittebene am Pfannendach
- labrum acetabulare
- Winkelangabe (alpha-Winkel und beta-Winkel)
- Typeneinteilung nach Graf

Für die Standarduntersuchungen im Rahmen des Screening sind die Anforderungen der Anlage V der Ultraschall-Vereinbarung in der letzten gültigen Fassung maßgebend.

14. Gefäße

14.1 Gefäße im CW-Doppler-Verfahren

14.1.1 Extracranielle hirnversorgende Arterien (CW-Doppler-Verfahren)

Seitengleiche, kontinuierliche Beschallung:

- A. carotis-communis
- A. carotis-externa
- A. carotis-interna
- A. subclavia
- A. supraorbitalis oder -trochlearis
- A. vertebralis

Bei pathologischen Befunden, Dokumentation des Dopplerströmungssignals im Stenosemaximum und Einschätzung des Stenosegrades.

14.1.2 Extremitätenversorgende Gefäße (CW-Doppler-Verfahren)

– Venen

Seitenvergleichende punktuelle Beschallung:

- Beine:**
- V. femoralis-communis
 - V. poplitea
 - V. saphena-magna
 - ggf. Vs. parva und Vv. perforantes

- Arme:**
- V. subclavia

Beschreibung des spontanen und provozierten Strömungsverhaltens.

– Arterien

Seitenvergleichende punktuelle Beschallung:

- Beine:**
- A. femoralis-communis
 - A. tibialis-posterior bzw. dorsalis-pedis
 - ggf. A. tibialis-anterior
 - ggf. A. poplitea

- Arme:**
- A. subclavia
 - A. brachialis
 - ggf. A. radialis
 - ggf. A. ulnaris

14.1.3 Gefäße des männlichen Genitalsystems (CW-Doppler-Verfahren)

(keine zusätzlichen Anforderungen)

14.2 Gefäße im PW-Doppler-Verfahren

14.2.1 Transcranielle Gefäße

– Transtemporale, seitenvergleichende:

- A. cerebri-media
- A. cerebri-anterior
- A. cerebri-posterior
- A. carotis-interna im Endabschnitt

– ggf. transnuchal bzw. transorbital

- A. vertebralis
- A. basilaris
- Carotissyphon
- A. ophtalmica

Bei pathologischen Befunden, Dokumentation des Dopplerströmungssignals im Stenosemaximum und Einschätzung des Stenosegrades.

14.2.2 Intracranielle Gefäße (PW-Doppler-Verfahren)

Analog

14.3 Gefäße im Duplex-Verfahren

14.3.1 Hirnversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)

– **Extracranielle hirnversorgende Arterien (Duplex-Verfahren)**

Seitenvergleichende, kontinuierliche Beschallung in Längs- und Querschnitt mit Ermittlung der maximalen Dopplerfrequenz bzw. der winkelkorrigierten Strömungsgeschwindigkeit

- A. carotis-communis
- A. carotis-externa
- A. carotis-interna
- A. vertebralis im Längsschnitt
- ggf A. subclavia

14.3.2 Extremitätenversorgende Gefäße (Duplex-Verfahren)

– Venen

- Bei Fragestellung „Tiefe-Beinvenenthrombose“:

Die Untersuchung der vermutlich erkrankten Extremität erfolgt im Liegen oder Stehen. Sie umfasst die Untersuchung der Venenabschnitte im Unterschenkel, Oberschenkel und im Becken. Falls der Unterschenkel nicht ausreichend gut zu beurteilen ist, sollte dies im Befund vermerkt werden.

- Bei Fragestellung „Klappeninsuffizienz“:

Untersuchung am stehenden Patienten aller Venenabschnitte im Längsschnitt unter Anwendung von Provokationsmanövern (Valsalva-Versuch oder Kompression/Dekompression) und Dokumentation von Reflux.

- Bei Fragestellung „Bypass-Fähigkeit“ der Stammvenen:

Untersuchung am stehenden Patienten mit kontinuierlicher, gleitender Beschallung in Längs- und Querschnitt unter Anwendung von Provokationsmanövern. Erfassung morphologischer Besonderheiten und Durchmesserbestimmungen.

