

Vereinbarung

Die KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

und

die AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

der BKK LANDESVERBAND SÜD, Regionaldirektion Hessen

die IKK CLASSIC

die SOZIALVERSICHERUNG für LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN
und GARTENBAU (SVLFG) als LANDWIRTSCHAFTLICHE KRANKENKASSE

die KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

die Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

schließen für die Zeit **ab 1. Januar 2017** folgende

**Prüfvereinbarung
gemäß § 106 bis § 106 c SGB V**

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Bildung der Prüfungseinrichtungen

- (1) Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung werden eine Prüfungsstelle und ein Beschwerdeausschuss gebildet. Näheres regelt die Anlage 1 der Prüfvereinbarung.
- (2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss sind gemeinsame Einrichtungen der Vertragspartner und tragen die Bezeichnung „Prüfungsstelle“ bzw. „Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen“.

§ 2

Prüfungsstelle

- (1) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist die gemeinsame Prüfungsstelle gem. § 106 c Abs. 1 SGB V zuständig. Sie entscheidet unabhängig, unter Berücksichtigung der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben – insbesondere der Prüfvereinbarung –, ob ein Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Die Mitarbeiter unterstehen dem Leiter/der Leiterin der Prüfungsstelle.
- (2) Die Prüfungsstelle führt darüber hinaus die Geschäfte des Beschwerdeausschusses. Sie stimmt die Termine der Ausschusssitzungen sowie die Tagesordnung mit dem Vorsitzenden ab. Sie lädt mit einer Frist von mindestens zwei Wochen die Ausschussmitglieder rechtzeitig unter Bekanntgabe der Tagesordnung und Beifügung der erforderlichen Unterlagen im Auftrag des Vorsitzenden zu den Sitzungen ein. Kann ein Ausschussmitglied nicht selbst an der Sitzung teilnehmen, obliegt es ihm, Terminladung und Unterlagen an seinen Stellvertreter weiterzuleiten und die Prüfungsstelle hiervon zu unterrichten. Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle unterstützen die Arbeit des Ausschusses. Sie erteilen insbesondere die erforderlichen Auskünfte, führen die Sitzungsprotokolle und formulieren nach erfolgter Beschlussfassung die Niederschriften und schriftlichen Bescheide im Entwurf. Sie sind ferner für die unverzügliche Information der am Prüfungsverfahren Beteiligten über Anträge, Referentenberichte, Widersprüche und Stellungnahmen sowie für die Versendung bzw. Zustellung der Protokolle und Bescheide verantwortlich.
 - (a) Über Anträge auf Verlegung eines Verhandlungstermins entscheidet die Prüfungsstelle in Abstimmung mit dem Vorsitzenden. Sofern wiederholte Verlegungsanträge im selben Verfahren gestellt werden, entscheidet ab dem dritten Verlegungsantrag der Ausschuss.
 - (b) Die Prüfungsstelle hat im Auftrag des Vorsitzenden alle für die Durchführung des Verfahrens erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen zu treffen und insbesondere die zur Beurteilung der gesamten Tätigkeit des Arztes in Frage kommenden Auskünfte, Vergleichswerte und sonstige Unterlagen vom betroffenen Arzt, den Krankenkassen und von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (nachstehend KVH genannt) anzufordern, zusammenzuführen und aufzubereiten.

Sie bereitet insbesondere die für die Prüfungen erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und legt diese dem Ausschuss vor.

- (3) Der betroffene Arzt hat der Prüfungsstelle auf Anforderung alle Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung des Verfahrens erforderlich sind. Im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht obliegt dem Arzt insbesondere die Darlegung von Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Einsparungen. Sofern patientenbezogene Daten angefordert werden, ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, diese offenzulegen.

§ 3

Zusammensetzung und Amtsdauer des Beschwerdeausschusses

- (1) Dem Beschwerdeausschuss gehören je drei Vertreter der KVH und der Krankenkassen sowie ein unabhängiger Vorsitzender an. Hierbei stellen die AOK und die Ersatzkassen je einen Vertreter. Den dritten Vertreter stellen die Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Knappschaft und die SVLFG.
- (2) Die Vertreter der KVH werden von der KVH, die Vertreter der Krankenkassen von den zuständigen Verbänden jeweils zusammen mit einer ausreichenden Zahl von Stellvertretern bestellt. Die Bestellung kann auch sitzungsbezogen erfolgen.
- (3) Die Amtsdauer der Mitglieder des Beschwerdeausschusses beträgt zwei Jahre. Die nächste Amtsperiode beginnt am 1. Januar 2018. Werden Mitglieder während einer laufenden Amtsperiode bestellt, endet ihre Mitgliedschaft mit Ende der laufenden Amtsperiode. Die Mitglieder bleiben nach Ablauf der Amtsperiode im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten. Die vorzeitige Entbindung eines Mitgliedes vom Amt ist durch die bestellende Körperschaft möglich, wenn das Mitglied dies wünscht oder ein wichtiger Grund hierfür vorliegt.
- (4) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie die externen Sachverständigen dürfen bei der Überprüfung ihrer eigenen vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der eines Angehörigen im Sinne von § 16 Abs. 5 SGB X nicht mitwirken. Das gleiche gilt für die Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft und benachbarte Ärzte. Auf einen Sachverhalt, der die Besorgnis der Befangenheit gem. § 17 SGB X begründen könnte, ist die Geschäftsstelle von dem Betroffenen rechtzeitig hinzuweisen.

§ 4

Rechtsstellung der Mitglieder des Beschwerdeausschusses

- (1) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Stellvertreter haben für die Zeit, in der sie die Mitglieder vertreten oder andere ihnen übertragene Aufgaben wahrnehmen, die Rechte und Pflichten eines Mitgliedes.
- (2) Die Bestimmungen der Prüfvereinbarung sind verbindlich. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sind bei der Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden, soweit in der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung nichts Abweichendes geregelt ist.
- (3) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben Anspruch auf Erstattung ihrer Auslagen sowie auf eine Entschädigung für Aufwand und Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der von ihnen vertretenen Institution geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die Institution, die sie bestellt hat.
- (4) Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses sowie sonstige Mitwirkende sind auch nach Beendigung ihres Amtes zur Verschwiegenheit über alle Tatsachen verpflichtet, die ihnen aus der Teilnahme an Prüfungsverfahren zur Kenntnis gekommen sind. Dies gilt insbesondere auch für die Beratung und die Abstimmung. Eine sachliche Berichterstattung

über die Verfahrensergebnisse gegenüber den entsendenden Stellen ist davon ausgenommen.

- (5) Die Teilnehmer an den Sitzungen haben gegenüber den entsendenden Stellen die Erklärung nach dem Gesetz über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen und die Erklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz abzugeben.

§ 5

Vorsitz und Beschlussfähigkeit des Beschwerdeausschusses

- (1) Den Vorsitz des Beschwerdeausschusses führt für die Dauer von zwei Jahren (Amtsperiode) ein unabhängiger Vorsitzender. Dieser, sowie dessen Stellvertreter werden von den Verbänden und der KVH gemeinsam benannt. Näheres zu den Aufgaben und der Entschädigung des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter ist in der Anlage 2 zur Prüfvereinbarung geregelt.
- (2) Der Beschwerdeausschuss ist beschlussfähig, wenn mindestens je zwei Vertreter der KVH und der Krankenkassen, sowie der Vorsitzende oder dessen Stellvertreter, anwesend sind. Fehlen auf einer Seite Vertreter, so nehmen an der Abstimmung auf der anderen Seite ebenfalls nur Vertreter in gleicher Zahl teil.
- (3) Der Beschwerdeausschuss beschließt mit Stimmenmehrheit. Stimmenthaltung wird nicht gezählt. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 6

Inhalt, Erstellung und Austausch von Abrechnungsunterlagen und statistischen Unterlagen

Die Prüfung nach Durchschnittswerten erfolgt auf Basis der BSNR. Näheres zu Inhalt, Erstellung und Austausch von Abrechnungsunterlagen und statistischen Unterlagen ist in der Anlage 3 zur Prüfvereinbarung geregelt.

Abschnitt II Einzelne Prüfungsarten

§ 7

Prüfungsarten

Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch:

1. Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise (§§ 10 und 11) und ärztlichen Verordnungsweise (§§ 9, 12 und 13) nach Durchschnittswerten oder in Einzelfällen
2. Prüfung in sonstigen Fällen (§14)
3. Feststellung eines sonstigen Schadens (§15)
4. Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (§16)

§ 8 Auswahlverfahren

- (1) Die Prüfungsstelle prüft die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung von Amts wegen oder auf schriftlichen Antrag.
- (2) Antragsberechtigt ist die Kassenärztliche Vereinigung, ein Verband oder eine Krankenkasse. Die Krankenkassen können ihre Antragsbefugnis auf ihre Verbände übertragen, die in ihrem Namen Anträge stellen und Erklärungen abgeben bzw. entgegennehmen.
- (3) Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit sollen die Prüfungsart und den Prüfungsgrund konkret bezeichnen, damit die Prüfungsstelle und die anderen Verfahrensbeteiligten klar erkennen können, was Gegenstand der Prüfung sein soll. Die Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts insgesamt oder in den einzelnen Leistungsgruppen bzw. bei einzelnen Leistungen ist anzugeben.
- (4) Über die Einleitung eines Verfahrens kann vorab durch die Prüfungsstelle in einem Auswahlverfahren unter Beteiligung der Vertragspartner entschieden werden (Vorauswahlverfahren). Etwaig entstehende Kosten trägt die entsendende Stelle.
- (5) Die Verfahrensbeteiligten sind, soweit sie nicht Antragsteller sind, unverzüglich über die Einleitung und Inhalt eines Prüfverfahrens schriftlich zu informieren. Der betroffene Arzt wird aufgefordert, eine Stellungnahme abzugeben und ggf. seine Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Einsparungen aktenkundig zu machen.

§ 9 Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten sowie auf Basis von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen

Die ab 01.01.2017 gültige Prüfung nach Durchschnittswerten – welche die bis zum 31.12.2016 gültige Richtgrößenprüfung abgelöst haben wird – soll frühestens für Verordnungen ab dem Zeitraum 01.01.2018 ersetzt werden durch eine Prüfung auf Basis von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen (z. B. Leitsubstanzen, Mindest- und Höchstquoten). Die Einzelheiten der Prüfung auf Basis von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen werden dann ab diesem Zeitpunkt in der Anlage 4 der Prüfvereinbarung geregelt.

§ 10 Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung)

- (1) Die Prüfungsstelle entscheidet darüber, ob die Honorarabrechnung des Arztes dem Gebot einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse wirtschaftlichen Behandlungsweise entspricht, medizinisch notwendig ist (Indikation), geeignet ist, das therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen (Effektivität) und im Hinblick auf die Qualität den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entspricht (Qualität). Sie hat hierbei die nachstehenden Maßstäbe und Grundsätze zu beachten.

Die Prüfung soll nach folgenden Aufgreifkriterien durchgeführt werden:

- Gesamthonorar $\geq 40 \%$
- Leistungsgruppe $\geq 60 \%$

- Leistungsziffern $\geq 100\%$
- (2) Steht die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Vergleichsgruppe, kann die Prüfungsstelle eine auf einer Schätzung beruhende pauschale Honorarkürzung ohne Angaben von Beispielen vornehmen.
 - (3) Die Prüfungsstelle kann eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung der Honorarforderung vornehmen, wenn die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall den Durchschnittswert seiner Vergleichsgruppe in einem Umfang überschreitet, der eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vermuten lässt, ohne dass bereits ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt und die Unwirtschaftlichkeit sich durch eine Prüfung anhand einer die Behandlungsweise des Arztes genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen aus der Abrechnung des Arztes nachweisen lässt. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage der Schätzung für eine Honorarkürzung.
 - (4) Kürzungen gemäß den Absätzen 2 bis 3 sind auch dann zulässig, wenn die durchschnittliche Honorarforderung eines Arztes je Behandlungsfall nur in einzelnen Leistungsgruppen oder die Abrechnungshäufigkeit einzelner in der Vergleichsgruppe üblicher Leistungen die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übersteigen.
 - (5) Kürzungen nach den Absätzen 2 bis 4 sind insoweit nicht zulässig, als ein Mehraufwand durch Einsparungen bei anderen Leistungen im ursächlichen Zusammenhang ausgeglichen wird. Entsprechendes gilt, soweit ein Mehraufwand gegenüber den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe des Arztes durch Besonderheiten seiner Praxis gerechtfertigt ist. Einsparungen und Praxisbesonderheiten sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie aus der Abrechnung des Arztes erkennbar oder in anderer Weise nachgewiesen sind.
 - (6) Die Prüfungsstelle setzt die Kürzungen unter Würdigung aller ihr bekannten Umstände fest. Die Kürzungen können sich sowohl auf das Gesamthonorar, einzelne Leistungsgruppen als auch auf einzelne Leistungen beziehen. Eine Honorarkürzung soll in der Regel nur dann festgesetzt werden, wenn der Gegenstandswert den Betrag von € 500,- insgesamt oder € 1,- je Fall übersteigt, wobei in Fällen von grundsätzlicher Bedeutung auch bei einer Unterschreitung dieses Wertes eine Kürzung festgesetzt werden kann.

§ 11

Prüfung der Behandlungsweise in Einzelfällen

- (1) Bei Überschreitung des Arztes gegenüber der Fachgruppe im normalen Streuungsbereich ist eine Einzelfallprüfung durchzuführen, sofern dies vom Verwaltungsaufwand her zumutbar ist.
- (2) Eine Einzelfallprüfung ist darüber hinaus durchzuführen, wenn bei anerkannten Praxisbesonderheiten wegen fehlender Vergleichbarkeit der statistische Vergleich nicht möglich ist.
- (3) Die Ergebnisse der Einzelfallprüfung sind im Referentenbericht - soweit dieser erforderlich ist - durch Kennzeichnung der unwirtschaftlichen Leistungen und ihres Gebührenwerts sowie des Grundes der Unwirtschaftlichkeit zu dokumentieren. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage für die Festsetzung einer notwendigen Honorarkürzung.
- (4) Ist bei größerer Fallzahl eine Einzelfallprüfung der gesamten Honorarabrechnung des Arztes ohne unverhältnismäßigen Arbeits- und Zeitaufwand nicht durchzuführen, kann

die Einzelfallprüfung auf eine repräsentative Zahl von Einzelfällen beschränkt werden. Bei der Auswahl der Behandlungsfälle für die repräsentative Einzelfallprüfung sind die statistischen Grundsätze eines einwandfreien Stichprobenverfahrens zu beachten. Dabei ist insbesondere ein repräsentativer Querschnitt der Patienten dieser Praxis nach ihrem Versichertenstatus (M/F/R) der unterschiedlichen Krankenkassen zu bilden. Erstreckt sich der Prüfantrag nur auf bestimmte Leistungen, sind in die Stichprobe nur solche Behandlungsfälle einzubeziehen, in denen die beanstandeten Gebührenordnungspositionen abgerechnet wurden. Um dem sachverständigen Referenten die Beurteilung der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit und die Feststellung von kompensationsfähigen Einsparungen bei anderen Gebührenordnungspositionen zu ermöglichen, ist die restliche Abrechnung, soweit erforderlich, zur Orientierung beizufügen.

