

# **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) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Die Überprüfung medizinischer Leistungen im Einzelfall durch Stichproben ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität. <sup>3</sup> 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) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Dabei sind die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von Ärzten zu überprüfen. <sup>3</sup> 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. <sup>4</sup> 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) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Hat der Gemeinsame Bundesausschuss für einen Leistungsbereich keine Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie beschlossen, können die Kassenärztlichen Vereinigungen Stichprobenprüfungen auf der Grundlage eigener Kriterien zur Qualitätsbeurteilung durchführen. <sup>3</sup> Ein Leistungsbereich im Sinne dieser Richtlinie umfasst diejenigen Leistungen, die den Gegenstand einer Stichprobenprüfung bilden.

- (5) <sup>1</sup> 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). <sup>2</sup> Insbesondere sind die Vertragsärzte gemäß § 294 in Verbindung mit § 298 SGB V zur versichertenbezogenen Übermittlung von Angaben über ärztliche Leistungen berechtigt und verpflichtet. <sup>3</sup> 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. <sup>4</sup> 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) <sup>1</sup> Die Kassenärztliche Vereinigung richtet für die Durchführung von Stichprobenprüfungen, insbesondere für die Leistungsbereiche, für die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegen, Qualitätssicherungs-Kommissionen ein. <sup>2</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Qualitätssicherungs-Kommissionen mit Zuständigkeit für mehrere Leistungsbereiche und auch für den Bereich von mehr als einer Kassenärztlichen Vereinigung einrichten.
- (2) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. <sup>3</sup> Die Mitglieder einer Qualitätssicherungs-Kommission sollen über Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung verfügen. <sup>4</sup> Ist ein Kommissionsmitglied befangen oder verhindert, tritt an seine Stelle ein stellvertretendes Mitglied. <sup>5</sup> Bei Bedarf können Sachverständige beratend hinzugezogen werden.

- (3) <sup>1</sup> Die Kassenärztliche Vereinigung beruft die Mitglieder und, aus deren Mitte, den Vorsitzenden der Qualitätssicherungs-Kommission sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder. <sup>2</sup> 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) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> 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) <sup>1</sup> Die Entscheidungen der Qualitätssicherungs-Kommission werden von den Mitgliedern oder stellvertretenden Mitgliedern mit einfacher Stimmenmehrheit gefällt. <sup>2</sup> 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) <sup>1</sup> Pro Jahr sind in der Regel mindestens vier Prozent der den betreffenden Leistungsbereich abrechnenden Ärzte zu überprüfen. <sup>2</sup> Eine Unterschreitung des Stichprobenumfangs unter vier Prozent ist zu dokumentieren und zu begründen. <sup>3</sup> Die Auswahl der zu überprüfenden Ärzte führt die Kassenärztliche Vereinigung per Zufallsgenerator nach einem statistisch gesicherten Verfahren durch. <sup>4</sup> 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) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Reichen die Dokumentationen zu zwölf Patienten zur Beurteilung des Leistungsbereichs nicht aus, sind Dokumentationen weiterer zufällig ausgewählter Patienten des Prüfquartals anzufordern. <sup>3</sup> Soweit es die Besonderheiten eines Leistungsbereichs rechtfertigen, können weniger als zwölf Patienten nach Satz 1 ausgewählt werden. <sup>4</sup> Die Zahl der nach Satz 3 ausgewählten Patienten ist zu dokumentieren und zu begründen.
- (5) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> 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) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Die Kassenärztliche Vereinigung wählt die ersatzweise zu prüfenden Fälle per Zufall aus und dokumentiert den Ersatz von fehlenden Fällen. <sup>3</sup> 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) <sup>1</sup> Kommt der Arzt seiner Verpflichtung zur Einreichung der Dokumentationen innerhalb eines Zeitraumes von vier Wochen nach Zugang der Anforderung nicht nach, erfolgt eine Erinnerung. <sup>2</sup> 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. <sup>3</sup> In diesem Falle kann die Kassenärztliche Vereinigung entscheiden, diese Leistungen nicht zu vergüten oder die geleisteten Vergütungen zurückzufordern.
- (3) <sup>1</sup> Im Fall des Absatzes 2 Satz 2 werden beim betreffenden Arzt im Folgequartal nochmals Dokumentationen nach Absatz 1 angefordert. <sup>2</sup> 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. <sup>3</sup> In diesem Falle kann die Kassenärztliche Vereinigung entscheiden, diese Leistungen nicht zu vergüten oder die geleisteten Vergütungen zurückzufordern oder die Genehmigung zu widerrufen. <sup>4</sup> Eine erneute Genehmigung wird erst erteilt, wenn der Arzt seiner Vorlagepflicht nachgekommen ist.