– Arterien

Seitenvergleichende Beschallung in Längs- und Querschnitt mit Ermittlung der maximalen Dopplerfrequenz bzw. der winkelkorrigierten Strömungsgeschwindigkeit.

- Beine:**
- A. femoralis-communis
 - A. femoralis-superficialis
 - A. profunda femoris
 - A. poplitea

- Arme:**
- A. subclavia
 - A. brachialis

14.3.3 Abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum (Duplex-Verfahren)

- bei gegebener Indikation: Aorta abdominalis
- bei gegebener Indikation: Aa. iliaca-communis und -externae beiderseits
- bei gegebener Indikation: Aa. renales bds.

- bei gegebener Indikation: A. mesenterica-superior
- bei gegebener Indikation: Truncus-coeliacus

14.3.4 Gefäße des weiblichen Genitalsystems (Duplex-Verfahren)

(keine zusätzlichen Anforderungen)

14.3.5 Fetale Echokardiographie (Farbcodiertes Duplex-Verfahren)

- Darstellung des 4-Kammerblickes mit Kammerfüllung und Beziehung zum Thorax
 - rechts- und linksventrikuläre Ausflusskinetik
 - Aortenlage
 - Frequenz
- ggf. Pulmonalvenen

14.3.6 Feto-maternales Gefäßsystem (Duplex-Verfahren)

- **A. uterina bds.**

Die Untersuchung und Dokumentation erfolgt in Abhängigkeit von Indikation und Schwangerschaftsalter (z.B. schwangerschaftsinduzierte Hypertonie).

- **A. umbilicalis**

Bei Auffälligkeiten der A. umbilicalis ist zwingend ein 2. fetales Gefäß (z.B. Aorta, A. cerebri media, V. ductus venosus, V. cava etc.) erforderlich, ansonsten in Abhängigkeit vom Befund

- ggf. fetale Aorta
- ggf. A. cerebri media
- ggf. V. cava
- ggf. V. Ductus-venosus

14.4 Venen der Extremitäten (B-Mode-Verfahren)

Bei Fragestellung „Klappeninsuffizienz“:

- V. femoralis-communis
- Abgang der V. saphena-magna
- V. poplitea
- Abgang der V. saphena-parva

Bei Fragestellung „Thrombose“:

Es ist die Kompressibilität und Echogenität sämtlicher infrage kommender Venenabschnitte zu dokumentieren.

15. Haut und Subcutis (B-Mode)

(keine zusätzlichen Anforderungen)



V. Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt zum 01.03.2008 in Kraft und ersetzt die in den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung bei Ultraschallleistungen vom 12.09.1997 in der Fassung vom 11.12.1999 festgelegten Qualitätsbeurteilungs-Kriterien zur Ultraschalldiagnostik.

**Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses**

zu

**Auswahl, Umfang und Verfahren
bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall
nach § 136 Abs. 2 SGB V
(„Qualitätsprüfungs-Richtlinie
vertragsärztliche Versorgung“)**

vom 18. April 2006,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 S. 5141,
in Kraft getreten am 1. Januar 2007