§ 12

Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten

- (1) Auf schriftlichen Antrag, oder bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um mehr als 45 % von Amts wegen, prüft die Prüfungsstelle die Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen. Die Prüfung erfolgt im Rahmen einer Feststellung der Überschreitung von Amts wegen auf Basis eines Kalenderjahres bei in der Regel nicht mehr als 5 % der Ärztinnen und Ärzte einer Fach- bzw. Vergleichsgruppe. Bei einer Prüfung auf schriftlichen Antrag ist auch eine quartalsbezogene Prüfung möglich.
- 2) Für die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten erfolgt die Bildung der Vergleichsgruppe und die Berechnung der Überschreitungssätze grundsätzlich entsprechend der in Anlage 3 § 2 getroffenen Regelung. Die Vergleichswerte werden je Prüfgruppe aus den Verordnungen und der Fallzahl aus den verschiedenen beteiligten Betriebsstätten ermittelt, wobei zusätzlich eine Gewichtung des Fallwertes des Arztes vorzunehmen ist. Dabei ist die gewichtete Abweichung die Differenz zwischen den durchschnittlichen Gesamtkosten je Fachgruppe und der theoretischen Verordnungskostensumme des einzelnen Arztes. Diese wird errechnet, indem die Fallkosten des einzelnen Arztes getrennt nach Versichertengruppe (M, F, R) multipliziert werden mit dem jeweils absoluten Anteil der Versichertengruppe an der Gesamtfallzahl der jeweiligen Fachgruppe. Die erhaltenen Einzelwerte werden anschließend addiert. Die verschiedenen Fachgruppen, aus denen sich eine BSNR zusammensetzt, werden auch zueinander gewichtet anhand der Fallzahlverteilung über die Prüfgruppen innerhalb der Betriebsstätte. Daraus wird ein Durchschnittswert für die Betriebsstätte gebildet, der mit den Fachgruppenwerten verglichen wird, die ebenso nach der Fallzahlverteilung der Fachgruppen in der Betriebsstätte gebildet werden. Die gewichtete Abweichung wird in v. H. ausgewiesen. Eine detaillierte Beschreibung ist in der Anlage 3 abgebildet.
- (3) Vor Einleitung eines Verfahrens auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten, kann unter Vorlage der hierfür benötigten Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung Gelegenheit gegeben werden, innerhalb eines Monats dazu Stellung zu nehmen, ob statistische Abweichungen durch Praxisbesonderheiten begründet sind, oder ob sie es als sinnvoll ansieht, den Arzt über die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Verordnungsweise außerhalb des Prüfungsverfahrens zu beraten. Die Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung kann in einer Besprechung mit dem Antragsteller erfolgen.
- (4) Wird ein Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten gestellt, so stellt die Prüfungsstelle fest, ob nach dem Maßstab des § 23 Abs. 1 Unwirtschaftlichkeit vorliegt und entscheidet über die gebotene Maßnahme. Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit können sich auch auf eine bestimmte Versichertengruppe (Mitglieder, Familienangehörige, oder Rentner) beziehen.

- (6) Die Prüfungsstelle kann Maßnahmen gemäß Abschnitt III dieser Prüfvereinbarung beschließen.

§ 13

Prüfung der Verordnungsweise in Einzelfällen

- (1) Auf Antrag prüft die Prüfungsstelle, ob der Arzt im Einzelfall mit seinen Arzneiverordnungen oder Verordnungen über Heilmittel gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.
- (2) Anträge nach Absatz 1 müssen spätestens 6 Wochen vor Ablauf der Ausschlussfrist von 4 Jahren der Prüfungsstelle vorliegen.
- (3) Die Anträge sind unter Beifügung der prüfrelevanten Daten mit einer qualifizierten Begründung zu versehen.
- (4) Prüfgegenstand ist die arzneimittel- bzw. verordnungsbezogene Überprüfung der Verordnungsweise nach den gesetzlichen Bestimmungen bzw. nach den Arzneimittel-Richtlinien oder Heilmittel-Richtlinien, insbesondere hinsichtlich
- Preiswürdigkeit der verordneten Arzneimittel/Heilmittel unter Berücksichtigung des therapeutischen Nutzens
 - Mehrfachverordnungen für pharmakologisch oder therapeutisch gleichsinnig wirkende Arzneimittel
 - Verordnung von Arzneimitteln und Arzneimittelgruppen mit umstrittener Wirksamkeit
 - Mehrfachverordnung bei med. therap. gleichsinnig wirkenden Heilmitteln und deren Zielsetzung
 - Verordnungsmengen, Verordnungsabstände, Verordnungsumfang
 - Durchführung bzw. Veranlassung der weiterführenden Diagnostik
 - Beachtung der Vorschriften innerhalb/außerhalb des Regelfalls
 - Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots hinsichtlich der Verordnung von Hausbesuchen
 - Wirtschaftlichkeit der Verordnungen im Einzelfall.
- (5) Soweit die Prüfungsstelle im Einzelfall eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie den vom Arzt zu erstattenden Regressbetrag fest. Erscheint eine gezielte schriftliche oder persönliche Beratung ausreichend, ist diese nur zulässig, wenn innerhalb von 24 Monaten vor dem Quartal, für das der Prüfantrag gestellt wurde, keine derartige Maßnahme verfügt wurde.
- (6) Ein Antrag nach Absatz 1 ist ausgeschlossen, wenn der berechnete Regressbetrag je Arzt und Quartal nicht mehr als € 50,- beträgt. Die Geringfügigkeitsgrenze kann unterjährig angepasst werden.

§ 14

Prüfung in sonstigen Fällen

- (1) Auf Antrag prüft die Prüfungsstelle, ob der Arzt durch Veranlassung von Auftragsleistungen, mit seinen sonstigen Verordnungen (nicht Arznei- oder Heilmittel) oder bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot oder die Zulässigkeit der Verordnung, insbesondere im Hinblick auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der Sprechstundenbedarfsvereinbarung verstoßen hat, soweit andere vertragliche Regelungen dem nicht entgegenstehen.

Dies betrifft insbesondere die nachfolgend genannten Verordnungsbereiche:

- Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V)
 - Verordnung von Sprechstundenbedarf
 - Verordnung von Hilfsmitteln (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Krankentransporten (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V)
 - Verordnung von häuslicher Krankenpflege (§ 73 Abs. 2 Nr. 8 SGB V)
 - Verordnung von Soziotherapie (§ 73 Abs. 2 Nr. 12 SGB V)
 - Verordnung von Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (§ 73 Abs. 2 Nr. 14 SGB V)
- (2) Verordnungen, die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind nur insoweit in die Einzelfallprüfung einzubeziehen, als begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Ordnungsverhaltens im jeweiligen Ordnungsbereich insgesamt vorgebracht werden. Als Maßnahme kommt hierbei vorrangig eine Beratung des betreffenden Arztes im Sinne einer wirtschaftlichen Ordnungsweise in Betracht.
- (3) Anträge nach Absatz 1 müssen spätestens 6 Wochen vor Ablauf der Ausschlussfrist von 4 Jahren der Prüfungsstelle vorliegen.
- (4) Ein Antrag nach Absatz 1 kann sich auf einen Zeitraum von bis zu 4 aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren erstrecken. Diese Anträge müssen innerhalb der Ausschlussfrist von 4 Jahren vorliegen.
- (5) Die Anträge sind unter Beifügung sämtlicher Unterlagen mit einer Begründung zu versehen, weitergehende Einzelheiten regelt die Anlage 3.
- (6) Soweit die Prüfungsstelle im Einzelfall eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, setzt sie den vom Arzt zu erstattenden Regressbetrag fest, es sei denn, dass eine Beratung des Arztes ausreichend erscheint.
- (7) Ein Antrag nach Absatz 1 ist ausgeschlossen, wenn der berechnete Regressbetrag je Arzt und Quartal nicht mehr als € 50,- beträgt. Die Geringfügigkeitsgrenze kann unterjährig angepasst werden.

§ 15

Feststellung eines sonstigen Schadens

- (1) Die Prüfungsstelle hat auf Antrag der Krankenkasse auch den sonstigen Schaden festzustellen, den der Arzt der Krankenkasse infolge schuldhafter Verletzung (mindestens fahrlässiges Verhalten) seiner vertragsärztlichen Pflichten verursacht hat, soweit dies nicht durch den Bundesmantelvertrag (siehe § 48 BMV-Ä) anderweitig geregelt ist. Hierunter fällt auch die fehlerhafte Ausstellung von Bescheinigungen.
- (2) Vom sonstigen Schaden ausgenommen sind Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen sachlich-rechnerischer Unrichtigkeiten der Honorarabrechnung oder aus unerlaubten Handlungen des Arztes. Ansprüche der Versicherten und der Krankenkassen wegen eines Behandlungsfehlers des Arztes richten sich nach bürgerlichem Recht bzw. nach den Bundesmantelverträgen (§ 82 Abs. 1 SGB V).
- (3) Die Prüfungsstelle entscheidet darüber, ob und in welcher Höhe der Krankenkasse durch Verschulden des Arztes ein zu ersetzender Schaden entstanden ist. Lässt sich die Höhe

des Schadens nicht eindeutig feststellen, bestimmt die Prüfungsstelle den Schadensumfang nach gewissenhafter Schätzung in entsprechender Anwendung von § 287 der Zivilprozessordnung.

- (4) Anträge müssen spätestens 6 Wochen vor Ablauf der Verjährungsfrist von 4 Jahren der Prüfungsstelle vorliegen.

§ 16

Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit auf der Grundlage von Stichproben erfolgt nach Maßgabe der Richtlinie von KBV und GKV-Spitzenverband. Einzelheiten werden in Anlage 5 geregelt.

Abschnitt III

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

§ 17

Geltungsbereich der Prüfvereinbarung gemäß § 106b SGB V

- (1) Der Geltungsbereich umfasst Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der Versorgung aller Bereiche ärztlich verordneter Leistungen.
- (2) Gemäß § 2 Abs. 3 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V gilt diese Prüfvereinbarung auch für die Prüfung der am Krankenhaus verordneten ambulanten ärztlichen und belegärztlichen Leistungen.

- (3) Verordnete Leistungen im Rahmen

- des Entlassmanagements nach § 39 Abs.1a Satz 5 SGB V und
- bei Inanspruchnahme eines Krankenhauses nach § 76 Abs.1a SGB V

können auf Antrag der Krankenkassen auf Wirtschaftlichkeit geprüft werden. Die erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen mit dem Antrag vorzulegen bzw. auf Anforderung der PS zur Verfügung zu stellen.

Der Kostenersatz dafür ist in Anlage 1, § 4 PV geregelt.

- (4) Die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V kann auf Antrag der Krankenkasse geprüft werden. Die erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen mit dem Antrag vorzulegen bzw. auf Anforderung der PS zur Verfügung zu stellen.

Der Kostenersatz dafür ist in Anlage 1, § 4 PV geregelt.

- (5) Die Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen durch

- Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V,
- Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
- Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sowie
- medizinische Behandlungszentren nach § 119c SGB V

kann in Anwendung der §§ 12 ff der Prüfvereinbarung auf Antrag der Krankenkassen geprüft werden. Die erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen mit dem Antrag vorzulegen bzw. auf Anforderung der Prüfungsstelle zur Verfügung zu stellen. Der Kostenersatz dafür ist in Anlage 1, § 4 PV geregelt.

- (6) Ärztlich verordnete Leistungen im Rahmen der Teilnahme an Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V (Selektivverträge) können auf Antrag der für den jeweiligen Vertrag zuständigen Krankenkasse unter Zurverfügungstellung der entsprechenden Daten auf Wirtschaftlichkeit geprüft werden. Der Kostenersatz dafür ist in Anlage 1, § 4 PV geregelt.

§ 18

Maßnahmen bei statistischen Prüfungen

Individuelle Beratungen gehen bei statistischen Prüfungen der Festsetzung weiterer Maßnahmen bei erstmaliger Auffälligkeit vor. Eine weitere Maßnahme kann gemäß § 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder Kürzung sein.

§ 19

Individuelle Beratungen als Maßnahme bei statistischen Prüfungen

- (1) Nach § 106b Abs. 2 Satz 3, Halbsatz 1 SGB V ist bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen einer statistischen Prüfung eine individuelle Beratung der Ärztin bzw. des Arztes festzusetzen und durchzuführen (im Folgenden „individuelle Beratung“). Dies gilt für Arzneimittel und Heilmittel gesondert.
- (2) Eine erstmalige Auffälligkeit bei statistischen Prüfungen liegt vor, wenn bisher:
- weder eine individuelle Beratung der Ärztin / des Arztes nach § 106b Abs. 2 Satz 3, Halbsatz 1 SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
 - noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit nach Satz 1 liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung nach Abs.1 oder § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung), weitere Maßnahmen nach § 20 oder eine „Nachforderung“ nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als fünf Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.

- (3) Inhalt und Durchführung von individuellen Beratungen als Maßnahme im Rahmen statistischer Prüfungen sind in Anlage 6 geregelt.
- (4) Die Ärztin bzw. der Arzt kann im Rahmen der individuellen Beratung in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten oder bei Heilmitteln von besonderen Verordnungsbedarfen beantragen. Eine solche Feststellung kann durch die Ärztin bzw. den Arzt auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Nachforderung nach § 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V droht.
- (5) Die Festsetzung einer individuellen Beratung als Maßnahme bei statistischen Prüfungen nach Abs. 1 durch die Prüfungsstelle soll in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach

Ende des Prüfzeitraumes erfolgen. Im Falle eines Widerspruchsverfahrens soll die Entscheidung des Beschwerdeausschusses gemäß § 106c Abs. 1 SGB V in der Regel innerhalb von zwei Jahren nach Zugang des Widerspruchs bei der Prüfungsstelle erfolgen.