## § 6 Ergebnisse der Stichprobenprüfung

- (1) <sup>1</sup> 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.
- <sup>2</sup> Auf der Grundlage der Einzelbewertungen wird eine Gesamtbewertung aller von einem Arzt eingereichten Dokumentationen anhand der Beurteilungskategorien nach Satz 1 gebildet. <sup>3</sup> 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) <sup>1</sup> Die Qualitätssicherungs-Kommission hält die Einzelbewertungen und die Gesamtbewertung der Stichprobe mit Begründung in einer Ergebnisniederschrift fest. <sup>2</sup> Dabei sind die beanstandeten Mängel zu benennen sowie Empfehlungen zu deren Beseitigung und Vermeidung zu geben. <sup>3</sup> Ferner sind die Teilnehmer sowie Ort, Datum, Beginn und Ende der Stichprobenprüfung anzugeben. <sup>4</sup> Die Ergebnisniederschrift ist von den Mitgliedern der Qualitätssicherungs-Kommission und dem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 3 Abs. 4 zu unterzeichnen.
- (3) <sup>1</sup> Die Kassenärztliche Vereinigung entscheidet im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens auf der Grundlage der Ergebnisniederschrift der Qualitätssicherungs-Kommission über die eventuell zu treffenden Maßnahmen. <sup>2</sup> 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) <sup>1</sup> Fortsetzung des Prüfverfahrens durch Anforderung weiterer Dokumentationen aus einem dem Prüfquartal zeitnah folgenden Quartal. <sup>2</sup> 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. <sup>3</sup> Besteht der Arzt das Kolloquium nicht im Sinne von § 7 Abs. 7, wird ein neuer Termin angesetzt. <sup>4</sup> Besteht der Arzt auch das erneute Kolloquium nicht im Sinne von § 7 Abs. 7, wird die Genehmigung widerrufen. <sup>5</sup> Die erneute Erteilung der Genehmigung kann frühestens nach sechs Monaten erfolgen und wird von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium nach § 7 abhängig gemacht. <sup>6</sup> Die Genehmigung kann mit Auflagen versehen werden.
- d) Praxisbegehung nach Maßgabe von § 8.

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

- (5) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> 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) <sup>1</sup> Die Kassenärztliche Vereinigung lädt den Arzt zu dem Kolloquium mit einer Frist von mindestens vier Wochen. <sup>2</sup> Mit Einverständnis des Arztes können auch kürzere Fristen vereinbart werden. <sup>3</sup> Mit Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung kann der Arzt im Ausnahmefall das Kolloquium auch bei einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung absolvieren.
- (3) <sup>1</sup> Die Durchführung der Kolloquien obliegt der zuständigen Qualitätssicherungskommission. <sup>2</sup> Sie bestellt drei ihrer Mitglieder nach § 3 Abs. 2 und 3 als Prüfer. <sup>3</sup> An dem Kolloquium nehmen die Prüfer und ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 2 Abs. 2 teil.
- (4) <sup>1</sup> Die Dauer des Kolloquiums soll für jeden Arzt mindestens 30 Minuten betragen. <sup>2</sup> Die Prüfungsinhalte haben sich auf die in der Stichprobenprüfung beanstandete Leistungserbringung zu beziehen. <sup>3</sup> Werden spezielle ärztliche Fertigkeiten geprüft, ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Prüfer auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt.
- (5) <sup>1</sup> Über den Ablauf des Kolloquiums ist eine Ergebnisniederschrift anzufertigen. <sup>2</sup> 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. <sup>3</sup> 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) <sup>1</sup> Wird die erforderliche fachliche Befähigung nicht nachgewiesen, ist das Kolloquium nicht bestanden. <sup>2</sup> 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) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> 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) <sup>1</sup> Eine Praxisbegehung ist nur zulässig, wenn der Arzt hierzu schriftlich sein Einverständnis erklärt hat. <sup>2</sup> Wird die Einverständniserklärung verweigert, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung widerrufen. <sup>3</sup> Eine Praxisbegehung kann auch vom Arzt selbst beantragt werden. <sup>4</sup> Bei der Festsetzung des Zeitpunktes und der sonstigen Modalitäten der Praxisbegehung sind die Interessen des Arztes angemessen zu berücksichtigen.
- (3) <sup>1</sup> Die Praxisbegehung wird von Mitgliedern der Qualitätssicherungs-Kommission nach § 3 Abs. 2 und 3 durchgeführt. <sup>2</sup> An der Praxisbegehung nimmt auch ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 2 Abs. 2 teil. <sup>3</sup> Bei Bedarf können Sachverständige beratend hinzugezogen werden.
- (4) <sup>1</sup> Die Ergebnisse der Praxisbegehung werden in einer Ergebnisniederschrift festgehalten. <sup>2</sup> Dabei sind die Teilnehmer, Ort, Datum, Beginn und Ende sowie die festgestellten Mängel anzugeben. <sup>3</sup> Die Ergebnisniederschrift ist von den Mitgliedern der Qualitätssicherungs-Kommission und dem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 3 Satz 2 zu unterzeichnen.
- (5) <sup>1</sup> Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Arzt die Ergebnisse der Praxisbegehung in einem schriftlichen Bescheid mit. <sup>2</sup> Der Bescheid ist zu begründen. <sup>3</sup> Die festgestellten Mängel sind zu benennen und der Arzt ist zu verpflichten, diese innerhalb einer angemessenen Frist zu beseitigen.

- (6) <sup>1</sup> Kommt der Arzt der Verpflichtung nicht nach, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung widerrufen. <sup>2</sup> 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.