Inhalt

§ 1 Zweck der Richtlinie

§ 2 Durchführung der Stichprobenprüfungen

§ 3 Qualitätssicherungs-Kommissionen

§ 4 Umfang und Auswahl der Stichprobenprüfungen

§ 5 Dokumentationen für die Stichprobenprüfung

§ 6 Ergebnisse der Stichprobenprüfung

§ 7 Kolloquium

§ 8 Praxisbegehung

§ 9 Berichterstattung

§ 10 In-Kraft-Treten und Übergangsregelung

§ 1 Zweck der Richtlinie

- (1) ¹ Die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen müssen – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. ² Die Überprüfung medizinischer Leistungen im Einzelfall durch Stichproben ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität. ³ Vor diesem Hintergrund bestimmt diese Richtlinie gemäß § 136 Abs. 2 Satz 2 SGB V die Organisation und Durchführung von Stichprobenprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung.
- (2) ¹ Die Kassenärztlichen Vereinigungen vergewissern sich der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen durch Qualitätsprüfungen im Einzelfall (nachfolgend Stichprobenprüfungen) nach § 136 Abs. 2 SGB V. ² Dabei sind die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von Ärzten zu überprüfen. ³ Diese Richtlinie gilt für die Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich der medizinischen Versorgungszentren sowie für die im Krankenhaus im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. ⁴ Soweit sich die Vorschriften dieser Richtlinie auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich der medizinischen Versorgungszentren sowie für Krankenhäuser, soweit in ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ambulante ärztliche Leistungen erbracht werden.
- (3) Die vorliegende Richtlinie regelt Auswahl, Umfang und Verfahren der Durchführung aller Stichprobenprüfungen nach Absatz 2, sofern nicht in anderen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichende Regelungen getroffen werden.
- (4) ¹ Den Stichprobenprüfungen sind Kriterien zur Qualitätsbeurteilung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Beurteilung der Qualität der Leistungserbringung nach § 136 Abs. 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V (nachfolgend Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien) zu Grunde zu legen. ² Hat der Gemeinsame Bundesausschuss für einen Leistungsbereich keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie beschlossen, können die Kassenärztlichen Vereinigungen Stichprobenprüfungen auf der Grundlage eigener Kriterien zur Qualitätsbeurteilung durchführen. ³ Ein Leistungsbereich im Sinne dieser Richtlinie umfasst diejenigen Leistungen, die den Gegenstand einer Stichprobenprüfung bilden.

- (5) ¹ Die in dieser Richtlinie vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten der Ärzte und Versicherten beruht auf den datenschutzrechtlichen Ermächtigungsgrundlagen des SGB V und des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). ² Insbesondere sind die Vertragsärzte gemäß § 294 in Verbindung mit § 298 SGB V zur versichertenbezogenen Übermittlung von Angaben über ärztliche Leistungen berechtigt und verpflichtet. ³ Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gemäß § 285 Abs. 1 Nummer 6 in Verbindung mit Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 SGB V berechtigt, Einzelangaben über Ärzte und Versicherte zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. ⁴ Bei allen Maßnahmen nach dieser Richtlinie dürfen nur so viele Sozialdaten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie dies zur Erfüllung der jeweiligen Aufgaben erforderlich ist.

§ 2 Durchführung der Stichprobenprüfungen

- (1) Die Durchführung der Stichprobenprüfungen nach dieser Richtlinie obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung.
- (2) Die mit der Durchführung zusammenhängenden Aufgaben nach dieser Richtlinie werden von der Kassenärztlichen Vereinigung entweder einem Geschäftsbereich oder einer Geschäftsstelle übertragen.

§ 3 Qualitätssicherungs-Kommissionen

- (1) ¹ Die Kassenärztliche Vereinigung richtet für die Durchführung von Stichprobenprüfungen, insbesondere für die Leistungsbereiche, für die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegen, Qualitätssicherungs-Kommissionen ein. ² Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Qualitätssicherungs-Kommissionen mit Zuständigkeit für mehrere Leistungsbereiche und auch für den Bereich von mehr als einer Kassenärztlichen Vereinigung einrichten.
- (2) ¹ Eine Qualitätssicherungs-Kommission setzt sich aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung in diesem Gebiet haben soll. ² Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. ³ Die Mitglieder einer Qualitätssicherungs-Kommission sollen über Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung verfügen. ⁴ Ist ein Kommissionsmitglied befangen oder verhindert, tritt an seine Stelle ein stellvertretendes Mitglied. ⁵ Bei Bedarf können Sachverständige beratend hinzugezogen werden.