- (6) Wird der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben, so gilt die individuelle Beratung als Maßnahme nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V als nicht erfolgt.

§ 20

Weitere Maßnahmen bei statistischen Prüfungen

- (1) Eine weitere Maßnahme kann gemäß § 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder Kürzung nach erfolgter Beratung nach § 19 Abs. 1 sein. Die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V setzt die weiteren Maßnahmen fest.
- (2) Weitere Maßnahmen im Rahmen einer statistischen Prüfung dürfen erstmals für den Prüfzeitraum nach erfolgter individueller Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden. § 19 Abs. 5 gilt entsprechend.
- (3) Im Falle der Festsetzung einer Nachforderung sind gesetzliche Rabatte und Zuzahlungen der Versicherten zu berücksichtigen. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die entsprechenden arztbezogenen Beträge.
- (4) § 19 und § 20 Abs. 1 bis 3 gelten nicht für erstmalig zugelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den ersten beiden Prüfzeiträumen einer statistischen Auffälligkeitsprüfung nach der Zulassung. Sofern in diesem Zeitraum Auffälligkeiten festzustellen sind, erfolgt ggfs. das Angebot einer individuellen Beratung.

Abschnitt IV Verfahren

§ 21 Vorprüfung

- (1) Für die Prüfungsfälle können Gutachter benannt werden. Die Auswahl der Berichterstatter und Sachverständigen beim Beschwerdeausschuss nimmt der Vorsitzende vor.
- (2) Bei einer Prüfung nach Durchschnittswerten ist dem ärztlichen Berichterstatter eine orientierende Durchsicht der Abrechnungsunterlagen zu ermöglichen. Die Prüfungsstelle stellt dem Berichterstatter hierfür eine die Behandlungs- oder Ordnungsweise des Arztes genügend beleuchtende Zahl von Abrechnungsfällen zur Verfügung.
- (3) Zur Vorbereitung einer Einzelfallprüfung kann ein Sachverständiger als Referent hinzugezogen werden, falls hierfür kein Mitglied oder kein Stellvertreter des Mitglieds des Beschwerdeausschusses zur Verfügung steht.
- (4) Bei der Prüfung der ärztlichen Arzneiverordnungsweise kann dem ärztlichen Berichterstatter bzw. Sachverständigen auf Verlangen eines Verfahrensbeteiligten ein/e von den Verbänden benannte/r Pharmazeut/in beigeordnet werden, bei der ärztlichen Ordnungsweise über Heilmittel eine entsprechend qualifizierte Fachkraft.

- (5) Das Ergebnis der Vorprüfung ist schriftlich niederzulegen und dem Beschwerdeausschuss zur Vorbereitung der Verhandlung so rechtzeitig zuzuleiten, dass den Verfahrensbeteiligten die Möglichkeit zur Stellungnahme noch vor der Sitzung eröffnet wird. Vor der Weiterleitung des Referentenberichtes an den betroffenen Arzt ist der Name des Verfassers unkenntlich zu machen.
- (6) Die Prüfungsstelle hat darauf hinzuwirken, dass die voraussichtlichen Kosten für Referentenberichte von Berichterstattern und Sachverständigen in angemessenem Verhältnis zu dem Gegenstand der Prüfung stehen.

§ 22 Verhandlung

- (1) Das Verfahren der Prüfungsstelle ist stets, das vor dem Beschwerdeausschuss grundsätzlich schriftlich. Die Sitzungen des Beschwerdeausschusses sind nicht öffentlich. Der Beschwerdeausschuss soll jedoch die Teilnahme der Verfahrensbeteiligten an der Sitzung, insbesondere die persönliche Anhörung des betroffenen Arztes veranlassen, wenn dies zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts erforderlich ist oder wenn zu erwarten ist, dass es erstmalig zu einer Prüfungsmaßnahme kommen wird. Er hat die persönliche Anhörung zu veranlassen, wenn der Beschwerdewert € 25.000.- pro Verfahren übersteigt. Bei der Prüfung kann auf Antrag eines Verfahrensbeteiligten eine persönliche Anhörung durchgeführt werden. Über den Antrag entscheidet der Vorsitzende.
- (2) Der Vorsitzende eröffnet, leitet und schließt die Verhandlung des Beschwerdeausschusses; er hat darauf hinzuwirken, dass die Verfahrensregeln beachtet werden und der Sachverhalt ausreichend geklärt wird. Den Verfahrensbeteiligten ist Gelegenheit zur Äußerung – schriftlich oder mündlich - zu geben.
- (3) Bei der internen Beratung und Beschlussfassung des Beschwerdeausschusses dürfen nur anwesend sein:
 - a) Die Mitglieder des Ausschusses
 - b) Die Mitarbeiter der Prüfungsstelle – soweit sie an der Sitzung teilnehmen und mit der Protokollführung und/oder Ausfertigung des Widerspruchbescheides bevollmächtigt sind.
- (4) Über die Sitzungen des Beschwerdeausschusses ist eine Niederschrift anzufertigen, aus der die Namen der Sitzungsteilnehmer, der Gegenstand der Prüfung, die wesentlichen Erklärungen und Feststellungen sowie die getroffenen Entscheidungen hervorgehen müssen. Das Sitzungsprotokoll ist vom Vorsitzenden des Ausschusses und vom Protokollführer zu unterzeichnen. Das Sitzungsprotokoll verbleibt bei den Akten.

§ 23 Entscheidungen der Prüfungsgremien

- (1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss (Prüfungsgremien) entscheiden darüber, ob die ärztliche Behandlungs- oder Ordnungsweise nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse dem Erfordernis der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit genügt. Sie haben die Prüfung nach den für die jeweilige Prüfungsart bestimmten Grundsätzen und Maßstäben vorzunehmen.

- (2) Bei der Prüfung ist die Gesamttätigkeit des Arztes zu berücksichtigen. Hierbei sind die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung vorliegenden Daten über veranlasste und verordnete Leistungen - gegebenenfalls aus Vorquartalen - beizuziehen. Dies gilt auch für die Angaben über die Häufigkeit der Überweisungen zur Ausführung von Zielaufträgen, der Krankenhauseinweisungen und der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, sobald die Erfassung dieser Daten von den Partnern dieser Vereinbarung durchgeführt wird.
- (3) Stellen die Prüfungsgremien in der Abrechnung Fehler oder Besonderheiten fest, die bei der rechnerischen und sachlichen Überprüfung zu beachten sind, so teilen sie dies der KVH mit. Gegebenenfalls ist das Verfahren bis zur Klärung auszusetzen.
- (4) Ergeben sich aus Anlass eines Prüfungsverfahrens Tatsachen, die die Einleitung von außerhalb des Prüfungsverfahrens liegenden Maßnahmen angezeigt erscheinen lassen, so unterrichten die Prüfungsgremien die KVH und die Verbände über ihre Feststellungen.
- (5) Stellen die Prüfungsgremien in der Abrechnung rechnerische und sachliche Fehler oder sonstige Mängel in einem die Prüfung ausschließenden Umfang fest oder haben sie begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung, so weisen sie die Abrechnung mit entsprechender Begründung an die KVH zurück.

§ 24 Prüfungsbescheid

- (1) Die Prüfungsstelle teilt den am Verfahren Beteiligten ihre Entscheidung in einem schriftlichen Bescheid mit. In diesem Bescheid sind mindestens anzugeben
 - die Bezeichnung der entscheidenden Stelle
 - Name und Anschrift des betroffenen Arztes sowie LANR bzw. BSNR
 - der Verfügungssatz
 - Angaben zum Prüfungsantrag und zur gewählten Prüfungsart
 - die Darstellung des Sachverhaltes ggf. unter Angabe der statistischen Vergleichswerte
 - die Entscheidungsgründe
 - die Rechtsbehelfsbelehrung.
- (2) Die schriftlichen Entscheidungsgründe sind unter Berücksichtigung der Bestimmungen des SGB X, SGG und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts abzufassen.

§ 25 Widerspruch gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle

- (1) Gegen einen Bescheid der Prüfungsstelle können der beschwerte Arzt, die betroffenen Verbände bzw. die betroffene Krankenkasse sowie die KVH innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides Widerspruch erheben. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Prüfungsstelle einzulegen.
- (2) Dem Widerspruchsführer ist der Eingang des Widerspruchs zu bestätigen mit dem Hinweis, dass er bei der Prüfungsstelle Akteneinsicht nehmen kann.
- (3) Der Widerspruch eines Verbandes bzw. einer Krankenkasse gegen einen Prüfungsbescheid wirkt für alle an dieser Vereinbarung beteiligten Verbände bzw. Krankenkassen.
- (4) Widersprüche sollen innerhalb eines Monats nach Ablauf der Widerspruchsfrist schriftlich begründet werden. Der Widerspruchsführer kann bei der Prüfungsstelle während der Dienststunden Einsicht in die Abrechnungsunterlagen und Statistiken nehmen, soweit dies zur Begründung seines Widerspruchs erforderlich ist und datenschutzrechtliche

Gründe dem nicht entgegenstehen. Nach Ablauf der Frist nach Satz 1 sind die Akten an den Beschwerdeausschuss weiterzuleiten.

- (5) Widersprüche, Widerspruchsbegründungen, Stellungnahmen und sonstige Anträge sind dem Antragsteller und dem jeweiligen Antragsgegner/Betroffenen innerhalb von zwei Wochen zur Kenntnis zu bringen. Bei von Amts wegen durchgeführten Prüfungen werden die in Satz 1 aufgeführten Unterlagen dem Betroffenen sowie der als federführend benannten Stelle zur Verfügung gestellt.
- (6) Im Widerspruchsfall haben die Krankenkassen auf Anforderung der Prüfungsstelle die zur Prüfung erforderlichen Unterlagen des betreffenden Arztes zur Verfügung zu stellen. Dies soll innerhalb einer Frist von sechs Wochen erfolgen, sofern diese nicht mehr bei der KVH aufbewahrt werden.

§ 26

Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

- (1) Über Widersprüche entscheidet ohne vorausgehendes Abhilfeverfahren der Beschwerdeausschuss. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren im Sinne von § 78 des Sozialgerichtsgesetzes.
- (2) Richtet sich der Widerspruch gegen die Ergebnisse einer Einzelfallprüfung, sind Gegenstand des Widerspruchsverfahrens nur die im Prüfungsbescheid enthaltenen Beanstandungen. Dies gilt nicht bei einer repräsentativen Einzelfallprüfung.
- (3) Der Beschwerdeausschuss erteilt dem Widerspruchsführer und den anderen Verfahrensbeteiligten über die getroffene Entscheidung innerhalb von 5 Monaten nach Beschlussfassung einen schriftlichen Bescheid. Zusätzlich zu den in § 23 genannten Punkten beinhaltet der Bescheid eine Aufstellung der an der Entscheidung beteiligten Mitglieder des Beschwerdeausschusses und den Tag der Beschlussfassung. Die Entscheidung ist unter Berücksichtigung der vom Widerspruchsführer gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle erhobenen Einwendungen und des Vorbringens der übrigen Verfahrensbeteiligten zu begründen und vom Vorsitzenden oder im Falle seiner Verhinderung durch dessen Stellvertreter oder von einem anderen Mitglied des Beschwerdeausschusses zu unterzeichnen. Der Widerspruchsbescheid ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und dem Arzt sowie den übrigen Verfahrensbeteiligten zuzustellen.
- (4) Über eine anderweitige Erledigung des Widerspruchsverfahrens, insbesondere durch Rücknahme des Widerspruchs erhalten die Verfahrensbeteiligten eine formlose Nachricht.
- (5) Der Beschwerdeausschuss kann den Verfahrensbeteiligten das Ergebnis der Widerspruchsverhandlung auch formlos vorab mitteilen und ihnen Gelegenheit geben, das Verhandlungsergebnis unter Verzicht auf die förmliche Zustellung eines Bescheides als verbindlich anzuerkennen.
- (6) Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der Beschwerdeausschuss durch den Vorsitzenden vertreten. Der Vorsitzende kann Dritten Vollmacht erteilen.

§ 27

Sonstige Verfahren

Soweit nicht durch Gesetz – insbesondere § 264 SGB V - oder Vertrag etwas anderes ausdrücklich geregelt ist, sind die Prüfungsgremien auch zuständig für die Bearbeitung von Verfahren

sonstiger Krankenkassen und Sozialleistungsträger, die die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise betreffen.

Abschnitt V Sonstige Regelungen

§ 28

Schriftliche Information der Ärzte über die Höhe ihrer Verordnungskosten

Zur Unterstützung im Arznei- und Heilmittelbereich kann die quartalsmäßige arztbezogene Frühinformation der GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi Arzt) und des GKV-Heilmittelinformationssystems (GKV-HIS Arzt) herangezogen werden.

§ 29

Sozialgeheimnis und Geheimhaltungspflicht

- (1) Die Prüfungsstelle ist für den Daten- und Geheimnisschutz in der Wirtschaftlichkeitsprüfung verantwortlich. Während der Sitzungen des Beschwerdeausschusses trägt diese Verantwortung der Ausschussvorsitzende für diejenigen Unterlagen, die dem Ausschuss überlassen bzw. vom Ausschuss beigezogen wurden.
- (2) Die Ausschussmitglieder, Referenten und die Mitarbeiter der Prüfungsstelle haben die einschlägigen Richtlinien zum Datenschutz und zur Geheimhaltungspflicht zu beachten, soweit es um patienten- oder arztbezogene Abrechnungsunterlagen mit datengeschütztem Inhalt geht.
- (3) Bei der Prüfung einzelner Behandlungsfälle ist darauf zu achten, dass die Versicherten- und Arztangaben in den Bescheiden an die Verfahrensbeteiligten so verschlüsselt werden, dass sie nur für den betroffenen Arzt, die KVH und die zuständige Krankenkasse individualisierbar sind.

§ 30

Vollzug von Prüfungsentscheidungen

- (1) Honorarkürzungen sind nach Entscheidung durch die Prüfungsstelle bzw. - im Falle eines Widerspruches - nach Entscheidung durch den Beschwerdeausschuss zu vollziehen und bei der Berechnung des Honoraranspruches für das betroffene Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.
Es gilt § 52 Abs. 2 BMV-Ärzte. Bleibt die Einziehung erfolglos, tritt die KVH die Forderung – soweit sie einer Krankenkasse zusteht - an diese ab und übermittelt die zuletzt bekannte Privatanschrift des Arztes.
- (2) Die Buchung von Nachforderungen und der sonstigen, von den Prüfungsgremien festgestellten Schadensersatzansprüche der Krankenkassen erfolgt erst nach dem rechtskräftigen Abschluss des Prüfungsverfahrens auf Basis des den Krankenkassen rechtzeitig bekanntgegebenen, zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Verteilungsschlüssels.
- (3) Maßnahmen der Prüfungsgremien, die nicht bei der Formblattabrechnung für das entsprechende Quartal berücksichtigt werden konnten, werden im Abrechnungsverkehr

zwischen der KVH und den Krankenkassen nur dann vollzogen, wenn der Kürzungs- oder Nachforderungsbetrag je Kassenarzt, Krankenkasse und Quartal mehr als € 25,- beträgt.

Die Aufteilung einer rechtskräftig festgesetzten Nachforderung erfolgt ausschließlich unter den Krankenkassen, die in den jeweiligen Prüfverfahren die notwendigen Prüfunterlagen/Daten zur Verfügung gestellt haben.

§ 31 Vollstreckung

- (1) Für die Vollstreckung bestandskräftiger Bescheide der Prüfungsgremien gelten § 66 Abs. 3 und § 4 SGB X sowie das Hessische Verwaltungsvollstreckungsgesetz. Die Vollstreckungsklausel erteilt die KVH nach Abwicklung bestandskräftiger Bescheide.
- (2) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit oder bei Kenntnis von der Einleitung eines Insolvenzverfahrens ist festzustellen, ob bei den Prüfungsgremien oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KVH oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die KVH die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren von einer Sicherheitsleistung abhängig machen.
- (3) Die Abführung von rechtskräftig festgesetzten Kürzungs- und Nachforderungsbeträgen an die Krankenkassen richtet sich nach den Bundesmantelverträgen i. V. m. den ergänzenden Bestimmungen der Gesamtverträge.

§ 32 Kosten der Prüfungsgremien

Einzelheiten sind in Anlage 7 geregelt.

§ 33 Ergänzende Anwendung von Vorschriften

Soweit in dieser Prüfungsvereinbarung keine besonderen Regelungen getroffen sind, gelten für das Verfahren vor den Ausschüssen die einschlägigen Vorschriften des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) sowie des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und des Verwaltungszustellungsgesetzes (VwZG). Dies gilt insbesondere für

- Bevollmächtigte und Beistände (§ 13 SGB X),
- die von der Tätigkeit in den Prüfungseinrichtungen ausgeschlossenen Personen (§ 16 SGB X),
- die Besorgnis der Befangenheit (§ 17 SGB X),
- die Anhörung Beteiligter (§ 24 SGB X),
- die Akteneinsicht durch Beteiligte (§ 25 SGB X)
- Fristen und Termine (§ 26 SGB X),
- Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (§ 67 SGG),
- Erstattung von Kosten im Vorverfahren (§ 63 SGB X),

- Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106 b Abs. 2 SGB V
- Rechtsbehelfsbelehrung (§§ 66, 84 (1) SGG),
- Zustellungen (VwZG).

§ 34 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich die Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Abschnitt VI Inkrafttreten/Kündigung

§ 35 Inkrafttreten, Übergangsregelung und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 01.01.2017 in Kraft.
- (2) Diese Vereinbarung kann von der KVH oder von den Verbänden gemeinsam mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.2018, gekündigt werden. Eine teilweise Kündigung der Vereinbarung ist zulässig. Der Kündigungsempfänger kann jedoch in diesem Falle mit einer Frist von einem Monat nach Zugang der Kündigung die Prüfvereinbarung ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegen kündigen.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 14. November 2016

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Kassenärztliche Vereinigung Hessen



 Vorsitzender der KV Hessen



 Stellv. Vorsitzender der KV Hessen

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

BKK Landesverband Süd












IKK classic


.....
Knappschaft, Regionaldirektion Frankfurt


.....

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse


.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen


.....

Anlage 1

zur Prüfvereinbarung gem. § 106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016

Bildung einer gemeinsamen Prüfungsstelle und eines gemeinsamen Beschwerdeausschusses gemäß § 106c Abs. 1 SGB V

§ 1

Die Vertragspartner bilden bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen eine gemeinsame Prüfungsstelle und einen gemeinsamen Beschwerdeausschuss.

§ 2

Sitz des Beschwerdeausschusses ist die KV Hessen.

§ 3

Sitz der Prüfungsstelle ist die KV Hessen. Für die Prüfungsstelle können Organisationseinheiten gebildet werden. Näheres zu den Organisationseinheiten regelt der Beirat „Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

Die KV Hessen stellt das Personal der Prüfungsstelle. Näheres regeln die Vertragspartner gesondert.

§ 4

Die Kosten der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses werden gemäß den gesetzlichen Bestimmungen von der KV Hessen und den beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Ausgenommen hiervon sind die Kosten nach Abschnitt III, § 17 Abs. 3 bis 6 dieser Vereinbarung, die durch die Krankenkassen vollumfänglich zu tragen sind.

Zur Deckung der im Zuge der Tätigkeit der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses entstehenden Kosten wird für das erste Jahr ohne Präjudiz für kommende Jahre eine prozentuale Aufteilung der Kosten der Prüfungsstelle wie folgt festgelegt:

Die KV Hessen trägt 48 % der Kosten.

Die Krankenkassen tragen 52 % der Kosten.

Sofern die Kostenaufteilung die tatsächlichen Verhältnisse und Kostenaufwendungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses nicht widerspiegeln sollte, werden die Vertragspartner unverzüglich in Verhandlungen über eine Anschlussregelung zur neuen Kostenverteilung eintreten. Dabei sind etwaige Unterdeckungen oder Überzahlungen aus der Kostentragung durch die jeweiligen Vertragspartner im Haushalt des Folgejahres zu berücksichtigen.

Gemäß § 106c Abs. 2 SGB V beschließen die Vertragspartner den Haushalt der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses. Werden darüber hinaus weitere Mittel benötigt, setzt dies die Zustimmung der Vertragspartner voraus.

Die Kosten des Beschwerdeausschusses sowie der Prüfungsstelle werden durch die KV Hessen gesondert erfasst.

§ 5

Die Vertragspartner benennen die in § 106c Abs. 1 SGB V vorgesehenen Vertreter im Beschwerdeausschuss sowie deren Stellvertreter in ausreichender Zahl.

§ 6

Die Vertragspartner einigen sich über einen Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses sowie Stellvertreter in ausreichender Zahl.

§ 7

Näheres zu Aufgaben und Entschädigung des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter regelt die Anlage 2 zur Prüfvereinbarung.

§ 8

(1) Die Vertragspartner bilden zur fachlichen und operativen Unterstützung der Prüfaktivitäten einen Beirat „Wirtschaftlichkeitsprüfung“. Dieser hat keinen Prüfungsauftrag. Er besteht aus vier Vertretern der KV Hessen und vier Vertretern der Verbände der Krankenkassen / Krankenkassen (jeweils ein Vertreter der Kassenarten AOK, BKK, Ersatzkassen, IKK). Die Knappschaft und die SVLFG können beratend daran teilnehmen. Darüber hinaus ist eine ausreichende Anzahl von Stellvertretern zu benennen. Der Beirat wählt alternierend aus den Vertretern der Verbände der Krankenkassen / Krankenkassen oder der KV Hessen einen Sitzungsleiter; die Sitzungsleitung wechselt kalenderjährlich zwischen Kassenseite und KV Hessen. Die Sitzungsleitung liegt im Jahr 2017 auf Seiten der KV Hessen.

Der/Die Leiter/in der Prüfungsstelle oder dessen/deren Stellvertreter nehmen beratend an den Sitzungen teil. Er/Sie führt das Protokoll.

- (2) Die Prüfungsstelle berichtet dem Beirat regelmäßig, mindestens halbjährlich über Tatbestände von grundsätzlicher Bedeutung (standardisierter Tätigkeitsbericht). Hierzu gehören insbesondere das Ergebnis aufsichtsrechtlicher Prüfung, die Abstimmung über Organisations- und Ablaufplan sowie der Entwurf eines Haushaltsplans.
- (3) Die Prüfungsstelle erstellt für die jeweiligen Sitzungen eine Tagesordnung und versendet die Beratungsunterlagen mit den jeweiligen Beschlussvorschlägen bis spätestens 14 Tage vor der Sitzung. Über die Sitzung ist eine Niederschrift zu fertigen und allen Vertragspartnern zur Verfügung zu stellen.
- (4) Der Beirat tagt auf Antrag der KV Hessen oder der Verbände der Krankenkassen / Krankenkassen, mindestens jedoch einmal jährlich.
- (5) Beschlüsse des Beirates werden grundsätzlich in den Sitzungen gefasst, im Fall besonderer Dringlichkeit auch im schriftlichen Umlaufverfahren, sofern kein Beiratsmitglied widerspricht. Der Beirat trifft seine Entscheidungen einstimmig. Wird keine Einstimmigkeit erreicht, trägt der Sitzungsleiter den Sachverhalt unverzüglich den Vertragspartnern zur Entscheidung an.

§ 9

Diese Anlage kann von der KV Hessen oder den Verbänden gemeinsam unabhängig von der Prüfvereinbarung mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31. Dezember 2018, gekündigt werden.

Anlage 2

zur Prüfvereinbarung gem. §106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016

Aufgaben und Entschädigung der Vorsitzenden und deren Stellvertreter

Die Anlage regelt Detailfragen zu den Aufgaben und der Entschädigung des Vorsitzenden und seiner Stellvertreter.

I. Aufgaben

Die Aufgaben des Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses sowie seiner Stellvertreter richten sich nach § 106 SGB V sowie nach der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung (WiPrüfVO) in der jeweils geltenden Fassung.

II. Entschädigung

Der Vorsitzende und seine Stellvertreter erhalten eine der Bedeutung der Aufgaben und dem zu erwartenden Aufwand angemessene Entschädigung, die sich aus einem Grundbetrag sowie einem sitzungsbezogenen Pauschalbetrag zusammensetzt. Mit dieser Entschädigung ist auch die Vor- und Nacharbeit von Sitzungen abgegolten. Der Vorsitzende und seine Stellvertreter erhalten eine monatliche Grundpauschale von € 1.500,- sowie einen sitzungsbezogenen Pauschalbetrag je Sitzung von € 450,-.

III. Vergütung bei Gerichtsverfahren:

Der Vorsitzende oder sein Stellvertreter können die Vertretung des Beschwerdeausschusses vor Gericht selbst übernehmen.

1. Für die Wahrnehmung eines Termins zur Vertretung des Beschwerdeausschusses vor dem Sozialgericht wird – soweit nur ein Verfahren verhandelt wird – eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 400,- € (in Worten: vierhundert Euro) gewährt. Für jedes weitere Verfahren im selben Termin erhöht sich die Aufwandsentschädigung jeweils um 100,- € (in Worten: einhundert Euro) bis zu einer Obergrenze von 700,- € (in Worten: siebenhundert Euro).
2. Für die Wahrnehmung eines Termins vor dem Landessozialgericht wird eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 500,- € (in Worten: fünfhundert Euro) gewährt. Dieser Betrag erhöht sich für jedes weitere Verfahren jeweils um 150,- € (in Worten: einhundertfünfzig Euro) bis zu einer Obergrenze von 800,- € (in Worten: achthundert Euro).
3. Für die Wahrnehmung eines Termins vor dem Bundessozialgericht wird eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 700,- € (in Worten: siebenhundert Euro) gewährt. Dieser Betrag erhöht sich für jedes weitere Verfahren jeweils um 200,- € (in Worten: zweihundert Euro) bis zu einer Obergrenze von 1.100,- € (in Worten: eintausend einhundert Euro).
4. Für den Fall, dass - in Änderung der bisherigen Praxis hinsichtlich der Aufwandsentschädigungen - die Aufwandsentschädigung von den Finanzämtern als umsatzsteuerpflichtig bewertet werden sollte, sind die o.a. Beträge um die gesetzliche Umsatzsteuer zu erhöhen.
5. Die Fahrtkostenerstattung erfolgt entsprechend den Regelungen für die Sitzungen des Beschwerdeausschusses.

IV. Reisekosten

Der Vorsitzende und seine Stellvertreter erhalten Reisekosten in Anlehnung an die Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Beamten des Landes nach der jeweils höchsten Reisekostenstufe.

Anlage 3

**zur Prüfvereinbarung gem. §106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016
gültig ab dem Verordnungsjahr 2017**

Inhalt, Erstellung und Austausch von Abrechnungsunterlagen, Verordnungskosteninformationen und statistischen Unterlagen

Grundlage ist die am 11.12.2015 redaktionell angepasste Anlage 3 zur Prüfvereinbarung vom 12.06.2008, gültig ab dem Verordnungsjahr 2016, die ab dem Zeitpunkt zum 01.01.2017 hinsichtlich der Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten neu gefasst wird.

Die Durchschnittsprüfung basiert auf den durchschnittlichen Werten, die je Prüfgruppe aus den Ordnungen und der Fallzahl aus den verschiedenen beteiligten Betriebsstätten ermittelt werden. Diese Werte werden je Prüfgruppe (gesamt) und für die BSNR gebildet. Eine Gewichtung wird anhand der Fallzahlverteilung (MFR) innerhalb der Prüfgruppe gebildet. Die verschiedenen Prüfgruppen, aus denen sich eine BSNR zusammensetzt, werden auch zueinander gewichtet anhand der Fallzahlverteilung über die Prüfgruppen innerhalb der Betriebsstätte. Daraus wird ein Durchschnittswert für die Betriebsstätte gebildet, der mit den Prüfgruppenwerten verglichen wird, die ebenso nach der Fallzahlverteilung der Prüfgruppen in der Betriebsstätte gebildet werden.

Die jeweiligen Prüfgruppen werden im Anhang 1 zur Anlage 3 aufgeführt.