- (3) ¹ Die Kassenärztliche Vereinigung beruft die Mitglieder und, aus deren Mitte, den Vorsitzenden der Qualitätssicherungs-Kommission sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder. ² Die Kassenärztliche Vereinigung legt die Dauer der Amtsperiode fest.
- (4) An den Sitzungen der Qualitätssicherungs-Kommission nimmt ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 2 Abs. 2 mit beratendem Status und ohne Stimmrecht teil.
- (5) ¹ Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene können für die Dauer der Amtsperiode der Qualitätssicherungs-Kommission insgesamt zwei ständige ärztliche Vertreter mit beratendem Status und ohne Stimmrecht benennen. ² Diese müssen im betreffenden Leistungsbereich über eine hinreichende fachliche Qualifikation verfügen und sollen über Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung verfügen.
- (6) Die Kassenärztliche Vereinigung kann qualifizierte Beobachter des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere zu Verfahrensfragen zu einzelnen Sitzungen der Qualitätssicherungs-Kommissionen einladen.
- (7) ¹ Die Entscheidungen der Qualitätssicherungs-Kommission werden von den Mitgliedern oder stellvertretenden Mitgliedern mit einfacher Stimmenmehrheit gefällt. ² Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 4 Umfang und Auswahl der Stichprobenprüfungen

- (1) Der Umfang der Stichprobenprüfungen hinsichtlich der Anzahl der zu überprüfenden Ärzte und hinsichtlich des Prüfungsgegenstands muss aussagekräftige Ergebnisse für den überprüften Leistungsbereich ermöglichen und im Hinblick auf den Aufwand für die Qualitätssicherungs-Kommission und für die zu überprüfenden Ärzte vertretbar sein.
- (2) ¹ Pro Jahr sind in der Regel mindestens vier Prozent der den betreffenden Leistungsbereich abrechnenden Ärzte zu überprüfen. ² Eine Unterschreitung des Stichprobenumfangs unter vier Prozent ist zu dokumentieren und zu begründen. ³ Die Auswahl der zu überprüfenden Ärzte führt die Kassenärztliche Vereinigung per Zufallsgenerator nach einem statistisch gesicherten Verfahren durch. ⁴ In Leistungsbereichen, in denen die Kassenärztliche Vereinigung Stichprobenprüfungen sowohl nach dieser Richtlinie als auch nach anderen Rechtsvorschriften durchzuführen hat, können diese Prüfungen organisatorisch verbunden werden, wenn sichergestellt ist, dass die Vorgaben dieser Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Prüfungen eingehalten werden.

- (3) Zusätzlich zu den zufallsgesteuerten Stichprobenprüfungen können diejenigen Ärzte im Zuge von kriterienbezogenen Stichprobenprüfungen überprüft werden, bei denen insbesondere eines der folgenden Kriterien zutrifft:
1. Nachdem über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren keine Leistungen des betreffenden Leistungsbereichs mehr abgerechnet wurden, werden erstmals wieder Leistungen abgerechnet,
 2. zwischen der Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der betreffenden Leistungen (nachfolgend „Genehmigung“) und erstmaliger Abrechnung liegt ein Zeitraum von mindestens zwei Jahren,
 3. zwischen der Bestätigung der fachlichen Qualifikation und der Erteilung einer Genehmigung liegt ein Zeitraum von mindestens zwei Jahren,
 4. im Rahmen einer Stichprobenprüfung nach dieser Richtlinie wurden erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen nach § 6 festgestellt,
 5. es liegen begründete, ggf. datengestützte Hinweise auf eine unzureichende Qualität im betreffenden Leistungsbereich vor.
- (4) ¹ Bei jedem zu überprüfenden Arzt werden bezogen auf das zu überprüfende Abrechnungsquartal (Prüfquartal) und den betreffenden Leistungsbereich per Zufallsgenerator zwölf Patienten ausgewählt und dem Arzt zusammen mit dem jeweiligen Untersuchungsdatum und den jeweiligen Abrechnungsziffern schriftlich mitgeteilt sowie die im Rahmen der Behandlung dieser Patienten erstellten Dokumentationen im Sinne von § 5 angefordert. ² Reichen die Dokumentationen zu zwölf Patienten zur Beurteilung des Leistungsbereichs nicht aus, sind Dokumentationen weiterer zufällig ausgewählter Patienten des Prüfquartals anzufordern. ³ Soweit es die Besonderheiten eines Leistungsbereichs rechtfertigen, können weniger als zwölf Patienten nach Satz 1 ausgewählt werden. ⁴ Die Zahl der nach Satz 3 ausgewählten Patienten ist zu dokumentieren und zu begründen.
- (5) ¹ Hat der Arzt die zu prüfenden Leistungen in dem Prüfquartal bei weniger als der nach Absatz 4 vorgesehenen Zahl von Patienten erbracht und abgerechnet, werden die Dokumentationen zu diesen Patienten angefordert. ² Reicht die Zahl der angeforderten Dokumentationen zur Beurteilung des Leistungsbereichs nicht aus, sind Dokumentationen weiterer zufällig ausgewählter Patienten aus dem dem Prüfquartal vorausgehenden Quartal und erforderlichenfalls aus früheren Quartalen anzufordern.