§ 1

Die Durchführung von Prüfmaßnahmen im Rahmen der Prüfvereinbarung erfolgt auf Basis von Abrechnungsunterlagen, Verordnungskosteninformationen und daraus generierten statistischen Unterlagen. Die entsprechenden Ausgangsinformationen sind zuständigkeitshalber von den jeweiligen Partnern dieser Prüfvereinbarung zur Verfügung zu stellen und werden in dem im Folgenden noch näher zu beschreibenden Rahmen im Auftrag der Prüfungsstelle nach § 2 der Prüfvereinbarung oder durch die Prüfungsstelle selbst zur Verfügung gestellt und generiert.

§ 2

Unterlagen und Daten für die Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten von Amts wegen (§ 12 der Prüfvereinbarung)

- (1) Grundlage der Prüfung der Ordnungsweise nach Durchschnittswerten sind die von einer Praxis / Berufsausübungsgemeinschaft im Ordnungszeitraum bzw. Prüfzeitraum behandlungsfall- und quartalsbezogenen veranlassten und verordneten Leistungen sowie getätigten Ordnungen für Arzneimittel und Heilmittel. Dabei sind die Ordnungen der einzelnen Praxis in ein statistisches Verhältnis zu den Ordnungen der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe zu stellen.

Unter Beiziehung der in den jeweiligen Quartalen des Prüfzeitraumes abgerechneten kurativ ambulanten Fallzahlen werden die Durchschnittswerte folgendermaßen ermittelt:

Schritt 1: Bilden der Durchschnittswerte je Versichertenstatus je Prüfgruppe

- a) Die jeweilige Fallzahl der Prüfgruppe wird über alle Betriebsstätten ermittelt.

Fallzahl M der Prüfgruppe = Summe der Fallzählung M für die Prüfgruppe über alle Betriebsstätten

Fallzahl F der Prüfgruppe = Summe der Fallzählung F für die Prüfgruppe über alle Betriebsstätten

Fallzahl R der Prüfgruppe = Summe der Fallzählung R für die Prüfgruppe über alle Betriebsstätten

- b) Die Verordnungen werden anhand der Fachgruppenzuordnung der LANR (8. + 9. Stelle) der jeweiligen Prüfgruppe zugeordnet.

Verordnungen M der Prüfgruppe = Summe der Verordnungen M für die Prüfgruppe über alle Betriebsstätten

Verordnungen F der Prüfgruppe = Summe der Verordnungen F für die Prüfgruppe über alle Betriebsstätten

Verordnungen R der Prüfgruppe = Summe der Verordnungen R für die Prüfgruppe über alle Betriebsstätten

- c) Sodann werden die Durchschnittswerte je Prüfgruppe anhand der ermittelten Fallzahlen und Verordnungen gebildet:

Durchschnittswert M der Prüfgruppe = Verordnungen M der Prüfgruppe / Fallzahl M der Prüfgruppe

Durchschnittswert F der Prüfgruppe = Verordnungen F der Prüfgruppe / Fallzahl F der Prüfgruppe

Durchschnittswert R der Prüfgruppe = Verordnungen R der Prüfgruppe / Fallzahl R der Prüfgruppe

Schritt 2: Bilden der gewichteten Durchschnittswerte je Prüfgruppe

Anhand der allgemeinen Fallverteilung innerhalb der Prüfgruppe wird ein gewichteter Gesamtwert pro Fall für die Prüfgruppe ermittelt. Die Gewichtung erfolgt anhand der Anteile der Versichertenstatus an der Gesamtfallzahl:

Gewichteter Durchschnittswert der Prüfgruppe =

Durchschnittswert M der Prüfgruppe * Anteil Fallzahl M der Prüfgruppe an Gesamtfallzahl der Prüfgruppe +

Durchschnittswert F der Prüfgruppe * Anteil Fallzahl F der Prüfgruppe an Gesamtfallzahl der Prüfgruppe +

Durchschnittswert R der Prüfgruppe * Anteil Fallzahl R der Prüfgruppe an Gesamtfallzahl der Prüfgruppe

Schritt 3: Bilden des gewichteten Durchschnittswertes je Prüfgruppe einer Betriebsstätte

- a) Als Vergleichswert wird für die untersuchte Betriebsstätte ein Durchschnittswert je Prüfgruppe gebildet.

Durchschnittswert M der Prüfgruppe in BSNR = Verordnungen M der Prüfgruppe in BSNR / Fallzahl M der Prüfgruppe in BSNR

Durchschnittswert F der Prüfgruppe in BSNR = Verordnungen F der Prüfgruppe in BSNR / Fallzahl F der Prüfgruppe in BSNR

Durchschnittswert R der Prüfgruppe in BSNR = Verordnungen R der Prüfgruppe in BSNR / Fallzahl R der Prüfgruppe in BSNR

- b) Dieser BSNR-Durchschnittswert je Prüfgruppe wird ebenso anhand der anteiligen Fälle je Versichertenstatus in der kompletten Prüfgruppe gewichtet.

Gewichteter Durchschnittswert der Prüfgruppe in BSNR =

Durchschnittswert M der Prüfgruppe in BSNR * Anteil Fallzahl M der Prüfgruppe an Gesamtfallzahl der Prüfgruppe +

Durchschnittswert F der Prüfgruppe in BSNR * Anteil Fallzahl F der Prüfgruppe an Gesamtfallzahl der Prüfgruppe +

Durchschnittswert R der Prüfgruppe in BSNR * Anteil Fallzahl R der Prüfgruppe an Gesamtfallzahl der Prüfgruppe

Schritt 4: Gewichtung der Prüfgruppen innerhalb einer Betriebsstätte

Bilden eines Durchschnittswertes für die gesamte Betriebsstätte, indem die verschiedenen Prüfgruppen miteinander gewichtet werden. Dazu wird der Anteil der Prüfgruppe an den Fallzahlen aller Prüfgruppen der BSNR verwendet:

Gewichteter Durchschnittswert der BSNR =
Durchschnittswert Prüfgruppe A in BSNR * Anteil Fallzahl der Prüfgruppe A an Gesamtfallzahl
der BSNR +

Durchschnittswert Prüfgruppe Z in BSNR * Anteil Fallzahl der Prüfgruppe Z an Gesamtfallzahl
der BSNR

Schritt 5: Vergleichswert aus den gewichteten Durchschnittswerten der jeweiligen Prüfgruppe
Bilden eines gewichteten Vergleichsdurchschnittswertes für die
Prüfgruppenzusammensetzung der BSNR aus den gewichteten Durchschnittswerten der
jeweiligen Prüfgruppe:

Gewichteter Vergleichsdurchschnittswert =
Durchschnittswert Prüfgruppe A * Anteil Fallzahl der Prüfgruppe A an Gesamtfallzahl der
BSNR +

Durchschnittswert Prüfgruppe Z * Anteil Fallzahl der Prüfgruppe Z an Gesamtfallzahl der
BSNR

Im Anhang zur Anlage 3 wird dieses Verfahren anhand einer Beispielrechnung verdeutlicht.

(2) Aus den Daten zu (1) sind statistische Unterlagen zu generieren, die mindestens folgende Informationen enthalten:

- (1) Jahr der Prüfung (Prüfzeitraum);
- (2) Name der Praxis, Zahl der Mitglieder der Praxis;
- (3) Name der Prüfgruppen, Zahl der Praxen in der jeweiligen Prüfgruppe;
- (4) Kurativ ambulante Zahl der Behandlungsfälle innerhalb des Prüfzeitraumes, getrennt nach Versichertenstatus M, F, R und Prüfgruppen;
- (5) Zahl der Verordnungen und Verordnungskosten im Prüfzeitraum, gesamt und getrennt nach Versichertenstatus M, F, R und Prüfgruppen und getrennt nach Bruttowert, Nettowert, Wert der Zuzahlungen. Bei Verordnungskosten für Arzneimittel inklusive Verbandmittel. Bei Verordnungskosten für Heilmittel zusätzlich getrennt nach Ergotherapie, Logopädie, physikalisch-medizinische Maßnahmen und sonstige Heilmittel;
- (6) Durchschnittswert pro Fall der Praxis getrennt nach Versichertenstatus M, F, R (und gewichtet) je Prüfgruppe;
- (7) Gewichteter Durchschnittswert pro Fall der Praxis über die beteiligten Prüfgruppen;
- (8) Durchschnittswerte pro Fall der jeweiligen Prüfgruppe getrennt nach Versichertenstatus M, F, R (und gewichtet);
- (9) Gewichteter Durchschnittswert pro Fall der entsprechenden Prüfgruppen nach der Fallzusammenstellung der Praxis;
- (10) Abweichung zwischen den Werten „gesamt“ aus (7) und (9), absolut und relativ sowie Kennzeichnung der Aufgreifkriterien der Prüfung.

(3) Für die EDV-gestützte Übermittlung der Verordnungskosten durch die Krankenkassen(verbände) bzw. durch eine von diesen beauftragte datenzusammenführende Stelle an die Prüfungsstelle zum Zweck der Erstellung der Information nach Absatz (2) gelten die in § 5 Nr. 1 (für Arzneiverordnungskosten) bzw. § 5 Nr. 2 (Heilmittelverordnungskosten festgelegten Datensatzbeschreibungen (Schritt 1).

- (4) Die nach Absatz (2) von der Prüfungsstelle zu generierenden statistischen Informationen werden den Partnern der Prüfvereinbarung sowie der Prüfungsstelle nach § 2 der Prüfvereinbarung EDV-gestützt auf Basis von § 5 Nr. 6 zur Verfügung gestellt.
- (5) Für konkrete Prüfverfahren, die von der Prüfungsstelle gemäß § 2 der Prüfvereinbarung zu benennen sind, liefern die Krankenkassen(verbände) bzw. eine von diesen beauftragte datenzusammenführende Stelle Daten auf Basis der Datensatzbeschreibungen nach § 5 Nrn. 1 und 2 (Schritt 2).
- Die Prüfungsstelle führt nachfolgend gemäß § 2 der Prüfvereinbarung patientenfallbezogen die Verordnungsdaten und die Abrechnungsdaten (quartalsweise) in einem Datensatz zusammen.
- (6) Die Prüfungsstelle nach § 2 der Prüfvereinbarung stellt in der Prüfung befindlichen Praxen die Information nach Absatz (5) auf Anforderung zur Verfügung.

§ 3

Unterlagen und Daten für die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten im Antragsverfahren (§ 12 der Prüfvereinbarung)

- (1) Grundlage der Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten sind die von einer Praxis / Berufsausübungsgemeinschaft im Verordnungszeitraum bzw. Prüfzeitraum behandlungsfall- und quartalsbezogenen veranlassten und verordneten Leistungen sowie getätigten Verordnungen für Arzneimittel, Heilmittel bzw. Sprechstundenbedarf. Dabei sind die Verordnungen der einzelnen Praxis in ein statistisches Verhältnis zu den Verordnungen der jeweiligen Prüfgruppen zu stellen.
- Unter Beiziehung der in den jeweiligen Quartalen des Prüfzeitraumes abgerechneten kurativ ambulanten Fallzahlen werden die Durchschnittswerte analog zu § 2 Absatz 1 ermittelt.
- Dabei ist nach Antragsverfahren die Gewichtung jeweils anzupassen. Für ein Antragsverfahren für eine Statusgruppe enthält der Anhang zur Anlage 3 eine Beispielrechnung.
- (2) Aus den Daten zu (1) sind statistische Unterlagen zu generieren, die mindestens folgende Informationen enthalten:
- (1) Jahr der Prüfung (Prüfzeitraum);
 - (2) Name der Praxis, Zahl der Mitglieder der Praxis;
 - (3) Name der Prüfgruppen, Zahl der Praxen in der jeweiligen Prüfgruppe;
 - (4) Kurativ ambulante Zahl der Behandlungsfälle innerhalb des Prüfzeitraumes, getrennt nach Versichertenstatus M, F, R und Prüfgruppen;
 - (5) Zahl der Verordnungen und Verordnungsdaten im Prüfzeitraum, gesamt und getrennt nach Versichertenstatus M, F, R und Prüfgruppen und getrennt nach Bruttowert, Nettowert, Wert der Zuzahlungen. Bei Verordnungsdaten für Arzneimittel inklusive Verbandmittel. Bei Verordnungsdaten für Heilmittel zusätzlich getrennt nach Ergotherapie, Logopädie, physikalisch-medizinische Maßnahmen und sonstige Heilmittel. Bei Verordnungsdaten für Sprechstundenbedarf ohne Impfstoffe und Hilfsmittel;
 - (6) Durchschnittswert pro Fall der Praxis getrennt nach Versichertenstatus M, F, R (und gewichtet) je Prüfgruppe;
 - (7) Gewichteter Durchschnittswert pro Fall der Praxis über die beteiligten Prüfgruppen;
 - (8) Durchschnittswerte pro Fall der jeweiligen Prüfgruppe getrennt nach Versichertenstatus M, F, R (und gewichtet);

- (9) Gewichteter Durchschnittswert pro Fall der entsprechenden Prüfgruppen nach der Fallzusammenstellung der Praxis;
- (10) Abweichung zwischen den Werten „gesamt“ aus (7) und (9), absolut und relativ sowie Kennzeichnung der Aufgreifkriterien der Prüfung.

Wenn sich ein Antragsverfahren nur auf eine Statusgruppe bezieht, wird der Durchschnittswert der Statusgruppe als gewichteter Wert übernommen, da eine Gewichtung nach Versichertenstatus entfällt.

- (3) Für die EDV-gestützte Übermittlung der Verordnungskosten durch die Krankenkassen(verbände) bzw. durch eine von diesen beauftragte datenzusammenführende Stelle an die Prüfungsstelle zum Zweck der Erstellung der Information nach Absatz (2) gelten die in § 5 Nr. 1 (für Arzneiverordnungskosten), § 5 Nr. 2 (für Heilmittelverordnungskosten), bzw. § 5 Nr. 3 (für Sprechstundenbedarf) festgelegten Datensatzbeschreibungen (Schritt 1).
- (4) Die nach Absatz (2) von der Prüfungsstelle zu generierenden statistischen Informationen werden den Partnern der Prüfvereinbarung sowie der Prüfungsstelle nach § 2 der Prüfvereinbarung EDV-gestützt auf Basis von § 5 Nr. 6 zur Verfügung gestellt.
- (5) Für konkrete Prüfverfahren, die von der Prüfungsstelle gemäß § 2 der Prüfvereinbarung zu benennen sind, liefern die Krankenkassen(verbände) bzw. eine von diesen beauftragte datenzusammenführende Stelle Daten auf Basis der Datensatzbeschreibungen nach § 5 Nrn. 1 und 2 (Schritt 2).

Die Prüfungsstelle führt nachfolgend gemäß § 2 der Prüfvereinbarung patientenfallbezogen die Verordnungsdaten und die Abrechnungsdaten (quartalsweise) in einem Datensatz zusammen.

- (6) Die Prüfungsstelle nach § 2 der Prüfvereinbarung stellt in der Prüfung befindlichen Praxen die Information nach Absatz (6) auf Anforderung zur Verfügung.

§ 4

Unterlagen und Daten für die Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten (§ 10 der Prüfvereinbarung)

- (1) Grundlage der Prüfung sind die von einer Praxis in einem (Prüf-)Quartal abgerechneten ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen. Dabei sind die Leistungen der einzelnen Praxis in ein statistisches Verhältnis zu den vergleichbaren Leistungen der jeweiligen Arzt-/Fachgruppe zu stellen.
- (2) Aus den Abrechnungsdaten sind für jede Praxis statistische Unterlagen zu generieren, die mindestens folgende Informationen enthalten:
 - (1) Quartal der Prüfung
 - (2) Name der Praxis, Zahl der Mitglieder der Praxis
 - (3) Name der Arzt-/Fachgruppe, Zahl der Praxen in der Arzt-/Fachgruppe
 - (4) Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle der Praxis, gesamt und getrennt nach dem Status (M, F, R) bzw. getrennt nach Art der Inanspruchnahme (direkte Inanspruchnahme, Überweisungsfälle, Auftragsfälle)
 - (5) Durchschnittliche Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle der Arzt-/Fachgruppe, gesamt und getrennt nach dem Status (M, F, R)
 - (6) Absolute Häufigkeit und Häufigkeit je 100 Fälle der abgerechneten Leistungen der Praxis

- (7) (Vergleichbare) Häufigkeit der abgerechneten Leistungen der Arzt-/Fachgruppe je Fälle bezogen auf alle Ärzte der Arzt-/Fachgruppe bzw. die diese Leistung ausführenden Ärzte der Arzt-/Fachgruppe
 - (8) Leistungsbezogener Gesamtwert und durchschnittlicher Fallwert der einzelnen abgerechneten Leistungen der Praxis in Punkten bzw. bei Kosten in € nach Anwendung des EBM
 - (9) Wert der abgerechneten Leistungen der Praxis in Punkten bzw. bei Kosten in €, gegliedert nach den Leistungsgruppen gemäß Formblatt 3, gegliedert nach dem Status (M/F, R) und gesamt
 - (10) Gesamtfallwert und Fallwert der abgerechneten Leistungen der Praxis nach den Leistungsgruppen gemäß Formblatt 3 in Punkten bzw. bei Kosten in € nach Anwendung des EBM.
 - (11) Durchschnittlicher Gesamtfallwert und Fallwerte gegliedert nach den Leistungsgruppen gemäß Formblatt 3 der Arzt-/Fachgruppe in Punkten bzw. bei Kosten in €, gegliedert nach dem Status (M, F, R) und gesamt.
 - (12) Rentnergewichteter Gesamtfallwert und Fallwerte der abgerechneten Leistungen der Praxis, gegliedert nach den Leistungsgruppen gemäß Formblatt 3
- (3) Die Darstellung der statistischen Informationen gemäß Absatz 2 erfolgt für die Datensätze (4) bis (12) auf Basis der abgerechneten kurativen ambulanten Leistungen. Zusätzliche Informationen auf Basis der Datensätze (4) und (9) werden erstellt unter Zugrundelegung aller abgerechneten (kurativen und präventiven, ambulanten und stationären) Leistungen sowie unter (ausschließlicher) Zugrundelegung (kurativer und präventiver) stationärer Leistungen.
- (4) Die Gliederung der Arzt-/Fachgruppen orientiert sich grundsätzlich an den Unterteilungen in Honorar(unter)Gruppen im Rahmen der Honorarverteilung.
- (5) Die nach Absatz (2) bzw. (3) zu generierenden statistischen Informationen werden den Partnern der Prüfvereinbarung von der KV Hessen sowie der Prüfungsstelle nach § 2 der Prüfvereinbarung EDV-gestützt auf Basis von § 5 Nr. 7 zur Verfügung gestellt.
- (6) Soweit in konkreten Prüfverfahren von der Prüfungsstelle nach § 2 der Prüfvereinbarung praxisbezogen die Hinzuziehung der fallbezogenen Abrechnungsunterlagen für erforderlich gehalten wird, werden diese von der KV Hessen EDV-gestützt zur Verfügung gestellt.

§ 5 Formate und Fristen der Datenlieferungen

Folgende Formate und Fristen sind einzuhalten.

1.) Arzneimitteldaten:

Schritt 1:	
Format:	VSW-Blatt-AM-2 (ITSG) in der jeweils aktuellen Fassung
Umfang:	Alle hessischen Ärzte
Frist:	bis zum 30.09. eines Jahres für das Vorjahr, erstmals für Verordnungen aus 2017
Schritt 2:	
Format:	VSW-Ueber-VNR (ITSG) in der jeweils aktuellen Fassung
Umfang:	Zur Depseudonymisierung von Versichertennummern für auffällige Ärzte

Frist:	Max. 8 Wochen nach Eingang der Liste der auffälligen Ärzte durch die Prüfungsstelle
--------	---

2.) Heilmitteldaten:

	Schritt 1:
Format:	VSW-Blatt-HEI-3 (ITSG) in der jeweils aktuellen Fassung
Umfang:	Alle hessischen Ärzte
Frist:	bis zum Ende des 9. Monats nach Quartalsende, erstmals für Verordnungen aus dem 1. Quartal 2017
	Schritt 2:
Format:	VSW-Blatt-HEI-3 (ITSG) in der jeweils aktuellen Fassung
Umfang:	Zur Depseudonymisierung von Versichertennummern für auffällige Ärzte
Frist:	Max. 8 Wochen nach Eingang der Liste der auffälligen Ärzte durch die Prüfungsstelle

3.) Sprechstundenbedarfsdaten:

Format:	VSW-Blatt-SSB (ITSG) in der jeweils aktuellen Fassung
Umfang:	Alle hessischen Ärzte
Frist:	bis zum 30.09. eines Jahres für das Vorjahr, erstmals für Verordnungen aus 2017

4.) Krankenhauseinweisungsdaten:

Format:	
Umfang:	

5.) Arbeitsunfähigkeitsdaten:

Format:	
Umfang:	

6.) Verordnungskostenstatistik:

Format:	Excel- und PDF-Datei (Listenbild muss noch erstellt werden)
Umfang:	4 Wochen nach Eingang der letzten Datenlieferung durch die Krankenkassen(verbände) bzw. durch eine von diesen beauftragte datenzusammenführende Stelle

7.) Honorarstatistik

Frist:	4 Monate nach Quartalsende
--------	----------------------------

§ 6 Sonstiges

Diese Anlage 3 ist Bestandteil der Prüfvereinbarung vom 14. November 2016 und tritt zum 01.01.2017 in Kraft. Sie gilt erstmals für Verordnungen aus dem Jahre 2017.

Anhang 1 zur Anlage 3

der Prüfvereinbarung gem. §106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016
gültig ab dem Verordnungsjahr 2017

**Inhalt, Erstellung und Austausch von Abrechnungsunterlagen,
Verordnungskosteninformationen und statistischen Unterlagen**

**Als Prüfgruppen gelten die nachfolgend aufgeführten
Facharztgruppen:**

Anästhesisten
Ärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte
Ärzte für Psychotherapeutische Medizin
Augenärzte
Schmerztherapeuten (nur VFG/VTG 11-0)
Chirurgen
Frauenärzte
Hautärzte
HNO-Ärzte
Internisten mit fachärztlicher Tätigkeit/ohne Schwerpunkt
Internisten mit SP Angiologie
Internisten mit SP Endokrinologie
Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit
Internisten mit SP Gastroenterologie
Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie
Internisten mit Kardiologie
Internisten mit SP Kardiologie/Angiologie mit invasiver Tätigkeit
Internisten mit Lungen- u. Bronchialheilkunde / Lungenärzte
Internisten mit Nephrologie
Internisten m. Rheumatologie
Kinderärzte
Kinder- und Jugendpsychiater

Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgen
Neurochirurgen
Neurologen
Neurologen und Psychiater, Nervenärzte
Nuklearmediziner
Orthopäden
Radiologen
Urologen
Vollzugel. Ärzte f. Physik./Rehab. Medizin
Vollzugel. Psychiater < 30 % Psychotherapien
Vollzugel. Psychiater > 30 % Psychotherapien

Anhang 2 zur Anlage 3

der Prüfvereinbarung gem. §106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016
gültig ab dem Verordnungsjahr 2017

Beispielrechnung für eine fachgruppenübergreifende Durchschnittsprüfung:

Im Beispiel gehen wir von einer Praxis mit 2 Fachgruppen A (Allgemeinarzt) und U (Urologen) aus (Achtung: diese Werte sind nur Anschauungswerte und haben nichts mit der allgemeinen Prüfung zu tun).

Schritt 1a)

Für die Allgemeinärzte haben wir hessenweit in allen 4 Quartalen zusammengefasst:

- 2,5 Millionen Fälle für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten
- 1 Millionen Fälle für Versicherte der Statusgruppe F über alle Betriebsstätten
- 1,5 Millionen Fälle für Versicherte der Statusgruppe R über alle Betriebsstätten

Für die Urologen haben wir hessenweit in allen 4 Quartalen zusammengefasst:

- 50.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten
- 5.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe F über alle Betriebsstätten
- 45.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe R über alle Betriebsstätten

Schritt 1b)

Für die Allgemeinärzte haben wir hessenweit in allen 4 Quartalen zusammengefasst:

- 125 Millionen € für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten
- 75 Millionen € für Versicherte der Statusgruppe F über alle Betriebsstätten
- 300 Millionen € für Versicherte der Statusgruppe R über alle Betriebsstätten

Für die Urologen haben wir hessenweit in allen 4 Quartalen zusammengefasst:

- 2,5 Millionen € für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten
- 1 Million € für Versicherte der Statusgruppe F über alle Betriebsstätten
- 4,5 Millionen € für Versicherte der Statusgruppe R über alle Betriebsstätten

Schritt 1c)

Für die Allgemeinärzte haben wir damit als Durchschnittswert der Prüfgruppe:

- 125.000.000 € / 2.500.000 Fälle = 50 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe M
- 75.000.000 € / 1.000.000 Fälle = 75 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe F
- 300.000.000 € / 1.500.000 Fälle = 200 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe R

Für die Urologen haben wir damit als Durchschnittswert der Prüfgruppe:

- 2.500.000 € / 50.000 Fälle = 50 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe M
- 1.000.000 € / 5.000 Fälle = 200 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe F
- 4.500.000 € / 45.000 Fälle = 100 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe R

Schritt 2)

Für die Allgemeinärzte ergibt sich ein gewichteter Durchschnittswert für die Prüfgruppe als

- 50 € / Fall * 50% (2.500.000 Fälle M von insgesamt 5 Millionen Fällen) +
- 75 € / Fall * 20% (1.000.000 Fälle F von insgesamt 5 Millionen Fällen) +
- 200 € / Fall * 30% (1.500.000 Fälle R von insgesamt 5 Millionen Fällen) =
- 25 € / Fall (M) + 15 € / Fall (F) + 60 € / Fall (R) = 100 € / Fall (Gesamt gewichtet)

Für die Urologen ergibt sich ein gewichteter Durchschnittswert für die Prüfgruppe als

- 50 € / Fall * 50% (50.000 Fälle M von insgesamt 100.000 Fällen) +
- 200 € / Fall * 5% (5.000 Fälle F von insgesamt 100.000 Fällen) +
- 100 € / Fall * 45% (45.000 Fälle R von insgesamt 100.000 Fällen) =
- 25 € / Fall (M) + 10 € / Fall (F) + 45 € / Fall (R) = 80 € / Fall (Gesamt gewichtet)

Schritt 3a)

Für die Allgemeinärzte in der geprüften Betriebsstätte haben wir in allen 4 Quartalen zusammengefasst:

- 2.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe M über dieser Betriebsstätte
- 1.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe F über dieser Betriebsstätte
- 2.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe R über dieser Betriebsstätte
- 250.000 € für Versicherte der Statusgruppe M über dieser Betriebsstätte
- 100.000 € für Versicherte der Statusgruppe F über dieser Betriebsstätte
- 300.000 € für Versicherte der Statusgruppe R über dieser Betriebsstätte
- 250.000 € / 2.000 Fälle = 125 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe M
- 100.000 € / 1.000 Fälle = 100 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe F
- 300.000 € / 2.000 Fälle = 150 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe R

Für die Urologen in der geprüften Betriebsstätte haben wir in allen 4 Quartalen zusammengefasst:

- 4.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten
- 400 Fälle für Versicherte der Statusgruppe F über alle Betriebsstätten
- 5.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe R über alle Betriebsstätten
- 240.000 € für Versicherte der Statusgruppe M über dieser Betriebsstätte
- 60.000 € für Versicherte der Statusgruppe F über dieser Betriebsstätte
- 500.000 € für Versicherte der Statusgruppe R über dieser Betriebsstätte
- 240.000 € / 4.000 Fälle = 60 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe M
- 60.000 € / 400 Fälle = 150 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe F
- 500.000 € / 5.000 Fälle = 100 € / Fall für Versicherte der Statusgruppe R

Schritt 3b)

Für die Allgemeinärzte in der geprüften Betriebsstätte haben wir damit als gewichteter Durchschnittswert:

- 125 € / Fall * 50% (2.500.000 Fälle M von insgesamt 5 Millionen Fällen) +
- 100 € / Fall * 20% (1.000.000 Fälle F von insgesamt 5 Millionen Fällen) +
- 150 € / Fall * 30% (1.500.000 Fälle R von insgesamt 5 Millionen Fällen) =
- 62,50 € / Fall (M) + 20 € / Fall (F) + 45 € / Fall (R) = 127,50 € / Fall (Gesamt gewichtet)

Für die Urologen in der geprüften Betriebsstätte haben wir damit als gewichteter Durchschnittswert:

- 60 € / Fall * 50% (50.000 Fälle M von insgesamt 100.000 Fällen) +
- 150 € / Fall * 5% (5.000 Fälle F von insgesamt 100.000 Fällen) +
- 100 € / Fall * 45% (45.000 Fälle R von insgesamt 100.000 Fällen) =
- 30 € / Fall (M) + 7,50 € / Fall (F) + 45 € / Fall (R) = 82,50 € / Fall (Gesamt gewichtet)

Schritt 4)

Die Gewichtung der Prüfgruppen in der Betriebsstätte erfolgt anhand der verschiedenen Fallzahlen der Allgemeinärzte und Urologen:

- 127,50 € / Fall (Allgemeinärzte) * 34,72% (5.000 Fälle von 14.400 Fällen insgesamt) +
- 82,50 € / Fall (Urologen) * 65,28% (9.400 Fälle von 14.400 Fällen insgesamt) =
- 98,124 € / Fall für die gesamte Betriebsstätte

Schritt 5)

Die Gewichtung der allgemeinen Durchschnittswerte der Prüfgruppen erfolgt als:

- 100 € / Fall (Allgemeinärzte) * 34,72% (5.000 Fälle von 14.400 Fällen insgesamt) +
- 80 € / Fall (Urologen) * 65,28% (9.400 Fälle von 14.400 Fällen insgesamt) =
- 86,944 € / Fall für die gesamte Betriebsstätte

Daraus ergibt sich eine Überschreitung von 12,859%.