- (6) ¹ Liegen dem Arzt angeforderte Dokumentationen nicht vor, z. B. weil sie einem anderen Arzt oder dem Patienten ausgehändigt werden mussten und eine Reproduktion nicht möglich oder finanziell oder technisch aufwändig ist, ist dies der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber unverzüglich schriftlich mitzuteilen und zu begründen. ² Die Kassenärztliche Vereinigung wählt die ersatzweise zu prüfenden Fälle per Zufall aus und dokumentiert den Ersatz von fehlenden Fällen. ³ Unzureichend begründetes oder mehrfaches Fehlen von angeforderten Dokumentationen kann ein begründeter Hinweis auf eine unzureichende Qualität im Sinne von Absatz 3 Nummer 5 sein.

§ 5 Dokumentationen für die Stichprobenprüfung

- (1) Die Stichprobenprüfung erfolgt auf der Grundlage der Dokumentationen, die die Kassenärztliche Vereinigung von dem Arzt anfordert, und bezieht insbesondere folgende Aspekte ein:
1. schriftliche Dokumentation (inklusive Indikationsstellung und Befund, ggf. Beratung und Aufklärung des Patienten),
 2. bildliche Dokumentation (z. B. Röntgenbild), soweit sie erstellt wurde.
- (2) ¹ Kommt der Arzt seiner Verpflichtung zur Einreichung der Dokumentationen innerhalb eines Zeitraumes von vier Wochen nach Zugang der Anforderung nicht nach, erfolgt eine Erinnerung. ² Werden die Dokumentationen aus Gründen, die der Arzt zu vertreten hat, innerhalb einer Frist von weiteren vier Wochen nach Zugang der Erinnerung erneut nicht eingereicht, wird vermutet, dass alle im betreffenden Prüfquartal abgerechneten Leistungen des zu überprüfenden Leistungsbereichs nicht den Qualitätsanforderungen entsprechen. ³ In diesem Falle kann die Kassenärztliche Vereinigung entscheiden, diese Leistungen nicht zu vergüten oder die geleisteten Vergütungen zurückzufordern.
- (3) ¹ Im Fall des Absatzes 2 Satz 2 werden beim betreffenden Arzt im Folgequartal nochmals Dokumentationen nach Absatz 1 angefordert. ² Werden die Dokumentationen aus Gründen, die der Arzt zu vertreten hat, erneut nicht eingereicht, wird vermutet, dass alle im betreffenden Prüfquartal abgerechneten Leistungen des zu überprüfenden Leistungsbereichs nicht den Qualitätsanforderungen entsprechen. ³ In diesem Falle kann die Kassenärztliche Vereinigung entscheiden, diese Leistungen nicht zu vergüten oder die geleisteten Vergütungen zurückzufordern oder die Genehmigung zu widerrufen. ⁴ Eine erneute Genehmigung wird erst erteilt, wenn der Arzt seiner Vorlagepflicht nachgekommen ist.

§ 6 Ergebnisse der Stichprobenprüfung

- (1) ¹ Die Qualitätssicherungs-Kommission nimmt für die gesamte Dokumentation jedes Patienten der Stichprobe eine Einzelbewertung anhand folgender Beurteilungskategorien vor:
1. keine Beanstandungen,
 2. geringe Beanstandungen,
 3. erhebliche Beanstandungen,
 4. schwerwiegende Beanstandungen.
- ² Auf der Grundlage der Einzelbewertungen wird eine Gesamtbewertung aller von einem Arzt eingereichten Dokumentationen anhand der Beurteilungskategorien nach Satz 1 gebildet. ³ Die Gesamtbewertung lautet „schwerwiegende Beanstandungen“, wenn
1. bei mindestens einem Sechstel der Einzelbewertungen „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen oder
 2. bei mindestens einem Viertel der Einzelbewertungen „erhebliche“ oder „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen oder
 3. bei mindestens einer Einzelbewertung „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen und die beanstandeten Mängel zu einer vermeidbaren erheblichen Gefährdung von Leben oder Gesundheit des Patienten geführt haben.
- (2) ¹ Die Qualitätssicherungs-Kommission hält die Einzelbewertungen und die Gesamtbewertung der Stichprobe mit Begründung in einer Ergebnisniederschrift fest. ² Dabei sind die beanstandeten Mängel zu benennen sowie Empfehlungen zu deren Beseitigung und Vermeidung zu geben. ³ Ferner sind die Teilnehmer sowie Ort, Datum, Beginn und Ende der Stichprobenprüfung anzugeben. ⁴ Die Ergebnisniederschrift ist von den Mitgliedern der Qualitätssicherungs-Kommission und dem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 3 Abs. 4 zu unterzeichnen.
- (3) ¹ Die Kassenärztliche Vereinigung entscheidet im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens auf der Grundlage der Ergebnisniederschrift der Qualitätssicherungs-Kommission über die eventuell zu treffenden Maßnahmen. ² Je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel sind eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen zu ergreifen:
1. Keine Beanstandungen:
Bestätigung, dass die geprüften Leistungen den Qualitätsanforderungen entsprechen.
 2. Geringe Beanstandungen:
Schriftliche Empfehlung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, gegebenenfalls verbunden mit einem Beratungsgespräch.

3. Erhebliche Beanstandungen:

- a) Schriftliche Empfehlung oder schriftliche Verpflichtung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, gegebenenfalls verbunden mit einem Beratungsgespräch,
- b) Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen,
- c) ¹ Fortsetzung des Prüfverfahrens durch Anforderung weiterer Dokumentationen aus einem dem Prüfquartal zeitnah folgenden Quartal. ² Werden die angeforderten weiteren Dokumentationen nicht eingereicht oder werden bei den weiteren eingereichten Dokumentationen erneut erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen festgestellt, wird der Arzt unverzüglich zu einem Kolloquium nach § 7 geladen. ³ Besteht der Arzt das Kolloquium nicht im Sinne von § 7 Abs. 7, wird ein neuer Termin angesetzt. ⁴ Besteht der Arzt auch das erneute Kolloquium nicht im Sinne von § 7 Abs. 7, wird die Genehmigung widerrufen. ⁵ Die erneute Erteilung der Genehmigung kann frühestens nach sechs Monaten erfolgen und wird von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium nach § 7 abhängig gemacht. ⁶ Die Genehmigung kann mit Auflagen versehen werden.
- d) Praxisbegehung nach Maßgabe von § 8.

3. Schwerwiegende Beanstandungen:

- a) Schriftliche Verpflichtung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, gegebenenfalls verbunden mit einem Beratungsgespräch,
- b) Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen,
- c) unverzügliche Ladung zu einem Kolloquium nach § 7; Nummer 3 Buchstabe c Satz 3 bis 6 gelten entsprechend,
- d) Praxisbegehung nach Maßgabe von § 8,
- e) Widerruf der Genehmigung, wenn aufgrund der beanstandeten Mängel eine erhebliche Gefährdung von Leben oder Gesundheit der Patienten zu befürchten ist.

- (4) ¹ Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Arzt die Ergebnisse der Stichprobenprüfung und die nach Absatz 3 getroffenen Maßnahmen in einem schriftlichen Bescheid mit. ² Der Bescheid ist unter Nennung der beanstandeten Mängel zu begründen.

- (5) ¹ Kommt der Arzt einer Verpflichtung zur Mängelbeseitigung gemäß Absatz 3 Satz 2, Nummer 3 Buchstabe a oder Nummer 4 Buchstabe a nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, wird die Genehmigung widerrufen. ² Die erneute Erteilung der Genehmigung kann erst erfolgen, wenn der Arzt der Verpflichtung nachgekommen ist.