Beispielrechnung für eine fachgruppenübergreifende Durchschnittsprüfung einer Statusgruppe:

Im Beispiel gehen wir von der Praxis der obigen Beispielrechnung aus (mit 2 Fachgruppen Allgemeinärzte und Urologen) aus (Achtung: die Ausgangswerte entsprechend der oberen Beispielrechnung), allerdings führen wir die Berechnung nur für die Statusgruppe M durch.

Schritt 1a)

Für die Allgemeinärzte haben wir hessenweit in allen 4 Quartalen zusammengefasst:
- 2,5 Millionen Fälle für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten

Für die Urologen haben wir hessenweit in allen 4 Quartalen zusammengefasst:
- 50.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten

Schritt 1b)

Für die Allgemeinärzte haben wir hessenweit in allen 4 Quartalen zusammengefasst:
- 125 Millionen € für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten

Für die Urologen haben wir hessenweit in allen 4 Quartalen zusammengefasst:
- 2,5 Millionen € für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten

Schritt 1c)

Für die Allgemeinärzte haben wir damit als Durchschnittswert der Prüfgruppe:
- $125.000.000 \text{ €} / 2.500.000 \text{ Fälle} = 50 \text{ € / Fall}$ für Versicherte der Statusgruppe M

Für die Urologen haben wir damit als Durchschnittswert der Prüfgruppe:
- $2.500.000 \text{ €} / 50.000 \text{ Fälle} = 50 \text{ € / Fall}$ für Versicherte der Statusgruppe M

Schritt 2)

Für die Allgemeinärzte ergibt sich ein gewichteter Durchschnittswert für die Prüfgruppe als
 $50 \text{ € / Fall} * 100\%$ (2.500.000 Fälle M von insgesamt 2,5 Millionen =
50 € / Fall (Gesamt gewichtet)

Für die Urologen ergibt sich ein gewichteter Durchschnittswert für die Prüfgruppe als
 $50 \text{ € / Fall} * 50\%$ (50.000 Fälle M von insgesamt 50.000 Fällen) =
50 € / Fall (Gesamt gewichtet)

Schritt 3a)

Für die Allgemeinärzte in der geprüften Betriebsstätte haben wir in allen 4 Quartalen zusammengefasst:

- 2.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe M über dieser Betriebsstätte
- 250.000 € für Versicherte der Statusgruppe M über dieser Betriebsstätte
- $250.000 \text{ €} / 2.000 \text{ Fälle} = 125 \text{ € / Fall}$ für Versicherte der Statusgruppe M

Für die Urologen in der geprüften Betriebsstätte haben wir in allen 4 Quartalen zusammengefasst:

- 4.000 Fälle für Versicherte der Statusgruppe M über alle Betriebsstätten
- 240.000 € für Versicherte der Statusgruppe M über dieser Betriebsstätte
- $240.000 \text{ €} / 4.000 \text{ Fälle} = 60 \text{ € / Fall}$ für Versicherte der Statusgruppe M

Schritt 3b)

Für die Allgemeinärzte in der geprüften Betriebsstätte haben wir damit als gewichteter Durchschnittswert:

- $125 \text{ € / Fall} * 100\%$ (2.500.000 Fälle M von insgesamt 2,5 Millionen Fällen) =
125 € / Fall (Gesamt gewichtet)

Für die Urologen in der geprüften Betriebsstätte haben wir damit als gewichteter Durchschnittswert:

- $60 \text{ € / Fall} * 100\%$ (50.000 Fälle M von insgesamt 50.000 Fällen) =
60 € / Fall (Gesamt gewichtet)

Schritt 4)

Die Gewichtung der Prüfgruppen in der Betriebsstätte erfolgt anhand der verschiedenen Fallzahlen der Allgemeinärzte und Urologen:

125 € / Fall (Allgemeinärzte) * 33,33% (2.000 Fälle von 6.000 Fällen insgesamt) +
60 € / Fall (Urologen) * 66,67% (4.000 Fälle von 6.000 Fällen insgesamt) =
81,667 € / Fall für die gesamte Betriebsstätte

Schritt 5)

Die Gewichtung der allgemeinen Durchschnittswerte der Prüfgruppen erfolgt als:

50 € / Fall (Allgemeinärzte) * 33,33% (2.000 Fälle von 6.000 Fällen insgesamt) +
50 € / Fall (Urologen) * 66,67% (4.000 Fälle von 6.000 Fällen insgesamt) =
50 € / Fall für die gesamte Betriebsstätte

Daraus ergibt sich eine Überschreitung von 63,333% für die Statusgruppe M.

Anhang 3 zur Anlage 3

**der Prüfvereinbarung gem. § 106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016
gültig ab dem Verordnungsjahr 2017**

Inhalt, Erstellung und Austausch von Abrechnungsunterlagen,
Verordnungskosteninformationen und statistischen Unterlagen

Listenbilder gem. Anlage 3 § 5 Ziffer 6. Verordnungskostenstatistiken müssen noch eingefügt werden.

Anlage 4/1

zur Prüfvereinbarung gem. §106 b SGB V vom 14. November 2016

Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Arzneimittel

§ 1 Prüfgegenstände

- (1) Vorrangige Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Arzneimittel ist die Durchschnittsprüfung nach § 12 dieser Vereinbarung. Im Falle einer Ablösung der Durchschnittsprüfung durch eine Prüfung auf Basis von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen ist diese Anlage neu zu fassen.
- (2) Insbesondere sollen auch verordnete Leistungen von Ärztinnen und Ärzten geprüft werden, die an einer Untersuchung nach § 67 Abs. 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Zweck die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte mitzuteilen; die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln diese Daten an die Prüfungsstelle.

§ 2 Berücksichtigung von Rabattverträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V

- (1) Den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht Verordnungen von Arzneimitteln, für die die Ärztin oder der Arzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und die Laufzeit der Verträge.
- (2) Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V auf Grund von Verträgen, denen die Ärztin oder der Arzt nicht beigetreten ist, sind bei Festsetzung einer Nachforderung oder Kürzung von der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V zu berücksichtigen. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die hierfür erforderlichen Daten.

§ 3 Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

- (1) Im Rahmen der Prüfung der Verordnungsweise von Arzneimitteln nach Durchschnittswerten nach § 12 dieser Vereinbarung sind die im Anhang zu dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen für die Anerkennung besonderer Versorgungsverhältnisse als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen.
Die Ärztin/der Arzt ist über Art und Umfang der anerkannten Praxisbesonderheiten zu informieren. Im Rahmen der Prüfung können weitere individuelle Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden.
Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist dabei auf die - unter Berücksichtigung der Preise und der Verordnungsmenge - wirtschaftliche Versorgung begrenzt.
- (2) Andere als die im Anhang zu dieser Vereinbarung genannten Praxisbesonderheiten sind dann zu berücksichtigen, wenn besondere Erkrankungen zu versorgen waren, die der Art und/oder der Anzahl nach von den Erkrankungen abweichen, die üblicherweise in Praxen der entsprechenden Fachgruppe vorkommen. Gegebenenfalls ist auch ein im Verhältnis zur Fachgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten sowie die hohe Verordnungstiefe von Hausärzten in ländlichen Regionen zu berücksichtigen¹.
Für andere als die in Anhang zu dieser Vereinbarung genannten Praxisbesonderheiten trägt der Arzt die Darlegungs-, Beweis- und Feststellungslast.

¹ In diesem Falle sind ein im Verhältnis zur Arztgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Versicherter sowie eine von der Arztgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten zu bewerten.

- (3) Die Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten der §§ 130b Abs. 2 und 130c Abs. 4 SGB V bleiben hiervon unberührt.

§ 4 Inkrafttreten

Diese Anlage ist Bestandteil der Prüfvereinbarung gem. § 106 b SGB V vom 14. November 2016.

Sie tritt am 01.01.2017 in Kraft.

ANHANG

zur Anlage 4/I über Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Arzneimittel vom 14. November 2016

Praxisbesonderheiten

Bei den nachfolgend aufgeführten Indikationen kann die Prüfungsstelle/der Beschwerdeausschuss regelmäßig Praxisbesonderheiten annehmen. Das Gebot der Beschränkung auf eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung bleibt davon unberührt.

Die Prüfungsstelle/der Beschwerdeausschuss kann andere Praxisbesonderheiten berücksichtigen, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er der Art und/oder Anzahl nach eine besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankung behandelt und hierdurch notwendige Mehrkosten entstehen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist beschränkt auf die Fallzahl pro 100 Fälle, um die die durchschnittliche Fallzahl pro 100 Fälle in diesen Indikationen in der Fachgruppe überschritten wird.

1. Immunsuppressiva nach Organtransplantation
2. Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
3. Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus
4. Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
5. Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
6. Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschl. der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferon, auch als Rezepturzubereitung
7. Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase, des Morbus Fabry mit Agalsidase alpha/beta, des Morbus Hurler mit Laronidase
8. Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität
9. Interferon, Natalizumab oder Mitoxantrontherapie bei schubförmig verlaufender Multipler Sklerose bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie Behandlung der schubförmig verlaufenden MS mit Glatirameracetat
10. Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
11. Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
12. Arzneimitteltherapie der terminalen Niereninsuffizienz
13. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
14. Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs

15. Schmerztherapie nach der Schmerztherapie-Vereinbarung (nicht für Schmerztherapeuten der VFG/MTG 11-0)
16. Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
17. Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie mit dafür zugelassenen Präparaten
18. Systemische Psoriasis- und Psoriasis-Arthritis-Therapie mit TNF-Inhibitoren und Immunmodulatoren
19. IVM-Therapie von Augenerkrankungen: Neovaskuläre feuchte Makuladegeneration, diabetisches Makulaödem, Makulaödem durch Venenverschluss, chorioidale Neovaskularisation aufgrund einer pathologischen Myopie

Dieser Anhang ist Bestandteil der Prüfvereinbarung vom 14. November 2016 und tritt mit Wirkung vom 01.01.2017 in Kraft.

Anlage 4/II

zur Prüfvereinbarung gem. § 106 b SGB V vom 14. November 2016

Spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel

§ 1 Prüfgegenstände

- (1) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Regelung spezifischer Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Podologie).
- (2) Vorrangige Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Heilmittel ist die Durchschnittsprüfung nach § 12 dieser Vereinbarung. Im Falle einer Ablösung der Durchschnittsprüfung durch eine Prüfung auf Basis von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen ist diese Anlage neu zu fassen.

§ 2 Vereinbarung von besonderen Verordnungsbedarfen

- (1) Im Bundesland Hessen gelten die auf der Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund und den Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vereinbarten bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfe nach § 106 b Abs. 2 Satz 4 SGB V.
- (2) Als weiterer regionaler besonderer Versorgungsbedarf gelten die im Rahmen der komplexen Frühförderung gem. § 30 SGB IX verordneten Heilmittel (Merkmal: Angabe der Pseudo-Ziffer 89544 sowie Förder- und Behandlungsplan der interdisziplinären Frühförderstelle) unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie und deren Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.

§ 3 Berücksichtigung von besonderen Verordnungsbedarfen

- (1) Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf gemäß Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvereinbarung nach § 106 b Abs. 2 SGB V ist, dass die Ärztin oder der Arzt in auf den Verordnungsvordrucken 13 (Heilmittelverordnung - Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie), 14 (Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) oder 18 (Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Ergotherapie) neben der Angabe des Indikationsschlüssels bzw. der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog zusätzlich die für die Verordnung therapierelevante und nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V endstellig codierte Diagnose in dem dafür vorgesehenen Feld aufgebracht hat.
- (2) Verordnungen, die durch bundesweit und regional vereinbarte besondere Verordnungsbedarfe bedingt sind, sollen vor der Einleitung eines Prüfverfahrens berücksichtigt werden. Besondere Verordnungsbedarfe entsprechend dem oben genannten Anhang sind von der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V in vollem Umfang zu berücksichtigen, soweit die entsprechenden Voraussetzungen gemäß Anlage 2 Anhang 1 der Rahmenvorgabe vorliegen.

Im Rahmen der Prüfung können weitere individuelle besondere Verordnungsbedarfe geltend gemacht werden.

- (3) Diese sind dann zu berücksichtigen, wenn besondere Erkrankungen zu versorgen waren, die der Arzt und/oder der Anzahl nach von den Erkrankungen abweichen, die üblicherweise und in Praxen der entsprechenden Fachgruppe vorkommen. Ggf. ist auch

ein im Verhältnis zur Fachgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten sowie die hohe Verordnungstiefe von Hausärzten in ländlichen Regionen zu berücksichtigen.

Die Anerkennung von besonderen Ordnungsbedarfen ist auf die – unter Berücksichtigung der Preise und der Ordnungsmenge – wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Der Arzt trägt die Darlegungs-, Beweis- und Feststellungslast.

- (4) Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V unterliegen nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Prüfung eines sonstigen Schadens nach § 48 BMV-Ä bleibt unberührt.
- (5) Die Prüfungsstellen überprüfen auf Basis der ihnen vorliegenden Daten stichprobenartig bzw. auf Antrag der Krankenkasse oder der Kassenärztlichen Vereinigung als besondere Ordnungsbedarfe gekennzeichnete Verordnungen auf ihre Plausibilität hin. Insbesondere soll eine Überprüfung hinsichtlich der indikationsgerechten Ausstellung der Verordnung und der Plausibilität der nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V codierten Diagnose vorgesehen werden.

§ 4 Inkrafttreten

Diese Anlage ist Bestandteil der Prüfvereinbarung gem. § 106 b SGB V vom 14. November 2016.

Sie tritt am 01.01.2017 in Kraft.

Anlage 5

zur Prüfvereinbarung gem. §106 a SGB V vom 14. November 2016

Prüfung auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfungen)

Für die Zufälligkeitsprüfung gelten die Regelungen der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106 a Absatz 1 und 3 SGB V (im Folgenden: Richtlinien). Näheres wird zwischen den Vereinbarungspartnern wie folgt geregelt:

§ 1

Bestimmung und Umfang der Stichproben

- (1) Jede Stichprobe umfasst 2,0 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten und ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 1 der Richtlinien. Die Gewinnung der Stichprobe erfolgt durch die KV Hessen als Erhebung der einfachen Stichprobe in der letzten Woche des vierten Monats nach Ende des Prüfzeitraumes. Die Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringer erfolgt nach dem Zufallsprinzip in einem EDV-technischen Verfahren.
- (2) Die KV Hessen übermittelt gemäß § 297 Absatz 1 SGB V der Prüfungsstelle und den Vertragspartnern unverzüglich das Ergebnis der Stichprobe.

§ 2

Datenlieferung und Aufbereitung der Daten für die Prüfungsstelle

- (1) Die Datenlieferung erfolgt gemäß Anlage 3 der Prüfvereinbarung.
- (2) Die KV Hessen bereitet aus den gelieferten Daten folgende Unterlagen für das Prüfverfahren auf und stellt sie der Prüfungsstelle zur Verfügung:
 - Statistik zur Honorarabrechnung nach Anlage 3 zur Prüfvereinbarung

§ 3

Prüfungsgegenstände, Prüfkriterien

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren unbeschadet der Richtlinie vorrangig folgende Prüfungsgegenstände :
 - Prüfung ärztlicher Leistungen gemäß Gebührenordnungsnummern des EBM
- (2) Die Prüfungsstelle beschließt über den Prüfungsgegenstand bzw. die Prüfungsgegenstände.
- (3) Es gelten die in Anlage 2 der Richtlinien genannten Prüfkriterien als Anhaltspunkte für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungsstelle.
- (4) Im Rahmen der Prüfungsvorbereitung durch die Prüfungsstelle und hinsichtlich der von ihr geplanten Entscheidungen können schriftliche Standpunkte zu Prüfungszielen oder Prüfungsempfehlungen sowohl von der KV Hessen als auch von den Krankenkassen an die Prüfungsstelle abgegeben werden.

§ 4 Prüfmethoden

- (1) Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten
- a) Grundlage der Prüfung ist die GKV-Statistik nach Anlage 3 zur Prüfvereinbarung. Die Gliederung in Arzt-/Fachgruppen orientiert sich grundsätzlich an den Unterteilungen in Honorar(unter)gruppen im Rahmen der Honorarverteilung.
 - b) Hauptkriterien bei der Entscheidung zu einer tieferen Prüfung sind entsprechende Überschreitungen der Fachgruppenvergleichswerte:

Gesamtfallwert
40 v. H.
Einzelne Leistungsgruppen
60 v. H.
Einzelne Gebührenordnungspositionen
100 v. H.

- c) Steht der durchschnittliche Behandlungsfallwert des Leistungserbringers in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den entsprechenden Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe, setzt die Prüfungsstelle eine auf einer Schätzung beruhende Kürzung fest. Die KV Hessen liefert hierzu auf Anforderung unter Angabe der gesetzlichen bzw. vertraglichen Grundlage die Nachweise über Honorar begrenzende Maßnahmen.
 - d) Honorarkürzungen sind nicht zulässig, soweit der Mehraufwand durch erkennbare oder nachgewiesene Einsparungen bei anderen Leistungen oder Leistungsbereichen im ursächlichen Zusammenhang ausgeglichen wird oder durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt ist.
2. Prüfung der Behandlungsweise im Einzelfall (Einzelfallprüfung) und repräsentative Einzelfallprüfung nach Maßgabe vorher festgelegter Prüfungsgegenstände.
3. Prüfung der Behandlungsweise als Vertikalvergleich (zeitlicher Vergleich der Abrechnungsergebnisse verschiedener Quartale oder Jahre), soweit der Prüfgegenstand es zulässt.

§ 5 Zeitraum der Zufälligkeitsprüfung

- (1) Der einer Zufälligkeitsprüfung zugrunde liegende Zeitraum erstreckt sich auf die vier aufeinander folgenden Quartale, die dem Quartal der Ziehung der Stichprobe vorausgehen.
- (2) Die Ziehung der Stichprobe erfolgt in jedem Quartal gemäß § 1 dieser Anlage.

§ 6 Vorbereitung und Durchführung der Prüfung

- (1) Auf der Basis der von der KV Hessen vorbereiteten Unterlagen entscheidet die Prüfungsstelle in einer Vorabprüfung, für welche Leistungserbringer, nach welchem

Prüfgegenstand gemäß § 3 dieser Anlage und nach welcher Prüfmethode gemäß § 4 dieser Anlage eine Prüfung durchgeführt wird.

- (2) In die Prüfung werden keine Leistungserbringer einbezogen,
- die erst weniger als vier Quartalsabrechnungen vorgelegt haben,
 - die innerhalb der letzten vier Quartale mit gleichem Prüfinhalt in eine Stichprobe einbezogen waren.

Die Prüfungsstelle sieht zudem im Falle von Durchschnittswertprüfungen von der Prüfung von Leistungserbringern ab, die im Prüfzeitraum weniger als durchschnittlich 100 Behandlungsfälle pro Quartal abgerechnet haben.

- (3) Stellt die Prüfungsstelle fest, dass eine Auffälligkeit nicht gegeben ist oder dass Ausschlussstatbestände - wie z. B. beantragte oder laufende Prüfungsverfahren gemäß den § 10 (Prüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten) gleichzeitig mit der Durchführung einer Zufälligkeitsprüfung vorliegen, wird die Prüfung eingestellt. Der Leistungserbringer ist darüber zu informieren.

- (4) Die Prüfungsstelle bestimmt nach § 2 Absatz 6 der Richtlinie die versichertenbezogene Stichprobe.

- (5) Die Prüfungsstelle kann

- keine Maßnahme ggf. mit schriftlichem Hinweis beschließen,
- eine Beratung des Leistungserbringers veranlassen,
- eine Honorarkürzung beschließen.

Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen sind zu berücksichtigen. Im Übrigen gelten alle diesbezüglichen Vereinbarungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten einzelner Prüfungsarten nach der Prüfvereinbarung. Alle Entscheidungen sind zu begründen.

- (6) Für das Verfahren vor der Prüfungsstelle und vor dem Beschwerdeausschuss gelten die entsprechenden Regelungen der Prüfvereinbarung.

§ 7

Antragsverfahren gemäß § 1 Absatz 4 der Richtlinien

Ergeben sich im Rahmen einer Zufälligkeitsprüfung Anhaltspunkte für eine Prüfung nach § 106 a. SGB V, übermittelt die Prüfungsstelle entsprechende Erkenntnisse an die Partner dieser Vereinbarung. Diese entscheiden selbst über das weitere Vorgehen.

§ 8

Inkrafttreten und Übergangsregelung

Diese Anlage 5 ist Bestandteil der Prüfvereinbarung vom 14. November 2016 und tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in Kraft.

Anlage 6

zur Prüfvereinbarung gem. §106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016

Beratung gem. § 19 Prüfvereinbarung

§ 1

Gegenstand und Ziel der Beratung

Die gezielte Beratung der Ärzte, die nach § 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V weiteren Prüfmaßnahmen in der Regel vorangehen soll, dient dem Zweck, die Verordnungsweise der Ärzte im Sinne der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses positiv zu beeinflussen.

§ 2

Inhalte der Beratung

Inhalte der Beratung im Arzneimittelbereich sind insbesondere:

- Qualitative Bewertung von Arzneimitteltherapien
- Evidenz-basierter Einsatz von Arzneimitteln
- Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Arzneimittelrichtlinien
- Information zu Arzneimittelwechselwirkungen
- Polypragmasie und Mengenkontrolle
- Altersspezifische Arzneimitteltherapie
- Einsparpotenziale durch Preisvergleich bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln
- Vermeidung von Arzneimitteln mit kontrovers diskutierter Wirkung
- Vermeidung von patentgeschützten Arzneimitteln, die gegenüber eingeführten generisch verfügbaren Präparaten nur marginale therapeutische Vorteile aufweisen

Inhalte der Beratung im Heilmittelbereich sind insbesondere:

- Indikationen, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind
- Art und Umfang der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe unter dem Gesichtspunkt des med. Erfordernisses des Einzelfalls innerhalb und außerhalb des Regelfalls
- Informationen zur Einhaltung behandlungsfreier Intervallen
- über die Notwendigkeit einer zwingend durchzuführenden störungsbildabhängigen ärztlichen Diagnostik innerhalb und außerhalb des Regelfalls
- Qualitative Bewertung der veranlassten Heilmitteltherapie
- Bewertung therapeutischer Alternativen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten
- Informationen zu Inhalt und Umsetzung der Heilmittel-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung
- Einsparpotenziale durch Preisvergleich bei der Wahl des Heilmittels bei gleicher Diagnose/Indikation
- Abwägung einer Heilmittelverordnung insbesondere unter Beachtung der Vorschriften des § 6 Abs. 2 und 3 sowie der §§ 9 bis 11 der Heilmittel-Richtlinien sowie deren Anlagen
- Abwägung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung

§ 3 Durchführung der Beratung

- (1) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss beschließen in erforderlichen Fällen eine Beratung der Ärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Die Prüfungsstelle führt die Beratungen durch. Andere qualifizierte Berater können an der Durchführung der Beratung beteiligt werden.
- (2) Zur Abwendung eines Prüfverfahrens kann der Arzt um eine solche Beratung auch selbst nachsuchen und beantragen, das Prüfungsverfahren einstweilen auszusetzen. Die Prüfungsstelle entscheidet hierüber im Einvernehmen mit den Beteiligten des Prüfverfahrens. Die Beratung soll innerhalb von 4 Wochen nach Entscheidung des Gremiums erfolgen. Die Prüfungsstelle trifft ihre abschließende Entscheidung aufgrund der Auswirkung der Beratung. Abs. 1 gilt entsprechend.
- (3) Grundlage der Beratung sind insbesondere Übersichten über die von den Ärzten im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen.
- (4) Über den Inhalt und die Ergebnisse der Beratung wird ein Kurzprotokoll erstellt, das den Vertragspartnern zugeht.

§ 4 Beratungen nach § 106 Abs. 3 Satz 3 SGB V

- (1) Die Festlegung der erstmaligen Überschreitung orientiert sich an der BSNR sowie der NBSNR.
- (2) Die Beratung erfolgt in mündlicher Form, um dem gesetzlichen Anspruch nach einer individuellen Beratung gerecht zu werden.
- (3) Die Beratung soll - priorisiert nach Beratungsbedarf - innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens erfolgen. Bei Ablehnung der Beratung durch den Arzt gilt die Beratung als erfolgt. Bei dreimaliger Verhinderung des Arztes gilt die Beratung als abgelehnt, wenn nicht besondere, vom Arzt darzulegende Gründe (z. B. eine schwere Erkrankung) dem entgegenstehen.
- (4) Im Rahmen dieser Beratung können Ärzte in begründeten Fällen schriftlich eine Vorab-Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen.
Der Arzt muss geeignete Unterlagen beibringen, die eine Anerkennung durch die Prüfungsstelle und eine Nachvollziehbarkeit für jeden objektiven Dritten (Gerichte) ermöglichen. Für den Arzt besteht eine Mitwirkungspflicht. Die pauschale Berufung auf einen Rechtsanspruch ist nicht ausreichend.
- (5) Die Prüfungsstelle kann die auf Antrag vorab festzustellenden Praxisbesonderheiten für die Zukunft nur inhaltlich/qualitativ definieren; die Feststellung basiert auf einer Annahme, die dann im eigentlichen Prüfverfahren auf Grundlage der Darlegung des Arztes zu überprüfen ist. Die Quantifizierung der anzuerkennenden Beträge für Praxisbesonderheiten bemisst sich an den dann im eigentlichen Prüfverfahren tatsächlich geltend gemachten bzw. festgestellten Praxisbesonderheiten.

- (6) Praxisbesonderheiten, die von der Prüfungsstelle vorab anerkannt werden, sind dem Arzt gegenüber per rechtsmittelfähigem Bescheid zu bestätigen. Hierin ist der Hinweis aufzunehmen, dass Verordnungen im Rahmen der anerkannten Praxisbesonderheiten wirtschaftlich zu erfolgen haben.

§ 5 Sonstiges

Die Anlage 6 ist Bestandteil der Prüfvereinbarung gem. § 106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016 und tritt mit Wirkung vom 01. Januar 2017 in Kraft.

Anlage 7

zur Prüfvereinbarung gem. §106 bis § 106 c SGB V vom 14. November 2016

Kosten der Prüfungseinrichtungen

Der jeweils aktuell beschlossene Haushalt der Prüfungsstelle stellt den Inhalt der Anlage 7 dar.

1. Der jeweils aktuell beschlossene Haushalt der Prüfungsstelle stellt den Inhalt der Anlage 7 dar.
2. Bezüglich der Einzelheiten zu den Kosten (z.B. Personalkosten, Aufwand- und Entschädigung, Sitzungsgeld, Fahrtkosten der Vorsitzenden etc.) wird auf die Anlage 2 zur Prüfvereinbarung (Aufgaben und Entschädigung der Vorsitzenden und deren Stellvertreter) sowie die Vereinbarung der Vertragspartner über die Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss in der jeweils gültigen Fassung verwiesen.