§ 7 Kolloquium

- (1) Das Kolloquium ist ein kollegiales Fachgespräch zur Feststellung der fachlichen Befähigung des Arztes.
- (2) ¹ Die Kassenärztliche Vereinigung lädt den Arzt zu dem Kolloquium mit einer Frist von mindestens vier Wochen. ² Mit Einverständnis des Arztes können auch kürzere Fristen vereinbart werden. ³ Mit Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung kann der Arzt im Ausnahmefall das Kolloquium auch bei einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung absolvieren.
- (3) ¹ Die Durchführung der Kolloquien obliegt der zuständigen Qualitätssicherungskommission. ² Sie bestellt drei ihrer Mitglieder nach § 3 Abs. 2 und 3 als Prüfer. ³ An dem Kolloquium nehmen die Prüfer und ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 2 Abs. 2 teil.
- (4) ¹ Die Dauer des Kolloquiums soll für jeden Arzt mindestens 30 Minuten betragen. ² Die Prüfungsinhalte haben sich auf die in der Stichprobenprüfung beanstandete Leistungserbringung zu beziehen. ³ Werden spezielle ärztliche Fertigkeiten geprüft, ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Prüfer auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt.
- (5) ¹ Über den Ablauf des Kolloquiums ist eine Ergebnisniederschrift anzufertigen. ² Dabei sind die Teilnehmer, Ort, Datum, Beginn und Ende, gestellte Fragen und deren Beantwortung, ggf. geprüfte ärztliche Fertigkeiten und deren Beherrschung sowie das Gesamtergebnis des Kolloquiums anzugeben. ³ Die Ergebnisniederschrift ist von den Prüfern und dem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 3 Satz 3 zu unterzeichnen.
- (6) Die Prüfer befinden unmittelbar nach Abschluss des Kolloquiums in Abwesenheit des Arztes mit einfacher Mehrheit darüber, ob dieser die erforderliche fachliche Befähigung nachweisen konnte.
- (7) ¹ Wird die erforderliche fachliche Befähigung nicht nachgewiesen, ist das Kolloquium nicht bestanden. ² Bleibt der Arzt dem Kolloquium aus Gründen, die er zu vertreten hat, fern oder bricht er es ohne ausreichenden Grund ab, gilt das Kolloquium als nicht bestanden.

- (8) Wird die erforderliche fachliche Befähigung nicht nachgewiesen, kann die Kassenärztliche Vereinigung Hinweise zum Erwerb dieser Befähigung geben und die erneute Teilnahme an einem Kolloquium von der Vorlage entsprechender Nachweise abhängig machen.
- (9) Bestehen aufgrund des Kolloquiums Zweifel an der Ausstattung oder Organisation der Praxis oder an der fachlichen Befähigung des Arztes, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine Praxisbegehung nach § 8 durchführen.
- (10) ¹ Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Arzt die Ergebnisse des Kolloquiums und eventuell getroffene Maßnahmen nach den Absätzen 8 und 9 in einem schriftlichen Bescheid mit. ² Der Bescheid ist zu begründen.

§ 8 Praxisbegehung

- (1) Bestehen aufgrund der überprüften Dokumentationen oder aufgrund des Kolloquiums nach § 7 Zweifel an der Ausstattung oder Organisation der Praxis oder an der fachlichen Befähigung des Arztes, so ist die Kassenärztliche Vereinigung auf der Grundlage von § 75 Abs. 2 Satz 2 SGB V berechtigt, eine Überprüfung in der Praxis des Arztes (Praxisbegehung) durchzuführen.
- (2) ¹ Eine Praxisbegehung ist nur zulässig, wenn der Arzt hierzu schriftlich sein Einverständnis erklärt hat. ² Wird die Einverständniserklärung verweigert, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung widerrufen. ³ Eine Praxisbegehung kann auch vom Arzt selbst beantragt werden. ⁴ Bei der Festsetzung des Zeitpunktes und der sonstigen Modalitäten der Praxisbegehung sind die Interessen des Arztes angemessen zu berücksichtigen.
- (3) ¹ Die Praxisbegehung wird von Mitgliedern der Qualitätssicherungs-Kommission nach § 3 Abs. 2 und 3 durchgeführt. ² An der Praxisbegehung nimmt auch ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 2 Abs. 2 teil. ³ Bei Bedarf können Sachverständige beratend hinzugezogen werden.
- (4) ¹ Die Ergebnisse der Praxisbegehung werden in einer Ergebnisniederschrift festgehalten. ² Dabei sind die Teilnehmer, Ort, Datum, Beginn und Ende sowie die festgestellten Mängel anzugeben. ³ Die Ergebnisniederschrift ist von den Mitgliedern der Qualitätssicherungs-Kommission und dem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 3 Satz 2 zu unterzeichnen.
- (5) ¹ Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Arzt die Ergebnisse der Praxisbegehung in einem schriftlichen Bescheid mit. ² Der Bescheid ist zu begründen. ³ Die festgestellten Mängel sind zu benennen und der Arzt ist zu verpflichten, diese innerhalb einer angemessenen Frist zu beseitigen.

- (6) ¹ Kommt der Arzt der Verpflichtung nicht nach, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung widerrufen. ² Die erneute Erteilung der Genehmigung setzt voraus, dass die Kassenärztliche Vereinigung in einer weiteren Praxisbegehung die Beseitigung der Mängel festgestellt hat.

§ 9 Berichterstattung

- (1) Erkennt die Qualitätssicherungs-Kommission im Rahmen ihrer Prüfungstätigkeit Möglichkeiten zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 136 Abs. 1 Satz 1 SGB V, muss sie die Kassenärztliche Vereinigung darauf hinweisen.
- (2) Im Rahmen der Berichtspflicht nach § 136 Abs. 1 SGB V stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen für jedes Kalenderjahr bis zum 30. April des Folgejahres der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgende Informationen zur Verfügung:
1. Anzahl und Leistungsbereiche der eingerichteten Qualitätssicherungs-Kommissionen im Sinne von § 3
sowie für jeden Leistungsbereich auf der Grundlage der in dem Kalenderjahr erteilten Erstbescheide:
 2. Anzahl und Ergebnisse der Stichprobenprüfungen (Gesamtbewertungen gemäß § 6 Abs. 1), differenziert nach den Kategorien „Auswahl gemäß § 4 Abs. 2“ und „Auswahl gemäß § 4 Abs. 3“ mit Angabe des zutreffenden Kriteriums, sowie Anteil der geprüften Ärzte an der Gesamtzahl der den Leistungsbereich abrechnenden Ärzte und Angabe der Dokumentationen und Begründungen nach § 4 Abs. 2 Satz 2 und § 4 Abs. 4 Satz 4,
 3. Anzahl der Empfehlungen und Verpflichtungen zur Beseitigung von Mängeln (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a),
 4. Anzahl der Beratungsgespräche (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 2, Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 Buchstabe a),
 5. Anzahl der Nichtvergütungen und Rückforderungen bereits geleisteter Vergütungen (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe b und Nummer 4 Buchstabe b),
 6. Anzahl und Ergebnisse der Kolloquien (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c und Nummer 4 Buchstabe c),
 7. Anzahl der Genehmigungswiderrufe (§ 5 Abs. 3 Satz 3 sowie § 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 4 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz und Buchstabe e sowie § 8 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 6 Satz 1),

8. Anzahl der mit Auflagen versehenen Genehmigungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe c Satz 6 und Nummer 4 Buchstabe c 2. Halbsatz),
 9. Anzahl und Ergebnisse der Praxisbegehungen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 Nummer 3 Buchstabe d und Nummer 4 Buchstabe d, § 7 Abs. 9 sowie § 8).
- (3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt für jedes Kalenderjahr bis zum 30. Juni des Folgejahres dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen Bericht zur Verfügung, der die Informationen nach Absatz 2 Nummer 1 bis 9, gegliedert nach Leistungsbereichen und Kassenärztlichen Vereinigungen, umfasst.

§ 10 In-Kraft-Treten und Übergangsregelung

1. Die Richtlinie tritt am 1. Januar 2007 in Kraft.
2. Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 2 SGB V, die vor dem 1. Januar 2007 begonnen wurden, können bis zum 30. Juni 2007 nach den vor dem 1. Januar 2007 geltenden Vorschriften fortgeführt werden.